



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO MÉDICO Y LA PRESENCIA DE  
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES  
ONCOHEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL NIVEL III-1

ASSOCIATION BETWEEN ADHERENCE TO MEDICAL  
TREATMENT AND THE PRESENCE OF DEPRESSIVE  
SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ONCOHEMATOLOGY IN  
A LEVEL III-1 HOSPITAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**AUTORES**

PATRICK JHONNY BERRIOS PEÑA  
BILLY WIMET GOMEZ PAZ

**ASESORA**

CARMEN CAROLINA TOKUMURA TOKUMURA

**CO-ASESOR**

JORGE MARTIN AREVALO FLORES

LIMA - PERÚ

2023



## **JURADOS**

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier  
Vocal: Dr. Edward Antonio Lozano Vargas  
Secretario: Dra. Evelyn Gisselle Mejia Gil

Fecha de Sustentación: 09 de agosto del 2023

Calificación: Aprobado

## **ASESORES DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

### **ASESOR**

Dra. Carmen Carolina Tokumura Tokumura

Profesor principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Médico Hematólogo del Hospital Cayetano Heredia

ORCID: 0000-0003-1639-9733

### **CO-ASESOR**

Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Profesor principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Médico Psiquiatra del Hospital Cayetano Heredia

ORCID: 0000-0001-7849-8839

## DEDICATORIA

A mis padres William y Meliza por su sustento y apoyo incondicional.

A Gabriela por ser mi soporte emocional y brindarme su cariño en todo momento.

A todos nuestros amigos que estuvieron durante todo el proceso apoyándonos.

Muchas gracias a todos ellos, este trabajo no hubiera sido posible sin ninguno de ustedes.

Billy Gómez Paz

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por siempre haberme bendecido.

A mis padres, Teresa y Yony, por su gran amor, su infinita paciencia y sus buenas esperanzas depositadas en mi formación para ser un hombre con sólidos valores.

A mi hermana, Isabel, por su apoyo incondicional, su inconmesurable fe y sus ánimos siempre perennes en mi formación para ser una mejor persona.

A mis abuelos, Noé y Julia, mis segundos padres, por su amor incondicional, su amabilidad y su preocupación en mi formación para ser un buen hijo.

A Kenia Pamela, por haberme apoyado, motivado, acompañado en mis momentos más cruciales, por volverse inspiración y la fuerza necesaria para seguir avanzando.

A Billy Wimmet, por haberse esforzado continuamente, por sacrificarse y por siempre haber creído en nuestro proyecto a través de su dedicación, amistad y buen humor.

A todos mis mejores amigos, por haberme demostrado que la verdadera amistad existe a través de su lealtad, su paciencia, su respeto y su más profunda empatía.

A Katherine Ada Díaz Gómez, mi muy apreciada amiga, en paz descanses, que tu recuerdo permanezca y viva siempre en aquellos que tuvimos la dicha de conocerte.

Patrick Berrios Peña

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros agradecimientos a las siguientes personas, los cuales, de manera directa o indirecta, contribuyeron en el presente proyecto. Serán mencionadas, en orden cronológico de aparición, por su participación:

- Agradecemos profunda y sinceramente a nuestros asesores, la Dra. Carolina Tokumura Tokumura y el Dr. Martín Arévalo Flores, por habernos brindado su tiempo, confianza, su paciencia y asesoría continua, de manera incondicional, desde la creación del protocolo hasta el día de la sustentación.
- Agradecemos profundamente a la Dra. Kim Nestares Luna, por habernos orientado e inspirado en la creación de nuestro protocolo.
- Agradecemos profundamente al Dr. César Loza Munarriz, por habernos ayudado en la parte metodológica y estadística durante la creación del protocolo y habernos guiado pacientemente durante todo el proyecto.
- Agradecemos profundamente al Dr. Pedro Toribio Orbegozo, por habernos brindado su tiempo, su paciencia, su dedicación incondicional, sus ánimos y siempre sus mejores deseos hacia nuestro proyecto.
- Agradecemos a la Dra. Karla Avalos Baltodano, por su paciencia y esmero.
- Agradecemos profundamente al Dr. Hans Araujo García, por su paciencia, dedicación y sus mejores deseos hacia nuestro proyecto.
- Agradecemos profundamente al Dr. Carlos Vallejos Montalbetti, por su amabilidad, su dedicación y sus mejores deseos hacia nuestro proyecto.
- Agradecemos a la Bach. Angie Ala, por su tiempo y dedicación.
- Agradecemos a la Dra. Lizeth Bazán Torres, por su tiempo y dedicación.
- Agradecemos a la Dra. Daniela Camán Peña, por su tiempo y esmero.
- Agradecemos al Dr. Walter López Villaverde, por su tiempo y sus ánimos.
- Agradecemos al Dr. Luis Palacios Bustamante, por su tiempo y dedicación.
- Agradecemos al Dr. Levin Ayala Ortiz, por su tiempo y sus ánimos.
- Agradecemos profundamente al Dr. Gustavo Cieza Gómez, por habernos enseñado paciente y diligentemente metodología y estadística.
- Agradecemos profunda y sinceramente a todo el equipo del personal de salud, integrados principalmente por los médicos, enfermeras, técnicas y estudiantes rotantes que conforman el Servicio de Hematología-Oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, gracias por su gentileza, amabilidad y colaboración activa hacia nuestro proyecto.
- Agradecemos profunda y sinceramente a todos y cada uno los pacientes que participaron en el presente estudio, gracias a su tiempo, colaboración activa y paciencia, pudimos culminar satisfactoriamente este proyecto.

Gracias a todos y cada uno de ellos por su participación en nuestro proyecto.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Autofinanciado

## **DECLARACIÓN DE LOS AUTORES**

La presente investigación, realizada en el proceso de obtención del título profesional de Médico Cirujano, es genuina y ha sido resultado de un esfuerzo colaborativo de los investigadores principales.

En su elaboración, ejecución y desarrollo, no se han utilizado ideas plagiadas o copiadas. Además hemos empleado fuentes bibliográficas de manera adecuada, siempre citando su origen y autoría, considerando su relevancia y necesidad pertinente con respecto a nuestros objetivos.

Queremos enfatizar que este trabajo no ha sido enviado ni evaluado para la obtención de ningún otro grado o diploma que no sea el actual. Por lo tanto, asumimos de manera libre y voluntaria la responsabilidad del contenido y la propiedad intelectual del mismo.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Ninguno de los autores de este estudio presenta conflictos de interés.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL NIVEL III-1

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>7</b> %	<b>7</b> %	<b>2</b> %	<b>0</b> %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>2</b>	<b>www.sanmartin.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>3</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>4</b>	<b>repository.javeriana.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>5</b>	<b>www.scielo.br</b> Fuente de Internet	<b>1</b> %
<b>6</b>	<b>tesis.ucsm.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>7</b>	<b>www.repositorio.usac.edu.gt</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %
<b>8</b>	<b>www.cancer.gov</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1</b> %



## TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	10
IV. RESULTADOS .....	14
V. DISCUSIÓN .....	20
VI. CONCLUSIONES .....	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
VIII. TABLAS .....	34
IX. ANEXOS .....	44

## RESUMEN

**Antecedentes:** La tasa de prevalencia de enfermedades onco-hematológicas ha ido en aumento en los últimos años. La adherencia influencia en la supervivencia en esta población. La presencia de síntomas depresivos ha sido descrita como una barrera en la adherencia. **Objetivo:** Describir la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento médico en pacientes onco-hematológicos en un Hospital nivel III-1 de Lima, Perú en el 2023. **Materiales y Métodos:** El estudio es una serie de casos, de tipo analítico y exploratorio, de corte transversal. Se realizó una encuesta a 202 pacientes atendidos por el servicio de Oncología-Hematología de un Hospital nivel III-1. Las variables demográficas fueron edad, sexo, lugar de procedencia, estatus convivencial, estatus de pareja y nivel de educación; las variables clínicas fueron polifarmacia, comorbilidades, vía de tratamiento, tipo de cáncer, adherencia al tratamiento médico (Test de Morisky-Green) y presencia de síntomas depresivos (HADS-D). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** La adherencia al tratamiento médico fue 58.91%, se describe en adherentes predominantemente varones 50.42%, desempleados 63.03%, con pareja 64.61%, con secundaria completa 48.74%, que viven acompañados 89.08%, residentes en Lima Metropolitana 87.39%, con ausencia de polifarmacia 70.59%, con ausencia de comorbilidades 52.10%, con vía de tratamiento mixto 43.7%, con neoplasia no Hodgkin 52.1%. La presencia de síntomas depresivos, sospechosos y probables, fue 44.06%. No se encontró asociación estadísticamente significativa. **Conclusión:** No existe asociación significativa entre la adherencia al tratamiento y la presencia de síntomas depresivos en pacientes onco-hematológicos de un Hospital nivel III-1.

**Palabras claves:** Síntomas Depresivos, Adherencia al tratamiento, Neoplasias Hematopoyéticas, Leucemia, Linfoma (DeCS).

## ABSTRACT

**Background:** The prevalence rate of onco-hematological diseases has been increasing in recent years. Adherence influences survival in this population. The presence of depressive symptoms has been described as a barrier to adherence. **Objective:** To describe the association between the presence of depressive symptoms and adherence to medical treatment in onco-hematological patients in a level III-1 Hospital in Lima, Peru in 2023. **Materials and Methods:** The study is a series of cases, of analytical and exploratory type, cross-sectional. A survey was carried out on 202 patients attended by the Oncology-Hematology service of a level III-1 Hospital. Demographic variables were age, sex, place of origin, cohabitation status, partner status, and level of education; the clinical variables were polypharmacy, comorbidities, treatment route, type of cancer, adherence to medical treatment (Morisky-Green Test) and presence of depressive symptoms (HADS-D). A descriptive and inferential analysis was performed. **Results:** Adherence to medical treatment was 58.91%, described as predominantly male adherents 50.42%, unemployed 63.03%, with a partner 64.61%, with completed high school 48.74%, who live accompanied 89.08%, residents in Metropolitan Lima 87.39%, with absence of polypharmacy 70.59%, with absence of comorbidities 52.10%, with mixed treatment route 43.7%, with non-Hodgkin neoplasia 52.1%. The presence of depressive symptoms, suspicious and probable, was 44.06%. No statistically significant association was found. **Conclusion:** There is no significant association between adherence to treatment and the presence of depressive symptoms in Hematopoietic-Neoplasms-patients at a level III-1 Hospital.

**Keywords:** Depressive symptoms, Therapeutical Adherence, Hematopoietic Neoplasms, Leukemia, Lymphoma (MeSH).

## **I. INTRODUCCIÓN**

La prevalencia de las neoplasias hematológicas a nivel mundial ronda la cifra de 1,498,914 pacientes, solo casos registrados en los últimos años 5, ubicándose entre los diez cánceres más comunes, con lo cual podemos considerar esta problemática como urgente a tratar (1). Tal magnitud de casos es un indicio de la heterogeneidad de formas en que estas se manifiestan, siendo difícil su clasificación y actualizándose constantemente en base a las nuevas tecnologías (2); para propósitos pertinentes de este estudio, y de acuerdo a la clasificación de la OMS con CIE-O, se señala que existen 8 grupos: los trastornos mieloproliferativos crónicos, las leucemias linfoides, las leucemias mieloides, los síndromes mielodisplásicos, los tumores de células plasmáticas, el linfoma de Hodgkin, los linfomas no Hodgkin, y otras leucemias (3,4) .

El panorama nacional peruano no queda exento a esta problemática, pues se observa un paulatino aumento en el número de casos, anual y sostenidamente. En el último censo realizado en Lima Metropolitana (5) se obtuvo como dato que el linfoma no Hodgkin y la leucemia son los cánceres hematológicos más frecuentes en la población: 2.9 por cada 100,000 habitantes, en el caso de leucemia; 4.9 por cada 100,000, en el caso del linfoma no Hodgkin. Para el año 2019 las cifras de casos obtenidas fueron: 6016 de linfoma no Hodgkin, 404 de leucemia linfoide, 240 de leucemia mieloide y 79 de linfoma Hodgkin (6); y en el año 2020 la cifra de neoplasias oncohematológicas, en total, ascendió a 19 511 casos (7).

