

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Centro Psiquiátrico Humanamente, Guatemala, septiembre 2015.
TESIS DE GRADO

AIDA JOSE CORRALES SANTIZO
CARNET 12830-07

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo.

Centro Psiquiátrico Humanamente, Guatemala, septiembre 2015.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

AIDA JOSE CORRALES SANTIZO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE MÉDICA Y CIRUJANA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, OCTUBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR:	P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA:	DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN:	ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA:	P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO:	LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL:	LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO:	DR. CLAUDIO AMANDO RAMÍREZ RODRIGUEZ
VICEDECANO:	MGTR. GUSTAVO ADOLFO ESTRADA GALINDO
SECRETARIA:	LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA:	MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. SEE KING EMILIO QUINTO BARRERA

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. EVA EMPERATRIZ OLIVA CATALAN
LIC. IRVING OSWALDO PANIAGUA SOLORZANO
LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Facultad de Ciencias de la Salud
Departamento de Medicina
Comité de Tesis

**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 14 de septiembre de 2015

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **"Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo. Centro Psiquiátrico Humanamente. Guatemala, septiembre 2015."** del estudiante **Aída José Corrales Santizo** con **carne N° 1283007**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,

Dr See Emilio Quinto B.
MED SIQUIATRA
Colegiado 10,266

Dr. Emilio Quinto
Asesor de Investigación
(Firma y Sello Profesional)

Cc/

- Archivo
- Gestor Académico de FCS



Universidad
Rafael Landívar

Tradición Jesuita en Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
No. 09443-2015

Orden de Impresión

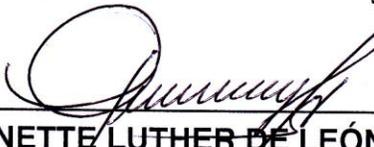
De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante AIDA JOSE CORRALES SANTIZO, Carnet 12830-07 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09955-2015 de fecha 15 de octubre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo.
Centro Psiquiátrico Humanamente, Guatemala, septiembre 2015.

Previo a conferírsele el título de MÉDICA Y CIRUJANA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 26 días del mes de octubre del año 2015.




LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

Agradecimiento

A mi madre por acompañarme con su apoyo, palabras de aliento y animarme siempre desde el primer día. Por creer en mí y no dejarme caer nunca para cumplir mi sueño de ser profesional.

A mi padre por brindarme la oportunidad de superarme, por su esfuerzo diario para poder culminar mis estudios, por su apoyo incondicional y por creer en mí.

A mi abuela que siempre estuvo pendiente de mí, durante el proceso de mi carrera y por sus palabras de ánimos para seguir adelante.

A mi esposo que desde un inicio me apoyo en cumplir mi sueño, me alentó a seguir adelante y siempre estuvo a mi lado.

A mi hijo que ha sido una felicidad en mi vida y me brindo las fuerzas para poder culminar mi carrera

Dedicatoria

A mis padres porque sus esfuerzos son recompensados al poder culminar mi carrera y por el apoyo incondicional para poder ser profesional.

A mi esposo e hijo por ser las fuerzas de mi vida para salir adelante, para superarme como persona para beneficio de mi familia.

A mi abuela que es una persona muy importante en mi vida, que siempre creyó en mi para poder lograr esta meta

Resumen

Antecedentes: La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas cognitivos, volitivo y somático. Así mismo la adherencia es el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes con trastorno depresivo que asisten a un Centro Psiquiátrico. **Diseño:** Descriptivo transversal. **Lugar:** Centro Psiquiátrico Humanamente. **Resultados:** La mayoría de pacientes son adherentes al tratamiento antidepresivo. La presencia de al menos un factor negativo, disminuye la probabilidad de una adecuada adherencia al tratamiento. **Limitaciones:** Información incompleta en los test de adherencia y en la encuesta. **Conclusiones:** Los pacientes con factores influyentes positivamente, presentan una mejor adherencia al tratamiento antidepresivo, que los pacientes con al menos un factor negativo.

Índice

Índice	Pag
1. Introducción.....	1
2. Objetivos	2
3. Marco Teórico	2
3.1. Trastorno depresivo	2
3.1.1. Definición.....	2
3.1.2. Epidemiología.....	2
3.1.3. Factores de riesgo	3
3.1.3.1. Sexo.....	3
3.1.3.2. Edad.....	3
3.1.3.3. Genéticos.....	3
3.1.3.4. Acontecimientos vitales.....	3
3.1.3.5. Factores sociales.....	3
3.1.3.6. Psicológicos.....	3
3.1.4. Factores etiológicos	4
3.1.4.1. Primarios.....	4
3.1.4.1.1. Genéticos.....	4
3.1.4.1.2. Neuroquímicos	4
3.1.4.1.3. Endocrinos.....	4
3.1.4.1.4. Fisiológicos	4
3.1.4.1.5. Anatómicos	5
3.1.4.2. Secundarios	5
3.1.4.2.1. Drogas	5
3.1.4.2.2. Enfermedades orgánicas	5
3.1.4.2.3. Enfermedades infecciosas	5
3.1.4.2.4. Enfermedades psiquiátricas.....	5
3.1.5. Alteraciones de los neurotransmisores	6
3.1.5.1. Serotonina.....	6
3.1.5.2. Noradrenalina	6
3.1.5.3. Dopamina	7
3.1.6. Clasificación.....	7
3.1.6.1. Clasificación en función de la etiología.....	7
3.1.6.1.1. Endógena	7
3.1.6.1.2. Psicógena	7
3.1.6.1.3. Orgánica.....	8
3.1.6.2. Clasificación según el DSM IV.....	8
3.1.7. Signos y síntomas	8
3.1.8. Diagnóstico	9
3.1.9. Tratamiento	10
3.1.9.1. Farmacológico.....	10

3.1.9.1.1.	Inhibidor de la Monoaminoxidasa	10
3.1.9.1.2.	Antidepresivos tricíclicos	10
3.1.9.1.3.	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	11
3.1.9.1.4.	Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (IRNA)	11
3.1.9.1.5.	Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS)	11
3.1.9.1.6.	Noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA)	11
3.1.9.1.7.	Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	12
3.1.9.2.	Psicológico.....	12
3.2.	Adherencia al tratamiento	13
3.2.1.	Factores asociados a la adherencia al tratamiento	13
3.2.1.1.	Factor económico	13
3.2.1.2.	Relación médico paciente	13
3.2.1.3.	Apoyo familiar	13
3.2.1.4.	Percepción de eficacia del tratamiento.....	14
3.2.1.5.	Percepción sobre el medicamento	14
4.	Materiales y métodos	14
4.1.	Diseño de investigación	14
4.2.	Unidad de análisis	15
4.3.	Población	15
4.4.	Criterios de inclusión y exclusión	15
4.5.	Definición y operacionalización de variables	16
4.6.	Procedimiento.....	17
4.7.	Instrumento	17
4.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	20
4.9.	Límites y alcances de la investigación	22
4.10.	Aspectos éticos de la investigación	22
5.	Resultados	23
6.	Análisis y discusión de resultados	32
7.	Conclusiones	35
8.	Recomendaciones	36
9.	Referencias	37
10.	Anexos	42

1. Introducción

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas cognitivos, volitivo y somático, por lo que es una afección global especialmente en la esfera afectiva (2).

Los resultados negativos de la depresión, incluye suicidio que se presenta en un 4-5% en depresiones mayores (37), menor calidad de vida, aumento de uso de asistencia sanitaria, así como un impacto negativo en las actividades laborales (38). A largo plazo los estados depresivos afectan la adaptabilidad social, y el riesgo de recurrencias durante el primer o segundo año post remisión del primer episodio es de 30-60% (28).

Como otro punto importante es la adherencia al tratamiento, que se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden (21). Se considera a una persona adherente al menos con 4 meses de tratamiento interrumpidos (34).

La falta de cumplimiento del tratamiento se asocia a un aumento en la persistencia de los síntomas depresivos, así como aumento del gasto en tratamiento y gastos indirectos (24). También está involucrado dentro de la falta de cumplimiento el apoyo familiar, percepción del medicamento y la relación médico-paciente (23).

En Guatemala existe una prevalencia de 6.4% de trastorno depresivo (36) y se estima una adherencia al tratamiento antidepresivo entre 60-80% (24). Esto crea el interés de dar a conocer cuáles son los factores influyentes en la adherencia al tratamiento antidepresivo, debido que en Guatemala no existen datos sobre este tema.

Este estudio se realizó en el Centro Psiquiátrico Humanamente, en la ciudad de Guatemala con una población de 91 pacientes diagnosticados con trastorno depresivo y que cumplieron los criterios de inclusión.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo.