De igual forma, el número de tratamientos es proporcional; pero, en base al estadio individual de cada patología y acorde a cada paciente, estos han de diferenciarse en: los quirúrgicos, que son altamente intrusivos; y los tratamientos médicos,

asociados al uso por vía oral o parenteral e incluye a la quimioterapia. Primero, se ha de apuntar que el presente estudio se enfocará en los tratamientos médicos por vía oral o parenteral, así excluir a los que requieran tratamientos quirúrgicos, o en su defecto la combinación de ambos. En el grupo de tratamiento médico están los relacionados a la leucemia linfoblástica aguda y la leucemia mieloide aguda, cuyos tratamientos se dividen en tres fases: inducción a la quimioterapia, la consolidación a la quimioterapia y el mantenimiento (8, 9). Además, tener en cuenta que la elección del tratamiento responde al estadiaje del cáncer y difieren dependiendo del tipo. Por ejemplo, la leucemia mieloide crónica se clasifica —según sus características clínicas— en fase crónica, fase acelerada y fase blástica (10); en cambio, la leucemia linfocítica crónica posee 5 estadios, medidos por el sistema de escala de Rai, cuya diferencia radica en la presencia de linfocitosis, de linfadenopatías, de hepatomegalia, de anemia o de trombocitopenia, por lo cual cada uno tendrá un diferente tratamiento (11). En cuanto al linfoma de Hodgkin se describe un sistema de clasificación de Cotswold modificado por Ann Arbor — nombre completo — en el cual se ubican 4 estadios que comparten tratamientos mediante la combinación de la quimioterapia — vía oral— y la terapia de radiación (12). Por otro lado, en los linfomas no hodgkinianos, el sistema de clasificación empleado es el de Lugano, el cual es una modificación del ya mencionado, Cotswold, pero que excluye la presencia de síntomas B, así se divide en: enfermedad limitada, para los estadios I y II, donde se emplea la terapia de radiación; y enfermedad avanzada, para los estadios III y IV, aplicando la quimioterapia y la terapia radiación en conjunto. (12) A estos se les suma el trasplante de células madre hematopoyéticas y la esplenectomía, como últimos

recursos (13), los cuales también han de ser excluidos de este estudio para enfocarnos en tratamientos médicos no quirúrgicos. En contraposición, encontramos los tumores sólidos que se benefician de la extirpación quirúrgica, en lugar de un tratamiento médico; entre ellos destacan: tumores óseos, tumores de las células germinales, tumor suprarrenal, tumor tiroideo. Aquí se incluye también a tumores padecidos por la población pediátrica como el neuroblastoma, el tumor de Wilms y el mesenquimal maligno; las neoplasias sólidas, dependiendo del estadio tumoral, serían óptimamente tratados mediante una cirugía para así llegar a mejorar la condición del paciente (14). Esto nos lleva a considerar excluir al grupo de neoplasias sólidas de nuestra investigación, puesto que la mayoría de estos pacientes son tratados en diferentes especialidades del piso de hospitalización, dificultando así el seguimiento y evaluación para los objetivos de este estudio.

Los ejemplos mencionados han de obtener un grado óptimo de resultados si el paciente se adhiere al tratamiento rigurosamente, aumentando así sus posibilidades de sobrevivencia (15). Sin embargo, en la adherencia han de influir una serie de variables, tanto sociodemográficas como clínicas, entre las que podemos mencionar: edad, sexo, nivel de educación, comorbilidad, polifarmacia, entre otros. En el caso de pacientes con leucemia mieloide aguda mayores de 65 años, la edad ejerció una influencia negativa respecto a la adherencia terapéutica por vía oral; además, se presentó menor adherencia cuando la quimioterapia era por vía endovenosa (16), así como a la aparición de eventos adversos relacionados al régimen terapéutico (16,17) . La edad, el vivir solo y la polifarmacia fueron variables que intervinieron de forma negativa en pacientes con neoplasias mieloproliferativas — entre ellas la policitemia Vera y trombocitopenia— con una

pobre adherencia que llegó al 28% según un estudio del año 2017 (18). De manera similar, la edad, el nivel de educación, el vivir solo y la presencia de depresión tuvieron el mismo efecto pacientes con leucemia aguda, leucemia crónica, linfoma no Hodgkin, mieloma múltiple; este estudio del año 2017 empleó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con un resultado de hasta un 50% a la falta de adherencia (19). De estos dos últimos estudios mencionados obtenemos que el vivir solo y la edad joven — entre los 18 y 45 años— son los factores sociodemográficos más asociados con falta de adherencia (18,19). Respecto a las comorbilidades, se encontró una prevalencia de 23.5% y 33% de ansiedad y depresión, respectivamente, en una muestra de 319 pacientes de neoplasias oncohematológicas; aquí el estado de pareja influye de forma positiva al reducir la presencia de ambos trastornos (20, 21). En la misma línea, estudios apuntan a que las comorbilidades más frecuentes en pacientes con neoplasias hematológicas son: enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial; enfermedades pulmonares, destacando el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedades renales; enfermedades hepáticas; enfermedades endocrinas, principalmente la diabetes mellitus; y enfermedades autoinmunes, que incluye la inmunosupresión, asociada a la medicación o como parte de la radioterapia (8, 9,11, 18).

Con el fin de realizar una evaluación metódica, se crea el test de Morisky-Green: una encuesta para determinar la adherencia al tratamiento, empleada en diversas patologías incluyendo las oncohematológicas. Se compone de una serie de preguntas de alternativas dicotómicas para su fácil aplicación; se recomienda su aplicación debido a que presenta una alta especificidad y un alto valor predictivo

positivo (22, 23). La escala ha sido adaptada al tratamiento quimioterapéutico para usarse a nivel nacional, tanto por vía oral como por vía endovenosa (23, 24). Su asequibilidad permitió su empleo en estudios de países latinoamericanos; en el caso nacional ha sido validado en pacientes oncohematológicos, de consultorio externo, en diferentes estudios a través de un sencillo cuestionario donde el paciente completa un cuestionario de 4 ítems para así evaluar su grado de adherencia (25, 26). Aplicando este test, Chalco et al. (27) obtuvieron una falta de adherencia de 60.7% en pacientes oncológicos; de los cuales el sexo femenino, la edad mayor a 51 años y la polifarmacia fueron factores influyentes en ese resultado. McGrady et al. (28) muestran un rango más amplio, con un 21-60% en la adherencia al tratamiento médico, por vía oral, en pacientes de 15 a 40 años; además, señalan a la depresión como una variable con influencia en la adherencia. Bustamante et al. (29), en Perú, señalan que la misma característica para variables como el sexo, principalmente femenino; la edad avanzada, mayores de 65 años; el desempleo y el bajo nivel educativo, en específico, solo nivel primario o ningún estudio.

Otras variables dignas de mención son la depresión y la ansiedad, las cuales están asociadas de forma negativa a la adherencia (15, 28). Para ello, se ha de retomar a la ya mencionada HADS: una escala de cribado de fácil y rápido uso, pues permite identificar a los pacientes con alta probabilidad de depresión y derivarlos oportunamente a un especialista (19). Esta estima la presencia o la ausencia tanto de depresión como de ansiedad, en consecuencia, es útil tanto para el tamizaje inicial como para el seguimiento por consultorio externo (30). La HADS ha sido validada en nuestro país utilizando coeficientes de confiabilidad mediante la aplicación del alfa de Cronbach, del cual se obtuvo  $\alpha > 0.70$ , es decir, presenta una



consistencia, precisión y estabilidad adecuadas para su aplicación (31). Esta se ha aplicado en estudios nacionales para evaluar presencia de ansiedad y depresión en pacientes atendidos por consultorio externo de hematología y oncología, incluso ha sido aplicada en diferentes especialidades también por consultorio externo en Lima Metropolitana (32, 33). A nivel internacional, un primer ejemplo de la aplicación de esta escala se aprecia en la revisión sistemática en estudios cualitativos llevada a cabo en el 2020; esta, realizada por Bennardi et al. (34), apunta a la tristeza como una barrera para la adherencia en pacientes oncohematológicos, por ende, identificar la depresión en los pacientes puede mejorar sustancialmente su tratamiento y su eventual seguimiento. En una cohorte retrospectiva realizada en Alemania, Tilch et al. (35) demostraron que la incidencia de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico oncohematológicos, específicamente Linfoma Hodgkin y Linfoma no Hodgkin, aumenta en 24%, en un periodo de 10 años. Además, establecen como factor de riesgo las mismas patologías para la aparición de ansiedad y depresión (35). En un estudio observacional, Ding et al. (36) indican que, en pacientes con leucemia mieloide aguda y empleando el HADS, la prevalencia de depresión y ansiedad es mayor comparado con pacientes controles. Tanto la ansiedad como la depresión impactan negativamente en la sobrevivencia de esta población oncológica. En cuanto a estudios de la región, primero se ha de señalar el estudio no experimental de tipo transversal realizado en Chile; López et al. (38) comparten, en sus resultados, que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos es baja en comparación con otros estudios similares realizados en Latinoamérica. Caso contrario, obtuvieron Jaimes et al. (38) con un estudio de tipo correlacional realizado en Colombia en el año 2020; encontraron

que la correlación entre ansiedad y depresión es inversamente proporcional en los pacientes oncológicos. Por medio de una revisión sistemática realizada en el año 2021 en pacientes oncohematológicos de Colombia, se encontró que la depresión es un fenómeno de salud frecuentemente asociado a variables como el sexo, la edad, la situación laboral e incluso el tipo de diagnóstico hemato-oncológico (39). En un estudio del 2017, McFarland et al. (40) apuntan que la depresión en pacientes con neoplasias mieloproliferativas es tratada de manera inadecuada: la prevalencia de depresión y ansiedad — mayor de 11 puntos según la HADS•— en pacientes oncohematológicos fue 38.5%. Por último, hemos de apuntar un estudio transversal, descriptivo y prospectivo operado en Perú; Beltran et al. (41) demuestran que la prevalencia de la ansiedad y depresión, utilizando el HADS, fue de un 64.13% y los factores demográficos no mostraron asociación con la ansiedad y la depresión. La atención médica difiere según las regiones del Perú: los hospitales a nivel 3 o institutos especializados —donde se tratan a pacientes oncohematológicos— se encuentran en Lima Metropolitana (42). En base a esto, la variable dicotómica Lima – Provincia es digna de mención. Finalmente, pese a la relevancia de la presencia de síntomas depresivos, medidos por la escala HADS, esto no ha sido evaluado en asociación con la adherencia: la presente investigación ha de emplear esta línea de investigación aplicada a pacientes con tratamientos médicos, exonerando a los tratamientos quirúrgicos puesto que la diversidad de estos puede influir en la rigurosidad del presente estudio.

El presente estudio busca contribuir a esta población en los siguientes aspectos: Disminuir la falta de adherencia al tratamiento médico a través del tamizaje de los síntomas depresivos y, de esta forma, impactar positivamente en la sobrevida de los

pacientes; Mejorar la calidad de vida los pacientes a través de la educación sobre esta condición psiquiátrica, frecuentemente estigmatizada en nuestro medio; Difundir la problemática en el personal de salud para un diagnóstico y tratamiento oportuno; con los resultados que se obtengan, se podrá conocer la cantidad real institucional para brindar un mayor soporte individualizado por medio de diferentes servicios.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Describir la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento médico en pacientes onco-hematológicos en un Hospital nivel III-1 de Lima, Perú durante un periodo de 2 meses del 2023.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las características clínicas y demográficas de la población onco-hematológico.
2. Describir los principales tipos de neoplasias en pacientes onco-hematológicos.
3. Describir el nivel de adherencia en pacientes onco-hematológicos.
4. Describir la presencia de síntomas depresivos en pacientes onco-hematológicos.

### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### Diseño de estudio

El estudio es analítico, observacional y transversal.

#### Población

Pacientes adultos con diagnóstico establecido de enfermedad onco-hematológico atendidos por consultorio externo del servicio Hematología/Oncología de un hospital nivel III-1 que cumplen los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que reciben quimioterapia por vía oral o parenteral en el consultorio externo de hematología-oncología del HNCH.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes con neoplasias sólidas.
- Pacientes con discapacidad cognitiva, visual, auditiva o verbal.
- Pacientes que declinan la firma del consentimiento informado.