2.2. Objetivos específicos

1. Determinar la proporción de pacientes que recibieron plan educacional del trastorno depresivo
2. Identificar qué proporción de pacientes tienen adherencia al tratamiento antidepresivo

3. Marco Teórico

3.1. Trastorno depresivo

3.1.1. Definición

La palabra “depresión” se inició con los intentos del psiquiatra del siglo XIX Emil Kraepelin de crear una palabra con más especificidad diagnóstica que “melancolía”. (1) La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas cognitivos, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. (2)

3.1.2. Epidemiología

Estudios internacionales reportan que la prevalencia se encuentra entre 5-10% en población adulta, siendo 10-15% en mujeres y 5-12% en hombres. La edad más frecuente de presentación se encuentra entre los 35-45 años. (3)

Estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han reportado una incidencia del 5-6% de la población, con una prevalencia del 5-11% a lo largo de la vida. La probabilidad que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20-40 años. (4)

3.1.3. Factores de riesgo

3.1.3.1. Sexo

Relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años (3). Prevalencia para hombres es del 3% y para mujeres de 4-9%. El riesgo durante toda la vida es de 20-26% en las mujeres y para los hombres 8-12%. (1)

3.1.3.2. Edad

Mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. (3). Altas tasas de incidencia de depresión ocurren entre 12-24 años y las tasas bajas ocurren entre personas de 65 años o más. (5).

3.1.3.3. Genéticos

Familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. (6)

3.1.3.4. Acontecimientos vitales

Eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. (7)

3.1.3.5. Factores sociales

Son los que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos como las experiencias de privación psicosensores o de abusos y explotación extrema durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar. También se encuentran en el entorno físico y social del individuo como en el trabajo, desempleo, dificultad de adaptación cultural, etc. (8)

3.1.3.6. Psicológicos

Se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensa aprendida) o la falta de

reforzadores positivos. (9). Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores.

3.1.4. Factores etiológicos

3.1.4.1. Primarios

3.1.4.1.1. Genéticos

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo. (3). Es de 1.5-3 veces más común en ellos, que en la población general. (10)

3.1.4.1.2. Neuroquímicos

Los neurotransmisores relacionados son la noradrenalina y serotonina. Existe una disminución de niveles del metabolito de la noradrenalina, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol en sangre y en orina; además existe una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina en las plaquetas de pacientes depresivos. También se han observado niveles bajos de 5-hidroindolacético en paciente que cometieron suicidio y depleción de dopamina aumenta el riesgo de padecer depresión (3).

3.1.4.1.3. Endocrinos

La mitad de los pacientes presentan aumento del cortisol. También existe una disminución de T3 en pacientes con depresión pero no tienen una alteración en la función tiroidea. Otro hallazgo importante es la disminución en la liberación de la hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión. (10)

3.1.4.1.4. Fisiológicos

A pacientes con depresión se les ha realizado electroencefalograma en donde evidencia disminución de los movimientos oculares rápidos (REM) (10).

También se ha observado alteraciones del ritmo circadiano (3).

3.1.4.1.5. Anatómicos

En estudios de neuroimagen estructural y funcional se ha descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo (3). Es probable que las personas que presenten lesiones en el hemisferio no dominante presenten síntomas depresivos, debido al sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. (11)

3.1.4.2. Secundarios

3.1.4.2.1. Drogas

Se han relacionado medicamentos con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos AINES, antibióticos, hipertensores, antipsicóticos, drogas cardíacas, corticosteroides y ACTH, disulfiram, L-Dopa, metisérgida y anticonceptivos orales. (10)

3.1.4.2.2. Enfermedades orgánicas

Con mayor frecuencia se relaciona Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfiria, cáncer de páncreas e infarto agudo al miocardio (10).

3.1.4.2.3. Enfermedades infecciosas

Podemos encontrar cuadros depresivos en pacientes que padezcan SIDA, sífilis, tuberculosis, hepatitis vírica, neumonía vírica, brucelosis. (10)

3.1.4.2.4. Enfermedades psiquiátricas

Podemos observar cuadros depresivos en esquizofrenia, trastorno esquizofrénico, etapas avanzadas de los trastornos del pánico, alcoholismo y la farmacodependencia. (12)

3.1.5. Alteraciones de los neurotransmisores

Neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central son importantes en la fisiopatología de la depresión.