#### Cálculo del tamaño muestral

Para calcular el tamaño muestral de nuestro estudio se utilizó la prevalencia de pacientes onco-hematológicos del 9.5% (7) y un error estándar del 5%, utilizamos la siguiente fórmula para estimar el tamaño muestral a recolectar:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{E^2}$$

- “n” es el tamaño muestral requerido en nuestro estudio.
- “Z” es el valor del estadístico que corresponde al nivel de confianza deseado. Si asumimos un nivel de confianza del 95%, el valor de Z sería aproximadamente 1.96.

- “p” es la prevalencia de pacientes onco-hematológicos esperada, que es del 9.5% (o 0.095 en términos decimales).
- “E” es el error estándar deseado, que es del 5% (o 0.05 en términos decimales).

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.095 \cdot (1 - 0.095)}{0.05^2}$$

$$n \approx \frac{3.8416 \cdot 0.095 \cdot 0.905}{0.0025} \approx \frac{0.3460524}{0.0025} \approx 138.42096$$

Por lo tanto, para este estudio observacional en pacientes onco-hematológicos con una prevalencia del 9.5% y un error estándar del 5%, se requeriría un tamaño muestral de 138 pacientes.

#### **Definición variables**

Detallado en el Anexo 1, 2 y 4.

#### **Instrumentos de medidas**

El test de Morisky-Green y HADS-D se encuentran validados en población peruana (31). En nuestro estudio se considera HADS-D de 0 a 7 puntos como “ausente”, de 8 a 10 “sospechoso” y mayor o igual a 11 como “probable”, siendo, para este punto de corte, la sensibilidad 73%, especificidad 66%, y el AUC 0.76 en una muestra de población oncológica de 475 pacientes, con un alfa de Cronbach  $\alpha > 0.74$  (31). En nuestro estudio se usará la prueba de Morisky-Green que tiene sensibilidad de 81%, especificidad de 44%, Valor Predictivo Positivo de 0.75, Valor Predictivo Negativo de 0.47 (22), la cual ha sido validada y usada ampliamente en nuestro país (23, 24, 25, 26).

Según Vilela et al., se concluye que la escala métrica HADS-D a pesar de poseer una sensibilidad y especificidad relativamente bajas presenta consistencia, precisión y estabilidad en las medidas obtenidas debido a sus adecuados coeficientes de confiabilidad por consistencia interna ( $\omega$  y  $\alpha$ ) mayores a 0.70, con ello se demuestran altas estimaciones de validez convergentes ( $>.80$ ) con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), además reporta correlaciones estadísticamente significativas ( $<.01$ ) con  $r >.50$ , lo cual indica que es un instrumento rápido y adecuado para la medición de depresión.

A pesar de las limitaciones en sensibilidad, especificidad y área bajo la curva, la escala HADS-D sigue siendo válida para la evaluación de síntomas depresivos en pacientes oncológicos debido a su sencillez, brevedad y amplia aceptación en la comunidad científica y clínica. Esta población es altamente sensible y vulnerable a presentar episodios depresivos, por lo que el uso de esta subescala permite una evaluación rápida y sencilla de la sintomatología depresiva. Además, la escala HADS es ampliamente utilizada a nivel mundial en pacientes con padecimientos físicos y emocionalmente vulnerables, respaldando su idoneidad en el contexto de pacientes onco-hematológicos. Su enfoque específico en síntomas depresivos hace que sea una herramienta útil en el cribado inicial para una posterior evaluación más completa.

### **Procedimientos y Técnicas**

Se procederá a realizar una encuesta, ver anexo 6, para recolectar los datos y se utilizará las escalas validadas para el estudio (HADS y Morisky-Green). Dicha encuesta será aplicada por los investigadores previo consentimiento informado, anexo 5, posteriormente toda recolección de datos será colocada en una base encriptada y posteriormente procesada. Los resultados serán presentados en tablas y gráficas.

### **Aspectos Éticos del Estudio**

Antes de ejecutarse, el proyecto fue aprobado por el CIEI de la UPCH. Los participantes, previo consentimiento informado, accedieron a realizar las encuestas anónimas, pudiendo retirarse en cualquier momento. Los aspectos éticos son detallados completamente en el anexo 5. Se consigna un beneficio real y directo a todos los participantes con la entrega de una infografía, ver anexo 7, con la finalidad de orientar acerca del proyecto.

### **Plan de análisis**

El análisis univariado dependerá del tipo de variable. De encontrarse una variable categórica esta será descrita a través de una tabla con porcentajes y/o frecuencias.

De encontrarse una variable cuantitativa, esta será descrita a través de medidas de tendencia central: media, mediana y distribución de desviación estándar/rangos. La comparación de las variables de Adherencia al tratamiento y la Presencia de Síntomas Depresivos, se aplicará la prueba estadística chi cuadrado y la magnitud será evaluada a través de la proporción entre tasas de prevalencia.



#### **IV. RESULTADOS**

Se realizó 220 encuestas a pacientes del Servicio de Hematología-Oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el periodo de junio a julio de 2023. De esta cifra, 10 no firmaron el consentimiento debido a su poca disponibilidad de tiempo, mientras otros 8 cumplían criterios de exclusión (discapacidad cognitiva, visual, auditiva o verbal). De esta forma, se culminaron 202 encuestas satisfactoriamente, dado que cumplían los criterios de inclusión y firmaron el debido consentimiento. Posteriormente, se realizó dos bloques de preguntas, divididas en variables demográficas y variables clínicas.

De las variables demográficas, ver tabla 1, se obtuvo los siguientes datos. El 48.02% (n=97) fueron mujeres y el 51.98% (n=105) fueron hombres, La edad media de los pacientes fue de 59.39, con una desviación estándar (D. E.) de  $\pm 17.34$  años. La situación laboral fue de desempleo para el 65.35% (n=132), mientras el 34.65% (n=70) contaba con un empleo. Respecto al estado de pareja, un 57.43% (n=116) contaba con una, a diferencia del otro 42.57% (n=86). En cuanto al grado de instrucción, un 37.13% (n=75) tenía solo primaria completa, un 43.07% (n=87) tenía secundaria completa, un 16.34% (n=33) tenía estudios superiores y un 3.47% (n=7) no contaban con estudios. Del total de pacientes, un 83.17% (n=168) tenía a Lima Metropolitana como lugar de procedencia y un 16.83% (n=34) nacieron en provincia. Finalmente, un 88.12% (n=178) de los pacientes manifestaron vivir con otras personas, mientras que un 11.88% (n=24) indicaron que vivían solos.

Para obtener las variables clínicas se empleó diferentes estrategias de medición. Un primer apartado fue la polifarmacia, se presentó en un 31.68% (n=64) de los encuestados; el resto, 68.32% (n=138), evidenció una ausencia, es decir, consumen menos de 3 medicamento diarios, aparte de su respectivo tratamiento

oncohematológico. Respecto a las comorbilidades, el 47.03% (n=95) de los pacientes manifestaron la presencia de esta, el restante 52.97% (n=107) mostraron una ausencia, ver tabla 2.

En las variables clínicas se incluyó el tipo de cáncer padecido, ver tabla 1. El tipo de cáncer más frecuente que presentaron los encuestados fue el linfoma no Hodgkin 49.01% (n=99); le sigue los tumores de células plasmáticas con un porcentaje de afectados de 18.81% (n=38). Otro tipo de leucemias se manifestaron en un 7.92% (n=16) de los encuestados. La leucemia mieloide afectó al 7.43% (n=15); los trastornos mieloproliferativos crónicos se presentaron en un 4.95% (n=10) del total. Tanto el síndrome mielodisplásico como el linfoma de Hodgkin presentaron la misma cifra de afectados, cada uno en un 4.46% (n=9) de la cifra total. Finalmente, la leucemia linfoblástica con un 2.97% (n=6) del grupo encuestado. De todos estos pacientes, un 41.58% (n=84) recibía un tratamiento mixto, mientras un 30.20% (n=61) tomaba un tratamiento solo por vía parenteral; el 28.22% (n=57) restante recibía un tratamiento por vía oral.

Punto crucial fue la evaluación de la adherencia al tratamiento y la presencia de síntomas depresivos, también clasificadas como variables clínicas. Tal como se explicó, la variable de adherencia al tratamiento fue evaluada mediante el test de Morisky-Green (TMG), ver tabla 3. En base al TMG, un 58.91% (n=119) presentó una adherencia al tratamiento; el 41.08% (n=83) restante evidenció una no adherencia al tratamiento.

Por otro lado, para medir la presencia de síntomas depresivos se aplicó el score HADS-D cualitativo. Como resultado se observó que 55.94% (n=113) de los pacientes presentaba ausencia de síntomas depresivos; un 32.67% (n=66) presentó

sospecha de síntomas depresivos; y un 11.39% (n=23) manifestaron una probable presencia de síntomas depresivos.

A partir de lo señalado, se realizó un análisis exploratorio enfocado en la confluencia entre la adherencia al tratamiento, medido con el TMG, y los dos grupos de variables. En las variables demográficas se encontró que el promedio de edad era mayor (60.34 años) en la población no adherente respecto a la población adherente (57.69 años). El grupo femenino mostró una mayor proporción de adherencia (49.58%) que las no adherentes (45.78%). Caso contrario sucede con los varones, donde los no adherentes (54.22%) prevaleció ante los no adherentes (50.42%). Además, se encontró una mayor proporción de desempleados en la población no adherente (68,67%) al enfrentarla con la población adherente sin empleo (63,03%). Secundaria completa o estudios superiores (48.74% y 18.49%, respectivamente) fue mayor en la población adherente; caso contrario sucede con quienes cuentan con solo primaria completa o ningún estudio (44.58% y 7.23%, respectivamente) donde el grupo no adherente predominó. El lugar de procedencia muestra cierta influencia, puesto que, quienes procedían de Lima Metropolitana evidenciaron más adherencia que aquellos que venían de provincia.

En cuanto a las variables clínicas, ver tabla 3, la presencia de polifarmacia en la población no adherente (34.94%) sobrepasó a la adherente (29.42%). De manera similar, la comorbilidad en los pacientes adherentes (47.90%) superó a la no adherente (45.78%). Respecto al tipo de cáncer, quienes padecían del linfoma No Hodgkin mostraron más adherencia a su tratamiento. De manera general, el tratamiento prevalente fue la vía mixta con una adherencia (43.70%) no muy distante a los no adherentes (38.55%).

Por otro lado, se analizó las mismas variables respecto a su confluencia con la presencia de síntomas depresivos, medidos mediante el test HADS, ver tabla 4 y 5. Se dividió a la muestra total en tres grupos en relación a la probabilidad de presencia de síntomas: ausente, sospechoso y probable. Se obtuvo una media de edad de  $57.39 \pm 17.04$  para el primer grupo ( $n=113$ ), una media de  $61.15 \pm 16.23$  para el segundo ( $n=66$ ), y una media de  $58.73 \pm 21.55$  para el tercero ( $n=23$ ). Por otro lado, la ausencia de síntomas en el sexo femenino (49.56%) es menor en comparación con el masculino (50.44%); situación similar con el grupo de los sospechosos (40.91% en mujeres, 59.09% en varones). Caso contrario se evidenció en el grupo de probabilidad de presencia de síntomas donde el porcentaje femenino (60.87%) fue mayor al masculino (39.13%).

En el grupo de ausentes, la proporción de desempleados (72.57%) superó a la de empleados (27.43%); en el de sospechosos no se halló una diferencia (50% para ambos grupos), y en el de probables los desempleados (73.91%) también fue superior al de empleados (26.09%). El estatus con pareja fue de 52.21% y 47.79% sin pareja, en el grupo de ausentes; con pareja 65.15% y sin pareja 34.85%, para el grupo de sospechosos; y con pareja 60.87% y sin pareja 39.13%, para el grupo de probables.

Otro punto fue el grado de instrucción. Así, se obtuvo para el grupo de ausentes: sin estudios 2.65%, primaria completa 38.94%, secundaria completa 44.25% y superior 14.16%. En el de sospechosos: 4.55%, 27.27%, 45.45% y 22.73%, según el orden anterior. Por último, para el grupo de los probables: 4.35%, 56.52%, 30.43%, y 8.70%, mismo orden. En relación al lugar de procedencia, de la porción de ausentes, 81.42% eran de Lima Metropolitana y 18.58% de provincia, en el

grupo de ausentes; de los sospechosos, 86.36% y 13.64%, igual orden; y de los probables 82.61% y 17.39%. El estado convivencial, acompañado frente a los no acompañados, derivó en: 90.27% y 9.73%, para el grupo de ausentes; 84.85% y 15.15%, para el grupo de sospechosos; 86.96% y 13.04%, para el grupo de probables, ver tabla 3.

De manera similar a la adherencia, se realizó un análisis descriptivo sobre la asociación de la presencia de síntomas depresivos, medidos por el HADS-D, respecto a las variables clínicas, ver tabla 4. La polifarmacia fue menos prevalente en el grupo de los síntomas depresivos ausentes (56.64%), en comparación con el grupo de síntomas depresivos probables (73.91%). La ausencia de comorbilidades fue mayor en el grupo de pacientes con ausencia de síntomas depresivos (57.52%), en comparación con los pacientes que presentaban probable presencia de síntomas depresivos (47.83%).

En cuanto al tipo de neoplasia, ver tabla 4, cabe señalar que no existe mucha diferencia entre el grupo de ausentes, sospechosos y probables en los grupos de Linfomas No Hodgkin (46.9%, 51.52% y 52.17%) y tumores de células plasmáticas (17.7%, 21.21% y 17.39%). Donde sí se obtuvo diferencias fue en la leucemia linfoblástica, la muestra presentó con probabilidad de síntomas depresivos (13.04%) excedió a la ausencia (1.77%). Se llegó a resultados opuestos en el resto de tipos de cánceres, el grupo presentó una ausencia en: 9.73% para la leucemia mieloide, 6.19% para los síndromes mielodisplásicos, 6.19% para los trastornos mieloproliferativos crónicos; en cada uno de ellos se obtuvo un 0% de sospecha de probabilidad de síntomas depresivos.

En función de la vía de tratamiento, ver tabla 4, la ausencia de síntomas depresivos (46.02%) fue menor que la sospecha (30.43%) en quienes recibían tratamiento mixto. Sin embargo, se muestra mayor probabilidad de presencia de síntomas depresivos cuando los pacientes reciben tratamiento por vía parenteral: 39.13% de sospecha frente a 27.43% de ausencia. Igualmente, para quienes reciben tratamiento por vía oral: 30.43% de sospecha y 26.55% de ausencia.

Finalmente, se decidió buscar la asociación entre Adherencia al tratamiento y probable presencia de síntomas depresivos, ver tabla 3. La proporción del grupo de Adherentes con ausencia de síntomas (58.82%) fue mayor a los No Adherentes (51.81%). Cabe mencionar que el Score HADS-D es una escala de puntaje del 1 al 21, considerándose sospecha de síntomas depresivos a partir de los 8 hasta los 10 puntos. El promedio de puntaje en el grupo de No Adherentes (7.00 puntos HADS-D) fue mayor en contraste con el de Adherentes (6.26 puntos HADS-D). Dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En la sección de discusión, se ha abordado la variable HADS-D desde una perspectiva cualitativa ordinal. No obstante, los resultados relacionados con esta variable se han presentado de manera cuantitativa en la tabla número 5. Consideramos innecesario repetir el análisis de dicha variable, dado que los estudios actuales no efectúan comparaciones con los valores numéricos presentados en la tabla, debido a que emplean diversos puntos de corte según la sensibilidad y especificidad elegidas.

## V. DISCUSIÓN

En la presente investigación se examinó la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en pacientes oncohematológicos utilizando la escala HADS-D y el Test de Morisky-Green, respectivamente. Los resultados revelaron que no existe asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento médico ( $p < 0,260$ ), ver tabla 6.

En primer lugar, se observó que el 58.82% de pacientes pertenecientes al grupo de adherentes presentaba ausencia de síntomas depresivos, esto sugiere que la falta de síntomas depresivos puede ser un factor importante en la adherencia al tratamiento. Resultado que contrasta con la asociación significativa, con un  $p$  menor a 0,05, en una población de pacientes hipertensos (43). Esta diferencia podría sustentarse en la menor prevalencia de enfermedades oncohematológicas en nuestro contexto, que llega a ser un 5 - 10% de todas las neoplasias (5,6); en comparación con la enfermedad hipertensiva, donde la prevalencia ronda el 20% (43).

Souza et al., realizó un estudio con el objetivo de verificar los síntomas depresivos y la adherencia a la quimioterapia entre mujeres pacientes de cáncer de mama. En donde, luego de realizar el análisis de la data, se reveló que no hay una asociación estadísticamente significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y las variables demográficas y clínicas en cuestión (44). Dicho resultado apoya nuestro hallazgo dentro de la población oncohematológica.

Se encontró que el 51.81% de pacientes en el grupo de no adherentes también presentaba ausencia de síntomas depresivos. Esto podría indicar que otros factores, además de la depresión, podrían estar influyendo en la falta de adherencia al tratamiento en este grupo. Es importante destacar que entre esos factores adicionales se puede incluir las barreras logísticas, la falta de apoyo social, la

complejidad del régimen de tratamiento o la falta de comprensión de la importancia de seguir el tratamiento. (15, 19)

Respecto a las variables demográficas, se obtuvo los siguientes resultados. La edad media encontrada en los encuestados fue de 59.39 años, además, una proporción de varones de 51.98%, similar al de mujeres con 48.02%. Resultados compatibles con diferentes estudios acerca de la misma población diagnosticada de neoplasias oncohematológicas (16, 18, 19). Respecto al lugar de procedencia de nuestra población, un 83.17% procedía de Lima Metropolitana, lo cual coincide con la localización de una mayor cantidad de centros especializados en la atención de pacientes oncohematológicos a nivel nacional. (42)

En lo que concierne a la situación laboral de este tipo de pacientes, nuestros resultados difieren con otros estudios (37, 38, 41). En estos últimos, la cifra de desempleo está en un rango desde el 33% hasta el 40%; mientras la cifra que obtuvimos llegó al 65.35%. Es probable su relación con la avanzada edad de los pacientes en nuestra muestra. Las siguientes variables son el estatus de pareja y el estatus convivencial, se halló que la mayoría de pacientes cuentan con una pareja 57.43%, o viven acompañados 88.12%; cifras similares a estudios previos (37, 38, 41). Sobre el nivel de instrucción, se presenta una variación a través de diferentes estudios, en especial aquellos que comparan poblaciones de diferentes latitudes a las latinoamericanas. Encontramos que un 37.13% de los pacientes cuenta con secundaria, seguido por un 37.13% con primaria completa; a diferencia de otros estudios donde el 50 al 70% de pacientes cuenta con secundaria completa (37, 38, 41).



Por otro lado, respecto a las variables clínicas, existe la presencia de al menos una comorbilidad en nuestra población estudiada. Compatible con los estudios previos realizados en factores asociados a la adherencia (15, 19). Cabe señalar la mayor propensión a que la comorbilidad se trate de una enfermedad cardiovascular con un 48.42%, ver tabla 2, seguido por una enfermedad hepática con 34.74%; tal como se describen en las prácticas de guías clínicas, como parte del manejo integral (8, 9, 11). Además, se describe la polifarmacia como un fenómeno frecuente en esta población, con un 68.32%, cifras ligeramente similares con los estudios de Le Calloch et. al., con un 70% (18). La vía de tratamiento más empleada fue la mixta con 41.58%, siempre en función al tipo de neoplasia y el estadio de la enfermedad (10, 11, 12); sin embargo, estudios previos muestran una tendencia a la vía oral como principal para la adherencia (18, 28).

Nuestro estudio obtiene un 11.38% de presencia de síntomas depresivos en la población analizada. Esto es acorde con un estudio previo, cuyo resultado evidencia la baja prevalencia de depresión en este tipo de neoplasias (38) y varía dependiendo del tipo de neoplasia oncohematológica (39). A nivel nacional, los resultados obtenidos se contraponen sustancialmente a la prevalencia de 64.13%, para presencia de síntomas depresivos, en pacientes oncológicos (41).

Además, se encontró 0% de casos probables de síntomas depresivos en pacientes con leucemia mieloide y 4% de casos sospechosos; esto difiere considerablemente de estudios previos donde se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos (36). Caso similar se da con las neoplasias mieloproliferativas, 0% de casos probables de síntomas depresivos y 4.55% sospechosos; cifra que se confronta con un estudio donde se halló una prevalencia de 38.5% de depresión en neoplasias

mieloproliferativas (40). La neoplasia más frecuente encontrada fue el linfoma No Hodgkin 49.01% (n=99), seguido del grupo de las leucemias 19.32% (n=37), que incluye las leucemias linfoblásticas, las mieloides y otros tipos de leucemias; hallazgos compatibles con los estudios de prevalencia realizados en nuestro país (5,6). El siguiente cáncer más frecuente que se obtuvo fue el tumor de células plasmáticas con 18.81% (n=38); neoplasia que no ocupaba posiciones altas en los censos y estudios de prevalencia (4,7).

Respecto a la adherencia, se halló una falta de adherencia del 41.08% en la muestra. Similar con la población oncológica, en general, donde se observa una falta de adherencia del 21% al 60% (27, 28). Dependiendo del tipo de neoplasia, esta falta de adherencia puede ser comparada con otros estudios. Por ejemplo, en trastornos mieloproliferativos, se tiene una tasa de no adherencia del 28% (18), mientras que, en nuestro caso, se presenta en solo un 3.61%. Para el linfoma no Hodgkin, los tumores de células plasmáticas y las leucemias agudas, encontramos que existe una falta de adherencia del 44.58%, 19.28% y 16.86%, respectivamente. Esto disiente con una falta de adherencia del 50% en estos 3 grupos poblacionales en otro estudio (19). Respecto a otras neoplasias, no se halló estudios comparativos que permitan contrastar los resultados.

Por último, la falta de adherencia al tratamiento por vía oral fue del 31.33%. Dato que se confronta con estudios realizados en pacientes con leucemia mieloide aguda, donde la adherencia esperada es del 50% para la misma vía de tratamiento (19).

### **Limitaciones**

Es importante destacar las limitaciones de este estudio. Primero, debido al diseño del estudio, tipo transversal, no se podría extrapolar los resultados para establecer

causalidad. Segundo, el empleo encuestas para medir la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento; esto puede implicar ciertos sesgos, como el sesgo de supervivencia (Neyman), porque solamente se encuestan a los sobrevivientes al tratamiento médico. Otra limitación se da al describir los principales tipos de neoplasias, puesto que parte de los pacientes con neoplasias oncohematológicas son derivados a tratarse a centros especializados de mayor nivel, así cual se reduce el tamaño muestral empleable (42).

El reducido tamaño de muestra disponible en el hospital, junto al diseño de estudio, que es observacional, descriptivo y transversal, confluyen como limitantes para obtener valores significativos estadísticamente. Solo nos permite evaluar a los pacientes en un momento preciso de tiempo, mas no realizar un seguimiento, esto podría conllevar cierto sesgo. Asimismo, se encontró un limitado número de pacientes atendidos cotidianamente por el servicio de oncohematología; prueba de ello fue los escasos pacientes nuevos que accedieron a nuestra entrevista en las últimas semanas del estudio, la mayoría ya formaban parte de la muestra. Además, hay que considerar que no fueron evaluados los pacientes oncológicos de cuidados paliativos del HNCH (Programa de Atención Domiciliaria Integral Oncológica), los cuales cuentan con consultorio propio de psicología, donde se evalúan presencia de síntomas depresivos.

El test HADS-D es una prueba de cribado que se utiliza para encontrar la presencia de síntomas depresivos y clasificarlos según su puntaje obtenido en: ausente, sospechoso o probable. Sin embargo, este no realiza un diagnóstico de depresión, consideramos esto una limitación porque es necesario la evaluación de un médico especialista en psiquiatría para confirmar el diagnóstico. Además, esta herramienta,

a pesar de haber sido validada en nuestro país, solo es de uso de cribado inicial y no en pacientes continuos. Se toma en cuenta que la población del nosocomio elegido se hallaba en diferentes momentos de sus tratamientos, por lo cual, podría atribuirse su poca relevancia y significancia en el presente trabajo de investigación. Una limitación que encontramos durante la aplicación de la encuesta consistió en la dificultad para identificar pacientes que ya tuvieran un diagnóstico confirmado de depresión y que estuvieran recibiendo tratamiento médico o lo hubieran abandonado debido a la larga duración del tratamiento. Sin embargo, en nuestro estudio, esta variable no fue considerada como un antecedente de depresión debido a que nuestra herramienta HADS-D es una subescala diseñada para realizar un tamizaje de depresión en pacientes oncológicos, pero no tiene la capacidad de proporcionar un diagnóstico definitivo. Como resultado, automáticamente excluimos a aquellos pacientes que ya tienen un diagnóstico establecido, lo que podría generar un sesgo en el análisis de los datos.

Se recomienda el uso de otra herramienta de cribado para el estudio en este tipo de población significativamente heterogénea. Situación similar se produce con el test de Morisky-Green. Este es un instrumento que se utiliza para evaluar la adherencia terapéutica, pero no es una prueba completa. Por ende, habría que analizar el uso de otra herramienta que nos permita un tamizaje adecuado. Una última limitación a señalar es la poca información, que tenían tanto los pacientes como el personal de salud, sobre la presencia de síntomas depresivos y cómo tamizarse en la consulta rutinaria. Esto puede afectar su adherencia al tratamiento y su supervivencia. Se brindó una breve orientación y la entrega de infografía a los participantes del estudio.

## **Recomendaciones**

Una recomendación para futuros estudios es considerar la inclusión de medidas objetivas adicionales, como la evaluación clínica de la depresión por un médico especialista y el monitoreo de la adherencia a través de herramientas clínicas que no sean de tamizaje. Así se podrá establecer causalidad de los factores asociados por medio de estudios longitudinales. Nuestro trabajo de investigación sirve como punto de partida para desarrollar futuras investigaciones de cohorte, que puedan investigar más acerca de los principales factores asociados y su relación con la adherencia al tratamiento y los síntomas depresivos. Se recomienda realizar estudios sobre factores asociados a la adherencia en centros especializados de mayor complejidad, puesto que estos dispondrán de una mayor cantidad de muestra poblacional analizable.

## VI. CONCLUSIONES

- Nuestros hallazgos no respaldan la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento en pacientes onco-hematológicos. Se deben considerar otros factores, distintos a la presencia de síntomas depresivos, que podrían influir en la adherencia al tratamiento.
- Se encontró que la mayor frecuencia de pacientes adherentes al tratamiento médico presentaba las siguientes características: varones, desempleados, con pareja, con secundaria completa, que viven acompañados, que residen en Lima Metropolitana, con ausencia de polifarmacia, con ausencia de comorbilidades, con vía de tratamiento mixto, con un tipo neoplasia específico (Linfoma no Hogdkin).
- Se debe considerar el empleo de pruebas de tamizaje más eficaces con respecto a sensibilidad y especificidad y estudios longitudinales para poder establecer causalidad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Estimated number of prevalent cases (5-year) World, both sexes, ages 15+; 2020. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Alaggio R., Amador C. Anagnostopoulos I, et. al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia* [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2022;36(7):1720-1748. Disponible en doi:10.1038/s41375-022-01620-2
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Tercera ed. Prado [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023], editor. Madrid; 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96612>
4. Elias Campo, Steven H. Swerdlow, Nancy L. Harris, Stefano Pileri, Harald Stein, Elaine S. Jaffe. The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: evolving concepts and practical applications. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Blood* 2011 vol. 117,19: 5019-32. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2011-01-293050>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer Lima Metropolitana 2013-2015. Datos epidemiológicos. Lima: INEN. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023], Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/REGISTRO-DE-CANCER-DE-LIMA-METROPOLITANA-2013-2015.pdf>
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Nuevos Cánceres Perú 2010-2019, para ambos sexos. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/08/Casos-nuevos-registrados-en-el-IVEN-2000-2019.pdf>
7. World Health Organization. The Global Cancer observatory. March, 2021. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-factsheets.pdf>
8. Heuser M, Ofran Y, Boissel N, Brunet Mauri S, Craddock C, Janssen J, et al. Acute myeloid leukaemia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*. [Internet]

- [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2020; 31(6): p. 697-712. Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.018>
9. Hoelzer D, Bassan R, Dombret H, Fielding A, Ribera JM, Buske C. Acute lymphoblastic leukaemia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2016; 27(suppl 5): p. v69-v82. Disponible en doi: [10.1093/annonc/mdw025](https://doi.org/10.1093/annonc/mdw025)
  10. Faderl S, Talpaz M, Estrov Z, O'Brien S, Kurzrock R, Kantarjian HM. The biology of chronic myeloid leukemia. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *The New England Journal of medicine*. 1999; 341(3): p. 164-172. Disponible en doi: [10.1056/NEJM199907153410306](https://doi.org/10.1056/NEJM199907153410306)
  11. Hallek M, Cheson B, Catovsky D, et al. iwCLL guidelines for diagnosis, indications for treatment, response assessment, and supportive management of CLL. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Blood*. 2018; 131(25): p. 2745–2760. Disponible en doi: [10.1182/blood-2017-09-806398](https://doi.org/10.1182/blood-2017-09-806398)
  12. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *Journal Clinic Oncology*. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2014;32(27):3059-3068. Disponible en doi:[10.1200/JCO.2013.54.8800](https://doi.org/10.1200/JCO.2013.54.8800)
  13. Olsen EA, Rook AH, Zic J, et al. Sézary syndrome: immunopathogenesis, literature review of therapeutic options, and recommendations for therapy by the United States Cutaneous Lymphoma Consortium (USCLC). [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Journal American Academy Dermatology*. 2011;64(2):352-404. Disponible en doi:[10.1016/j.jaad.2010.08.037](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.08.037)
  14. Tovar J, Martinez L. Cirugía Oncológica en la Infancia. En Madero L, Muñoz A. *Hematología y oncología pediátricas*. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Segunda ed. Madrid: Ergon; 2005. p. 285. Disponible en doi: [10.1016/S0716-8640\(10\)70514-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70514-9)
  15. Vyas A, Descoteaux A, Kogut S, Parikh MA, Campbell PJ, Green A, et al. Predictors of adherence to oral anticancer medications: An analysis of 2010-2018 US nationwide claims. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Journal of managed care & specialty pharmacy*. 2022; 28(8): p. 831–844. Disponible en doi: [10.18553/jmcp.2022.28.8.831](https://doi.org/10.18553/jmcp.2022.28.8.831)



16. Bryant AL, LeBlanc TW, Albrecht T, et al. Oral adherence in adults with acute myeloid leukemia (AML): results of a mixed methods study. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Support Care Cancer*. 2020; 28: p. 5157–5164. Disponible doi: 10.1007/s00520-020-05349-5
17. Lee PM, Chang CT, Yusoff ZM. Adherence to tyrosine kinase inhibitors among adult chronic myeloid leukemia patients in a Malaysia hospital. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *International journal of clinical pharmacy*. 2021; 43(1): p. 46–54. Disponible en doi: 10.1007/s11096-020-01070-9
18. Le Calloch R, Lacut K, Le Gall-Ianotto C, Nowak E, Abiven M, Tempescul A, et al. Non-adherence to treatment with cytoreductive and/or antithrombotic drugs is frequent and associated with an increased risk of complications in patients with polycythemia vera or essential thrombocythemia (OUEST study). [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Haematologica*. 2018; 103(4): p. 607–613. Disponible en doi: 10.3324/haematol.2017.180448
19. Bouwman L, Eeltink CM, Visser O, et al. Prevalence and associated factors of medication non-adherence in hematological-oncological patients in their home situation. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *BMC Cancer*. 2017;(739). Disponible en doi: 10.1186/s12885-017-3735-1
20. Gan G, Ng D, Leong Y, et al. Anxiety and depression in patients with haematological neoplasms in Malaysia. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Med J Malaysia*. 2019; 74(3): p. 191-197. Disponible en: <https://www.e-mjm.org/2019/v74n3/anxiety-and-depression.pdf>
21. Berrospi-Reyna Silvia, Herencia-Souza Mónica, Soto Alonso. Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público de Lima, Perú. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Acta Médica Peruana*. 2017; 34(2): 95-100. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172017000200004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000200004&lng=es).
22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Med Care*. 1986;24(1):67-74. Disponible en doi:10.1097/00005650-198601000-00007
23. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e investigación*. 2017; 19(2): p. 95-101. [Internet]. 2 de agosto de 2017 [citado 15 de marzo de 2023]; Disponible en:

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>

24. Fernández N, Díaz J. Factores relacionados a la falta de adherencia terapéutica en pacientes oncológicos del Hospital María Auxiliadora distrito San Juan de Miraflores- Lima-Metropolitana, 2021-2022. [Tesis de Pregrado]. 05 de octubre del 2022. [citado 15 de marzo de 2023] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7590>
25. Alva ER, Espinoza MM. Funcionalidad familiar y cumplimiento del tratamiento de quimioterapia en pacientes del servicio de oncología. Hospital regional José Cayetano Heredia. Piura 2017. [Tesis de Pregrado] ed. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. [citado 15 de marzo de 2023] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/5471>
26. Lozada LA. Determinantes sociodemográficos y culturales asociados a la relación entre el funcionamiento familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2017 Vallejo UC, editor. Perú: [Tesis para obtener el Grado de Maestría]; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/17741>
27. Chalco ML, Baca NL. Factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes oncológicos del Hospital Essalud III base Puno, marzo-mayo 2021 [Tesis de Pregrado] Lima: Universidad María Auxiliadora; 2021. [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/589>
28. McGrady ME, Pai A. A Systematic Review of Rates, Outcomes, and Predictors of Medication Non-Adherence Among Adolescents and Young Adults with Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2019; 8(5). Disponible en doi: 10.1089/jayao.2018.0160
29. Bustamante-Coronado Reina, Vela-Ruiz José M., Paredes-Olivares Omar, Carreño-Escobedo Ricardo A. Brechas de acceso al tratamiento oncológico en un hospital de salud de referencia del sur de lima en el año 2019. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2022 Jul [Citado el 15 de marzo] ; 22(3): 497-513. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312022000300497&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300497&lng=es).
30. Fernández C, Pérez I. Control y manejo de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en el paciente oncohematológico. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Educación para la salud. Enfermería

en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2020;(80): p. 24-33. Disponible en: [https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62728b55ed71d\\_Enferm-Cardiol.-2020-27-80-24-33\\_3.pdf](https://enfermeriaencardiologia.com/media/acfupload/62728b55ed71d_Enferm-Cardiol.-2020-27-80-24-33_3.pdf)

31. Vilela AL. Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018. [Tesis de Pregrado] Lima: Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/50560>
32. Saavedra FM, Astuquipan H. Presencia de ansiedad y depresión en pacientes de consulta externa de gastroenterología en Lima Metropolitana. *Revista de Gastroenterología del Perú*. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] 2022; 42(3): p. 171-176. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292022000300171&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292022000300171&lng=es).
33. Patilla C. Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Temática Psicológica: Revista especializada de los Programas Académicos de Doctorado y Maestría en Psicología*. 2018; 14(14): p. 69–75. Disponible en: <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2018.n14.1811>.
34. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, Stüssi G, Saletti P, Cinesi I, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *BMC Palliat Care*. 2020;(19). Disponible en doi: 10.1186/s12904-020-00556-7
35. Tilch M, Galle P, Schattenberg J, Kostev K, Labenz C. Burden of depression and anxiety disorders per disease codes in patients with lymphoma in Germany. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Support Care Cancer*. 2022; 30(3): p. 2387-2395. Disponible en doi: 10.1007/s00520-021-06677-w
36. Ding T, Wang X, Fu A, Xu L, Lin J. Anxiety and depression predict unfavorable survival in acute myeloid leukemia patients. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Medicine*. 2019;98(43); 98(43). Disponible en doi: 10.1097/MD.00000000000017314
37. López-Roig S, Terol MC, Pastor MA, Neipp MC, Massutí B, Rodríguez-Marín. Ansiedad y depresión. Validación de la escala HADS en pacientes oncológicos. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] *Revista de*

- Psicología de la Salud. 2017; 12(2): p. 127-155. Disponible en doi: <https://doi.org/10.21134/pssa.v12i2.787>
38. Jaimes Tami AC, Ramirez Rodríguez LL, Romero Mejía AP. Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en doi: <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5388>
  39. Castaño S, González CP. Ansiedad y depresión en pacientes adultos con enfermedad hemato-oncológica: revisión integrativa. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Maestría en Enfermería Oncológica ed.: Pontificia Universidad Javeriana; 2021. Disponible en doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.57529>
  40. McFarland D, Johnson M, Polizzi H, Mascarenhas J, Kremyanskaya M, Holland J, et al. Preferences of Patients With Myeloproliferative Neoplasms for Accepting Anxiety or Depression Treatment. [Internet] [Consultado el 15 de marzo del 2023] Psychosomatics. 2017; 58(1): p. 56-63. Disponible en doi: 10.1016/j.psych.2016.08.006
  41. Beltran K. Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, [Tesis de Pregrado] Arequipa 2019: Universidad Nacional de San Agustín. [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8226>
  42. Superintendencia Nacional de Salud. Plataforma Nacional de Datos Abiertos. [Internet]; 2017. Consultado 15 de Marzo de 2023. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-ipress/resource/7cf96151-5ddf-4281-90ba-b2b0407447ab#>.
  43. Yauri M. López G. Asociación entre la sintomatología depresiva y la baja adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes ambulatorios en un hospital de Lima (2022) [Tesis de Pregrado]. [Citado el 10 de julio de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10021/yauri\\_lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10021/yauri_lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  44. Souza, B. F. de, Moraes, J. A. de, Inocenti, A., Santos, M. A. dos, Silva, A. E. B. de C., & Miasso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. [Internet] [Citado el 10 de julio de 2023] Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22(5), 866–873. Disponible en doi:10.1590/0104-1169.3564.2491

## VIII. TABLAS

**Tabla 01. Característica de la muestra del estudio**

Total de pacientes: 202			
Variables	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Demográficas</b>			
	Media	D.E.	
Edad	59.390	17.345	
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	
Femenino	97	48.02%	
Masculino	105	51.98%	
Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje	
Desempleado	132	65.35%	
Empleado	70	34.65%	
Estatus de Pareja	Frecuencia	Porcentaje	
Con pareja	116	57.43%	
Sin pareja	86	42.57%	
Nivel de Estudio	Frecuencia	Porcentaje	
Sin estudios	7	3.47%	
Primaria completa	75	37.13%	
Secundaria completa	87	43.07%	
Superior completa	33	16.34%	
Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	
Lima Metropolitana	168	83.17%	
Provincia	34	16.83%	
Estatus Convivencial	Frecuencia	Porcentaje	
Acompañado	178	88.12%	
No acompañado	24	11.88%	
<b>Clínicas</b>			

Polifarmacia	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	138	68.32%
Presente	64	31.68%
Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	107	52.97%
Presente	95	47.03%
Tipo de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Linfoma No Hodgkin	99	49.01%
Tumor Células Plasmáticas	38	18.81%
Otras Leucemias	16	7.92%
Leucemia Mieloide	15	7.43%
Trastornos Mieloproliferativos Crónicos	10	4.95%
Síndrome Mielodisplásico	9	4.46%
Linfoma Hodgkin	9	4.46%
Leucemia Linfoblástica	6	2.97%
Vía de Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Mixto	84	41.58%
Parenteral	61	30.20%
Oral	57	28.22%
Adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green)		
Adherente	119	58.91%
No Adherente	83	41.08%
Presencia de Síntomas Depresivos (HADS-D): Cualitativo		
Ausente (Menor o igual a 7)	113	55.94%
Sospechoso (8 a 10)	66	32.67%
Probable (Mayor o igual a 11)	23	11.39%

---

**Tabla 02. Descripción de comorbilidades en la población**

---

Presencia de comorbilidades (n=95)\*

<b>Tipo de Enfermedad</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Enfermedad Cardiovascular	46	48.42%
Enfermedad Hepática	33	34.74%
Enfermedad Pulmonar	11	11.58%
Enfermedad Autoinmune	9	9.47%
Enfermedad Renal	8	8.42%
Enfermedad Endocrina	8	8.42%

---

\* Definido como al menos 1 comorbilidad presente

**Tabla 03. Resultados de la Adherencia y las características de los pacientes (Test de Morisky-Green)**

Variables	Total de pacientes: 202			
	Adherente (n=119)		No adherente (n=83)	
	n	%	n	%
<b>Demográficas</b>				
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Edad	57.689	16.499	60.337	18.482
Sexo	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	59	49.58%	38	45.78%
Masculino	60	50.42%	45	54.22%
Situación laboral	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desempleado	75	63.03%	57	68.67%
Empleado	44	36.97%	26	31.33%
Estatus de Pareja	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Con pareja	77	64.71%	39	46.99%
Sin pareja	42	35.29%	44	53.01%
Nivel de Estudio	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin estudio	1	0.84%	6	7.23%
Primaria Completa	38	31.93%	37	44.58%
Secundaria Completa	58	48.74%	29	34.94%
Superior	22	18.49%	11	13.25%
Lugar de Procedencia	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lima Metropolitana	104	87.39%	64	77.11%
Provincia	15	12.61%	19	22.89%
Estatus Convivencial	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acompañado	106	89.08%	72	86.75%
No acompañado	13	10.92%	11	13.25%
<b>Clínicas</b>				
Polifarmacia	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>



Ausente	84	70.59%	54	65.06%
Presente	35	29.41%	29	34.94%
Comorbilidades	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ausente	62	52.10%	45	54.22%
Presente	57	47.90%	38	45.78%
Tipo de Cáncer	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Linfoma Hodgkin	6	5.04%	3	3.61%
Linfoma No Hodgkin	62	52.10%	37	44.58%
Leucemia Linfoblástica	3	2.52%	3	3.61%
Leucemia Mieloide	4	3.36%	11	13.25%
Síndrome Mielodisplásico	4	3.36%	5	6.02%
Tumor Células Plasmáticas	22	18.49%	16	19.28%
Trastornos Mieloproliferativos Crónicos	7	5.88%	3	3.61%
Otras Leucemias	11	9.24%	5	6.02%
Vía de Tratamiento	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mixto	52	43.70%	32	38.55%
Parenteral	36	30.25%	25	30.12%
Oral	31	26.05%	26	31.33%
Presencia de Síntomas Depresivos (HADS-D): Cualitativo				
Ausente	70	58.82%	43	51.81%
Sospechoso	39	32.77%	27	32.53%
Probable	10	8.40%	13	15.66%
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
(HADS-D): Cuantitativo	6.261	3.482	7.000	3.758

D.E. : Desviación Estándar

#: Porcentaje

n: frecuencia

**Tabla 04. Resultados de Presencia de Síntomas Depresivos (Escala HADS-D):  
Escala cualitativa y las características de los pacientes**

Total de pacientes: (n=202)						
Variables	Ausente (n=113)		Sospechoso (n=66)		Probable (n=23)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Demográficas</b>						
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Edad	57.398	17.044	61.152	16.235993	58.739	21.550
Sexo	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	56	49.56%	27	40.91%	14	60.87%
Masculino	57	50.44%	39	59.09%	9	39.13%
Situación laboral	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Desempleado	82	72.57%	33	50.00%	17	73.91%
Empleado	31	27.43%	33	50.00%	6	26.09%
Estatus de Pareja	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Con pareja	59	52.21%	43	65.15%	14	60.87%
Sin pareja	54	47.79%	23	34.85%	9	39.13%
Nivel de Estudio	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin estudios	3	2.65%	3	4.55%	1	4.35%
Primaria Completa	44	38.94%	18	27.27%	13	56.52%
Secundaria Completa	50	44.25%	30	45.45%	7	30.43%
Superior	16	14.16%	15	22.73%	2	8.70%
Lugar de procedencia	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lima Metropolitana	92	81.42%	57	86.36%	19	82.61%
Provincia	21	18.58%	9	13.64%	4	17.39%
Estatus Convivencial	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acompañado	102	90.27%	56	84.85%	20	86.96%
No acompañado	11	9.73%	10	15.15%	3	13.04%

### Clínicas

Polifarmacia	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ausente	64	56.64%	57	86.36%	17	73.91%
Presente	49	43.36%	9	13.64%	6	26.09%
Comorbilidades	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ausente	65	57.52%	31	46.97%	11	47.83%
Presente	48	42.48%	35	53.03%	12	52.17%
Tipo de Cáncer	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Linfoma Hodgkin	3	2.65%	3	4.55%	3	13.04%
Linfoma No Hodgkin	53	46.90%	34	51.52%	12	52.17%
Leucemias Linfoblástica	2	1.77%	1	1.52%	3	13.04%
Leucemia Mieloide	11	9.73%	4	6.06%	0	0.00%
Síndrome Mielodisplásico	7	6.19%	2	3.03%	0	0.00%
Tumor Células Plasmáticas	20	17.70%	14	21.21%	4	17.39%
Trastornos Mieloprolif. Crónicos	7	6.19%	3	4.55%	0	0.00%
Otras Leucemias	10	8.85%	5	7.58%	1	4.35%
Vía de Tratamiento	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mixto	52	46.02%	25	37.88%	7	30.43%
Parenteral	31	27.43%	21	31.82%	9	39.13%
Oral	30	26.55%	20	30.30%	7	30.43%

D.E. : Desviación  
Estándar

#: Porcentaje

n: frecuencia

**Tabla 05. Resultados de Presencia de Síntomas Depresivos (Escala HADS-D): Escala cuantitativa y las características de los pacientes**

<b>Variab</b> les	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
<b>Total</b>	6.564	3.607
<b>Demográficas</b>		
Sexo	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Femenino	6.680	3.619
Masculino	6.457	3.611
Situación laboral	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Desempleado	6.197	3.710
Empleado	7.257	3.322
Estatus de Pareja	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Con pareja	6.836	3.536
Sin pareja	6.198	3.690
Nivel de Estudio	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Sin estudio	6.857	3.671
Primaria Completa	6.800	3.838
Secundaria Completa	6.241	3.537
Superior	6.818	3.321
Lugar de Procedencia	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Lima Metropolitana	6.690	3.554
Provincia	5.941	3.853
Estatus Convivencial	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Acompañado	6.449	3.586
No acompañado	7.417	3.729
<b>Clínicas</b>		
Polifarmacia	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Ausente	6.964	3.581
Presente	5.703	3.540
Comorbilidades	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>

	Ausente	6.159	3.745
	Presente	7.021	3.408
Tipo de Cáncer		<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
	Linfoma Hodgkin	9.111	4.343
	Linfoma No Hodgkin	6.960	3.319
	Leucemia Linfoblástica	10.000	3.098
	Leucemia Mieloide	4.667	3.200
	Síndrome Mielodisplásico	4.889	2.892
	Tumor Células Plasmáticas	6.658	3.829
	Trastornos Mieloprolif. Crónicos	5.000	2.981
	Otras Leucemias	4.875	3.739
Adherencia			
	Adherente	6.261	3.482
	No Adherente	7.000	3.758
Vía de Tratamiento		<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
	Mixto	6.321	3.440
	Parenteral	7.016	3.793
	Oral	6.439	3.665

---

**Tabla 6. Asociación entre Presencia de Síntomas Depresivos y Adherencia**

Total de pacientes (n=202)							
Adherencia (Test de Morisky-Green)	Síntomas Depresivos (HADS-D)						p-value*
	Ausente (n=113)		Sospecha (n=66)		Probable (n=23)		
	n	%	n	%	n	%	
No Adherente (n=83)	43	38.05%	27	40.91%	13	56.52%	0,260
Adherente (n=119)	70	61.95%	39	59.09%	10	43.48%	

\* Chi cuadrado

Key				
	<i>frequency</i>	<i>expected frequency</i>	<i>cell percentage</i>	
Enumerating sample-space combinations:				
	stage 3: enumerations = 1			
	stage 2: enumerations = 8			
	stage 1: enumerations = 0			
Adherencia (Test de Morisky-Green) (1):1, (0):0	HADS Outcome			Total
	0	1	2	
0	43 46.4 21.29	27 27.1 13.37	13 9.5 6.44	83 83.0 41.09
1	70 66.6 34.65	39 38.9 19.31	10 13.5 4.95	119 119.0 58.91
Total	113 113.0 55.94	66 66.0 32.67	23 23.0 11.39	202 202.0 100.00
Pearson chi2(2) = 2.6942 Pr = 0.260				
Fisher's exact = 0.257				

## **IX. ANEXOS**

**ANEXO 1. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

**ANEXO 2. ESCALA DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
(HADS-D)**

**ANEXO 3. TIPOS DE NEOPLASIAS (OMS)**

**ANEXO 4. TEST DE ADHERENCIA (MORISKY-GREEN)**

**ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ANEXO 6. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ANEXO 7. INFOGRAFÍA**

**ANEXO 1. DEFINICIÓN DE VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Medición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Indicador (Codificación)</b>
<b>Variables independientes demográficas</b>						
Sexo	Definido como el género biológico al nacer, masculino o femenino.	Característica Fenotípica	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómico	(0) Masculino, (1) Femenino
Edad	Determinada por la edad cronológica en años del paciente obtenido mediante la encuesta	Edad cronológica	Por encuesta	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
Situación Laboral	Determinada por la condición laboral actual del paciente, definido como empleado o desempleado.	Estado actual de la situación laboral del paciente	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómico	(1) Empleado, (0) Desempleado
Status de Pareja	Determinada por la situación actual de pareja del paciente al momento de la encuesta. Definido como con pareja o sin pareja.	Estado actual de la situación civil del paciente	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómico	(1) Con pareja, (0) Sin pareja



Nivel de Estudio	Se define como el grado de instrucción máximo alcanzado al momento de la entrevista.	Definido como último nivel de estudio alcanzado y completado	Por encuesta	Cualitativa	Ordinal Politómica	Sin estudios, Primaria, Secundaria, Superior
Lugar de procedencia	Definido como el lugar de residencia del paciente.	Definido como el lugar de residencia del paciente pudiendo ser Lima metropolitana o provincia.	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómica	(1) Lima, (0) Provincia
Status convivencial	Se refiere a la condición actual del paciente, pudiendo vivir solo o en compañía.	Definido como si el paciente vive en compañía o vive solo.	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómica	(0) Vive solo, (1) No vive solo
<b>Variable dependiente clínica</b>						

<p>Adherencia al tratamiento (Variable Resultado Principal)</p>	<p>Determinada por medio del test de Morisky-Green, el cual está conformado por 4 preguntas dicotómicas que evalúan la adherencia al tratamiento médico.</p>	<p>Se considerará paciente “Adherente” al resultado con el siguiente patrón específico “No, Sí, No, No”. Cualquier otro patrón diferente al anterior se considera “No adherente”</p>	<p>Escala de Morisky-Green</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal Dicotómico</p>	<p>(1) Adherente, Patrón específico “No, Sí, No, No”. (0) No adherente, Cualquier otro patrón diferente del mencionado previamente.</p>
---	--	--	--------------------------------	--------------------	---------------------------	---

Variables independientes clínicas						
Polifarmacia	Determinado por el número de fármacos medicados como parte del tratamiento médico, por vía oral.	Ingesta de 3 o más medicamentos, por vía oral, como parte del régimen terapéutico	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómico	(0) Presente, (1) Ausente

Comorbilidades Médicas	Se define como presencia de otras enfermedades concomitantes al principal diagnóstico oncohematológicos.	Presencia de otras enfermedades concomitantes a la enfermedad oncohematológica principal. Este grupo de enfermedades están definidas por los siguientes grupos: Enfermedad Cardiovascular, Enfermedad Pulmonar, Enfermedad Renal, Enfermedad Hepática, Enfermedad Endocrina, Enfermedad Autoinmune.	Por encuesta	Cualitativa	Nominal Dicotómico	(0) Presente, (1) Ausente
------------------------	--	---	--------------	-------------	--------------------	---------------------------

Síntomas Depresivos	Se utilizará la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS), la cual es una escala cuantitativa discreta que mide la presencia de síntomas depresivos por medio de un cuestionario de 7 preguntas, cada una con 4 alternativas con un puntaje mínimo de 0 puntos y máximo de 21 puntos.	Se define como el valor numérico que se mide en la escala HADS-D. 0-7: Ausente, 8-10: Sospechoso, >11: Probable	HADS	Cualitativa	Ordinal	(0) Ausente, (1) Sospechoso, (2) Probable

Tipo de cáncer	Se define como el diagnóstico principal por el que acude a su control médico por consultorio externo del servicio de onco-hematología.	Diagnóstico principal por el cual el paciente acude al control médico por consultorio externo del servicio de onco-hematología	Por Historia Clínica	Cualitativo	Nominal Politómico	Trastornos Mioproliferativos Crónicos, Leucemias Linfoides, Leucemias Mieloides, Síndromes Mielodisplásicos, Tumores de Células Plasmática, Linfoma Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, Otras Leucemias.
Vía de tratamiento	Se define como la vía principal del tratamiento quimioterapéutico al momento de la entrevista, pudiendo ser por vía parenteral (endovenoso y subcutáneo), vía oral o mixto (si coexisten ambos tratamientos)	Definido como la vía por la que recibe el tratamiento quimioterapéutico, pudiendo ser parenteral (endovenoso o subcutáneo), vía oral o mixta.	Por Historia Clínica	Cualitativo	Nominal Politómico	(2) Mixto, (1) Parental, (0) Oral

**ANEXO 2: ESCALA DE PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
(HADS-D): 0-21 puntos.**

**MENOR O IGUAL A 7 PUNTOS: AUSENTE**  
**ENTRE 8 Y 10 PUNTOS: SOSPECHOSO**  
**MAYOR O IGUAL A 11 PUNTOS: PROBABLE**

1D. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:			
(0) Igual que antes	(1) No tanto como antes	(2) Solamente un poco	(3) Ya no disfruto como antes
2D. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:			
(0) Igual que siempre	(1) Actualmente, algo menos	(2) Actualmente, mucho menos	(3) Actualmente, en absoluto
3D. Se siente alegre			
(3) Nunca	(1) Muy pocas veces	(1) En algunas ocasiones	(0) Gran parte del día
4D. Se siente lento(a) y torpe:			
(3) Gran parte del día	(1) A menudo	(1) A veces	(0) Nunca
5D. He perdido el interés por mi aspecto personal:			
(1) Completamente	(2) No me cuido como debería hacerlo	(1) Es posible que no cuide como debiera	(0) Me cuido como siempre lo he hecho
6D. Espera las cosas con ilusión:			
(0) Como siempre	(1) Algo menos que antes	(2) Mucho menos que antes	(3) En absoluto
7D. Es capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:			
(0) A menudo	(1) Algunas veces	(2) Pocas veces	(3) Nunca

**ANEXO N°3: TIPOS DE NEOPLASIAS (OMS)**

<b>Clasificación de Neoplasias Hematopoyéticas y Linfoides del servicio de OMS- CIE O (Simplificación de la 4ta edición, 2008)</b>			
<b>Trastornos Mieloproliferativos Crónicos (995-996)</b>	<b>Leucemias Linfoides (981-983)</b>	<b>Leucemias Mieloides (984-993)</b>	<b>Síndrome Mielodisplásicos (998-999)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trombocitemia esencial (9962/3) CIE-10: D75.2</li> <li>● Policitemia Vera (9950/3)- CIE-10: D45.X</li> <li>● Mielofibrosis Primaria (9961/3) CIE-10: C94.5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Leucemia Linfoblástica de Células Precursoras, SAI - Incluye Leucemia Linfocítica Aguda (9835/3) CIE-10: C91.0</li> <li>● Leucemia Linfocítica Crónica de células B (9823/3) CIE-10: C91.1</li> <li>● Leucemia Linfoblástica de Células precursoras, SAI (9835/3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Leucemia Mieloide Crónica (9863/3) CIE-10: C92.1</li> <li>● Leucemia Mieloide Aguda (9861/3) CIE-10: C92.0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Síndrome Mielodisplásico, Inclasificable (9989/3) CIE-10: D46.9</li> <li>● Anemia Refractaria (9980/3)</li> <li>● Neutropenia Refractaria (9991/3)</li> <li>● Trombocitopenia Refractaria (9992/3)</li> </ul>
<b>Tumores de Células Plasmáticas (973)</b>	<b>Linfomas No Hodgkin (967-972)</b>	<b>Linfoma de Hodgkin (965-966)</b>	<b>Otras Leucemias (994)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mieloma de células plasmáticas o Mieloma Múltiple (9732/3) CIE-10: C90.0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Linfomas de Células B Maduras (967-969) CIE-10: C85.1</li> <li>● Linfomas de Células T Maduras y NK CIE-10: C84 (970-971)</li> <li>● Linfoma Linfoblástico de Células Precursoras (972)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Linfoma de Hodgkin, SAI (9650/3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Leucemia de células peludas (9940/3)</li> </ul>



#### ANEXO N°4: TEST DE ADHERENCIA (MORISKY-GREEN)

**Adherente:** Respuesta con único patrón en el siguiente orden estricto

**(1. NO 2. SÍ 3. NO 4. NO)**

**No Adherente:** Cualquier otra combinación de respuesta diferentes al patrón de adherencia descrito previamente

<b>TEST MORISKY-GREEN-ADAPTADO AL TRATAMIENTO PARENTERAL</b>		
1. ¿Ha olvidado y/o faltado alguna vez a sus sesiones de quimioterapia?	Sí	No
2. ¿Las sesiones de quimioterapia, siempre las tiene en la fecha programada por el médico?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de venir a su sesión de quimioterapia?	Sí	No
4. Si alguna vez durante la sesión de quimioterapia se siente mal. ¿Deja usted de venir?	Sí	No

<b>TEST MORISKY-GREEN ADAPTADO AL TRATAMIENTO ORAL O MIXTO</b>		
1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal. ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

<b><i>Título del estudio:</i></b>	<b>ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL NIVEL III-1</b>
<b><i>Investigador (a):</i></b>	<b>PATRICK JHONNY BERRIOS PEÑA, BILLY WIMET GOMEZ PAZ.</b>
<b><i>Institución:</i></b>	<b>UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA</b>

### **Propósito del estudio:**

Señor/Señora/Señorita lo invito a autorizar la participación de usted o su familiar en un estudio titulado “ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO Y LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL NIVEL III-1”, el cual es desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y tiene como interés comparar la asociación que existe entre la adherencia al tratamiento médico y la presencia de síntomas depresivos en pacientes oncohematológicos.

En los últimos años, en el Perú, la tasa de prevalencia de enfermedades oncohematológicas ha ido en aumento. El presente trabajo tiene por objetivo describir la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento médico en pacientes onco-hematológicos en un Hospital nivel III-1 durante el periodo de 3 meses. Adicionalmente se busca describir las características clínicas y demográficas, tipos de neoplasias, la frecuencia de síntomas depresivos y el nivel de adherencia; de esta manera mejorar los resultados a la quimioterapia y la sobrevida indirectamente

La unidad de análisis son los pacientes adultos con diagnóstico establecido de enfermedad onco-hematológico atendidos por consultorio externo del servicio Hematología/Oncología de un hospital nivel III-1 (HNCH), pacientes mayores de 18 años que reciben quimioterapia por vía oral o parenteral, sin considerar neoplasias sólidas.

### **Procedimientos:**

Si acepta participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le contactará durante su estancia en el Hospital Cayetano Heredia, para explicarle en qué consiste el proyecto, y obtener su venia como participante del estudio
2. Se le brindará la opción de revocar su decisión de participar en el estudio. Si es que haya aceptado previamente, o contactar con los investigadores en caso se presente alguna duda posterior.
3. Se registrarán los datos a través de un cuestionario por medio de la entrevista, el cual será evaluado oralmente con el paciente o familiar del paciente.

En el presente trabajo de investigación NO se utilizará como herramienta la Historia Clínica.

Al firmar el consentimiento informado el paciente AUTORIZA el uso de los datos de la ficha terapéutica, estos datos serán utilizados tomando en cuenta su privacidad y confidencialidad de los investigadores. Los datos extraídos son el diagnóstico patológico con su CIE-10 respectivo y la vía de tratamiento, cada uno codificado y ordenado en una base de datos.

Las entrevistas serán realizadas en el consultorio externo de onco-hematología, después de realizarse la atención médica programada para ese día. El tiempo previsto por cada entrevista no superará los 20 minutos. Todo ello previa coordinación con aquellos pacientes que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado y con el personal de salud del consultorio de hematología-oncología.

Se realizará un estudio serie de casos, de tipo analítico y exploratorio, de corte transversal. Se aplicará una encuesta para recolectar los datos, la cual contiene 4 dimensiones:

- Datos sociodemográficos: 7 ítems (sexo, edad, situación laboral, estatus de pareja, nivel de estudios, lugar de procedencia y estatus convivencial): Estas preguntas están relacionadas a la calidad de vida y están relacionadas con las siguientes variables.
- Variables clínicas: 4 ítems (Polifarmacia, Comorbilidades médicas, tipo de neoplasia, vía de tratamiento): Estas preguntas están relacionada con el tratamiento médico actual y diagnóstico.
- La prueba de Morisky-Green: 4 ítems (relacionado a la adherencia). Estas preguntas están relacionadas a si existe o no adherencia al tratamiento médico.
- La escala del HADS: 7 ítems (relacionado al estado de ánimo). Estas preguntas están relacionadas a su estado de ánimo actual.

La decisión de participar o no en este estudio es voluntaria. La atención que usted recibe en este establecimiento no se modificará por tal decisión. Si usted acepta participar, será parte del estudio durante su atención en el Hospital Cayetano Heredia y posterior a ello.

**Riesgos:** Los posibles riesgos que conlleva la investigación se detallan a continuación:

- Existe un riesgo, al momento de la entrevista, de que el paciente presente síntomas depresivos y que sea altamente sospechoso de un episodio depresivo (HADS-D>9), lo cual puede influenciar directamente en su adherencia. Pero no se considera un riesgo alto pues el test no permite establecer un diagnóstico definitivo de un episodio depresivo ni tampoco definir la severidad del mismo episodio. Los investigadores se comprometen a orientar a los pacientes para que reciban ayuda especializada en los casos positivos.
- Existe un riesgo de herir susceptibilidades por la naturaleza de las preguntas con respecto al grupo de pacientes que probablemente padezcan de un episodio depresivo. Los investigadores se comprometen a brindar soporte emocional y empático a los pacientes que pudieran sufrir alguna susceptibilidad por la naturaleza del cuestionario.
- Existe un riesgo de descubrir falta de adherencia al tratamiento médico, lo cual podría desencadenar en una posible complicación de la historia natural de la enfermedad. Los investigadores se comprometen a orientar a dichos pacientes a través de la educación en la importancia de la adherencia en el tratamiento médico y el uso de la infografía de la adherencia al paciente.
- Existe un riesgo de que el paciente, a mitad del cuestionario, decida voluntariamente dejar de responder las preguntas, sea por el motivo que fuera por parte del paciente (falta de tiempo, estrés, etc.). Los investigadores se comprometen a detener inmediatamente la entrevista, apoyar emocionalmente al paciente, brindar las infografías y solicitar la firma de la revocatoria del consentimiento informado.
- Existe el riesgo de que los pacientes quieran solicitar los resultados del test y saber qué actitud tomar con respecto a los resultados. Los investigadores se comprometen a no revelar información confidencial ni los resultados exactos salvo a los mismos participantes, de manera meramente informativa y orientativa, sin llegar esta opinión a reemplazar la decisión clínica tomada por el médico asistente tratante y a salvaguardar todas las respuestas, puesto que estas serán codificadas en una base de datos.

Por ello las principales medidas de contingencia serán:

- En pacientes que presenten un evento con síntomas depresivos se procederá a dialogar con la finalidad de comprender la situación, derivar a una atención psiquiátrica o psicológica por parte del servicio y se finalizará con el registro del caso para su manejo por el servicio de hematología-oncología.
- En casos más complejos, previa coordinación con el servicio de psicología/psiquiatría, se realizará una interconsulta para el manejo del evento agudo o se derivará a un centro psiquiátrico que cuente con

emergencia para su manejo inmediato (Instituto Nacional de Salud Mental).

Por el tipo de estudio se contactará con los pacientes que pudieran presentar un episodio agudo de síntomas depresivos y que sean no adherentes para una intervención oportuna por parte del servicio oncología-hematología. Pero no representa un seguimiento porque es un estudio transversal.

**Beneficios:** Usted ni su familiar recibirán algún beneficio por la participación del presente estudio; sin embargo, su participación brindará la oportunidad de establecer y analizar la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento médico.

Además, se **brindará gratuitamente una infografía** a todos los participantes del estudio con fines ilustrativos del estudio actual.

**Costos y compensación:** Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio y no recibirá pago alguno por hacerlo.

**Confidencialidad:** Toda la información que usted nos proporcione será debidamente protegida. Su información será registrada con códigos y no con nombres. Su registro y datos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Cuando se publiquen los resultados de este estudio, no se mostrará ninguna información que la identifique.

**Uso futuro de información:** Luego de la realización del presente estudio no se volverá a utilizar los datos obtenidos.

#### **Derechos del participante:**

Recuerde que la decisión de participar en este estudio es voluntaria y sólo usted la puede tomar. Si usted decide no participar, no habrá perjuicio alguno. No existe periodo de seguimiento para los participantes porque es un estudio transversal.

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a los investigadores principales: Patrick Jhonny Berríos Peña, teléfono [REDACTED] Billy Wimet Gómez Paz, teléfono [REDACTED]

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, teléfono 01- 319000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe. Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH: <https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasoquejas>

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

## DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo la implicancia, los beneficios y los riesgos que conlleva participar del estudio y también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

**Nombres y Apellidos**

---

**Fecha y Hora**

**Participante**

---

**Nombres y Apellidos**

---

**Fecha y Hora**

**Testigo (si el  
participante es  
analfabeto)**

---

**Nombres y Apellidos**

---

**Fecha y Hora**

**Investigador**

## ANEXO 6. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Encuesta Sociodemográfica			
Fecha de la Encuesta:			
Encuesta Sociodemográfica			
1. Sexo:	(0) Masculino	(1)Femenino	
2. Edad:			
3. Situación laboral: (Actualmente, ¿se encuentra realizando alguna actividad económica que le produzca ingresos?)	(1) Empleado	(0) Desempleado	
4. Status de pareja: (Actualmente, ¿usted se encuentra con pareja o sin pareja?)	(1) Con pareja	(0) Sin pareja	
5. Nivel de estudio: (¿Cuál fue su último grado de instrucción?)	Sin estudios	Primaria	Secundaria Superior
6. Lugar de procedencia: (¿Cuál es su lugar de residencia?)	(1) Lima Metropolitana	(0) Provincia	
7. Status convivencial (¿Actualmente usted vive solo?)	(0) Vive Solo	(1) Vive acompañado	
Encuesta clínica			
8. Adherencia al tratamiento (Test de Morisky-Green, según sea el caso por vía oral o parenteral)	(1) <b>Adherente</b>	(0) No adherente	
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su	SI	NO	

enfermedad? / ¿Ha olvidado y/o faltado alguna vez a sus sesiones de quimioterapia?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? / ¿Las sesiones de quimioterapia, siempre las tiene en la fecha programada por el médico?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? / Cuando se encuentra bien, ¿deja de venir a su sesión de quimioterapia?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Si alguna vez le sienta mal. ¿deja usted de tomarla? / Si alguna vez durante la sesión de quimioterapia se siente mal. ¿Deja usted de venir?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9. Polifarmacia (¿Usted consume más de 3 medicamentos como parte de su tratamiento médico?)	(0) Presente	(1) Ausente
10. Comorbilidades Médicas	(0) Presente (Al menos una respuesta <b>SÍ</b> )	(1) Ausente (Ninguna respuesta afirmativa)
Enfermedad Cardiovascular (¿Usted sufre de alguna enfermedad cardiovascular, como por ejemplo, hipertensión arterial?)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Enfermedad Pulmonar (¿Usted sufre de alguna enfermedad pulmonar, como Asma o EPOC?)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Enfermedad Hepática (¿Usted sufre de alguna enfermedad hepática como, por ejemplo, cirrosis o esteatosis hepática?)	<b>SI</b>	<b>NO</b>



Enfermedad Endocrina (¿Usted sufre alguna enfermedad endocrina, como, por ejemplo, Diabetes Mellitus?)	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Enfermedad Renal (¿Usted sufre de alguna enfermedad renal como, por ejemplo, enfermedad renal crónica?)	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
Enfermedad Autoinmune (¿Usted sufre de alguna enfermedad autoinmune como, por ejemplo, Lupus Eritematoso Sistémico o VIH?)	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
11. Síntomas Depresivos (HADS-D)	(0-7: Ausente)	(8-10: Sospechoso)		(>11: Probable)
1D. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:	(3) Ya no disfruto como antes	(2) Solamente un poco	(1) No tanto como antes	(0) Igual que antes
2D. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:	(0) Igual que siempre	(1) Actualmente, algo menos	(2) Actualmente, mucho menos	(3) Actualmente, en absoluto
3D. Se siente alegre	(3) Nunca	(2) Muy pocas veces	(1) En algunas ocasiones	(0) Gran parte del día
4D. Se siente lento(a) y torpe:	(3) Gran parte del día	(2) A menudo	(1) A veces	(0) Nunca
5D. He perdido el interés por mi aspecto personal:	(3) Completamente	(2) No me cuido como debería hacerlo	(1) Es posible que no cuido como debiera	(0) Me cuido como siempre lo he hecho

6D. Espera las cosas con ilusión:	(0) Como siempre	(1)Algo menos que antes	(2)Mucho menos que antes	(3)En absoluto
7D. Es capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:	(0) A menudo	(1)Algunas veces	(2)Pocas veces	(3) Nunca
12. Tipo de cáncer (Por Ficha de Tratamiento HNCH)				
Trastornos Mieloproliferativos Crónicos	Presente		Ausente	
Leucemias Linfoides	Presente		Ausente	
Leucemias Mieloides	Presente		Ausente	
Síndrome Mielodisplásicos	Presente		Ausente	
Tumores de Células Plasmáticas	Presente		Ausente	
Linfomas No Hodgkin	Presente		Ausente	
Linfoma de Hodgkin	Presente		Ausente	
Otras leucemias	Presente		Ausente	
13. Vía de Tratamiento (Por Ficha de Tratamiento HNCH)	Parenteral	Mixta	Oral	

## ANEXO 7: INFOGRAFÍAS

# ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

**6 DE CADA 10 PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO NO SON ADHERENTES CON SU MEDICACIÓN**



**01**  
**¿Qué es la adherencia al tratamiento?**  
Es la acción de tomar los medicamentos prescritos por el médico en la dosis adecuada y en un horario preestablecido, y la persistencia, es decir a lo largo de todo el tratamiento

**02**  
**¿Cómo mejorar la adherencia?**

- Tomar los medicamentos en las dosis adecuadas y en los horarios pautados por el médico.
- Intenta llevar un horario establecido
- Comunicar a su médico las molestias provocadas por los fármacos.



**03**  
**¿Qué pasa si no soy adherente?**

- Tratamiento más largo y más difícil, duración más prolongada
- No se obtienen los resultados esperados
- Persistencia del malestar
- Complicación de la enfermedad

**04**  
**¿Qué factores influyen en la adherencia?**

La presencia de síntomas depresivos impactan negativamente en la adherencia. También influyen los eventos adversos, la presencia de otras enfermedades, los costos, etcétera.



### Contáctanos

Investigadores Principales:

Patrick Berrios Peña: [REDACTED]

Billy Gomez Paz: [REDACTED]

Chalco ML, Baca NL. Factores que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes oncológicos del Hospital Essalud III base Puno, marzo-mayo 2021 [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad María Auxiliadora; 2021. [Consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/589>

## ¿QUÉ SON LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS?

**4 DE CADA 10 PACIENTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PUEDEN PRESENTAR LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS**

### Estado de ánimo deprimido

Tu estado emocional o de ánimo general está distorsionado o no se condice con tus circunstancias e interfiere en tu capacidad para funcionar. Puedes sentirte triste, vacío o irritable.



### Anhedonia

Dejar de disfrutar de las actividades que antes nos traían satisfacción (por ejemplo, ver tu programa favorito, disfrutar de una conversación con algún amigo), es un síntoma indicativo de que probablemente nuestro estado de ánimo está afectado.



### Cambios en el apetito

El aumento o la disminución del apetito, sostenidos en el tiempo, siempre es un síntoma del cambio en el humor que se refleja en la pérdida o el aumento de peso.



### Cambios en el patrón de sueño

El no poder conciliar el sueño por las noches, el dormir hasta muy tarde, el despertarse y sentir que el sueño no es reparador es un indicativo de cambios en el estado de ánimo



### Fatiga o pérdida de energía

El sentirte sin energías o sin ganas de realizar las actividades que te propusiste, por lo general, es un indicativo de cambios en el estado del ánimo



### Dificultad para concentrarse

Impide realizar tus actividades cotidianas, o pierdes fácilmente la concentración al realizar una labor. Se asocia además con dificultad para empezar a realizar una tarea.



**Si presentas algunos de estos síntomas, consulta a su médico tratante para una evaluación más minuciosa**



### Contáctanos

Investigadores Principales:

Patrick Berrios Peña: [REDACTED]

Billy Gomez Paz: [REDACTED]

McFarland D, Johnson M, Polizzi H, Mascarenhas J, Kremyansky M, Holland J, et al. Preferences of Patients With Myeloproliferative Neoplasms for Accepting Anxiety or Depression Treatment.