3.1.5.1. Serotonina

Es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos. Debe competir con otros aminoácidos para el transporte en el cerebro, por lo tanto, la cantidad transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. (11)

Ejerce importante acción en la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño y vigilia, alimentación y ajuste de temperatura. La mayoría se genera en los núcleos del rafe, principalmente en el noveno núcleo., que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. (13)

Participa en la regulación del estado de ánimo, ansiedad y agresión. Los valores bajos de serotonina se correlacionan con aumento de depresión, agresión, suicidio e impulsividad. También tiene amplias funciones reguladoras y sus bajos niveles puede desestabilizar muchos sistemas de neurotransmisión.(14)

3.1.5.2. Noradrenalina

El precursor para la síntesis es el aminoácido tirosina, el cual se convierte a dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa. La dopa se convierte a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa. (11)

Se genera en el *Locus coeruleus*, que es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral; envían sus axones a las estructuras límbicas principalmente, que incluyen la amígdala, formación hipocámpica y la corteza prefrontal. La actividad de las neuronas del *Locus coeruleus* aumentan significativamente

en la vigilia y el estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, contribuyendo a alertar al organismo para sobrevivir (15).

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar. (15)

3.1.5.3. Dopamina

Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía de la noradrenalina. Está involucrada en la función motriz. (1)

Es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la *pars compacta* del *Locus Níger*, y en neuronas de la parte ventral del segmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la *substantianigra* y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), desde el área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el *núcleo accumbens* del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical). (13)

Es el principal neurotransmisor inhibitorio. En las vía mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. (1)

3.1.6. Clasificación

3.1.6.1. Clasificación en función de la etiología

3.1.6.1.1. Endógena

Causa se desconoce, pero se considera ligada a una predisposición. (10)

3.1.6.1.2. Psicógena

Asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales. (10)

3.1.6.1.3. Orgánica

Secundaria a un fármaco o enfermedad por un mecanismo fisiológico. (10)

3.1.6.2. Clasificación según el DSM IV

Los trastornos del estado del ánimo están divididos en:

Trastornos depresivos

→ Trastorno depresivo mayor

→ Trastorno distímico

→ Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

→ Trastorno bipolar tipo I

→ Trastorno bipolar tipo II

→ Trastorno bipolar no especificado

→ Trastorno ciclotímico

→ Trastorno basado en la etiología

→ Trastorno del ánimo debido a una enfermedad médica

→ Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias (16)

3.1.7. Signos y síntomas

Presentan a menudo llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (cefalea, dolor abdominal, dolor articular o de otro tipo). Algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en actividad sexual. (16)

Pueden presentarse problemas matrimoniales, escolares, laborales, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa del suicidio o el suicidio consumado. (16)

Los episodios depresivos mayores a veces se van precedidos de algún estrés psicosocial como la muerte de un ser querido, separación matrimonial o el divorcio. (16)

3.1.8. Diagnóstico

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo y/o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej. llanto).

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiera el propio sujeto u observan los demás).

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Insomnio o hipersomnia casi cada día.

Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga, medicamento) o enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (16)

3.1.9. Tratamiento

3.1.9.1. Farmacológico

3.1.9.1.1. Inhibidor de la Monoaminoxidasa

Potencian la acción de las monoaminas bloqueando su catabolismo dentro de la célula, haciendo que el neurotransmisor se mantenga dentro de ella.

La monoamino-oxidasa se encuentra principalmente en la membrana externa de las mitocondrias y es la principal enzima responsable del catabolismo intracelular de las aminas biógenas. En los terminales nerviosos presinápticos, la MAO metaboliza catecolaminas que están fuera de sus vesículas de almacenamiento.

Tranilcipromina y Moclobemida son antidepresivos IMAO que pueden ser utilizados. (17)

3.1.9.1.2. Antidepresivos tricíclicos

Inhiben la recaptación del neurotransmisor noradrenalina y serotonina en la terminación sináptica, aumentando la disponibilidad de la noradrenalina y serotonina en la brecha sináptica, para iniciar con respuestas adaptativas más lentas conduciendo a la mejoría clínica.

Imipramina y Clomipramina son antidepresivos tricíclicos que pueden ser utilizados. (18)

3.1.9.1.3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Inhiben la bomba de recaptación presináptica de serotonina por medio de la inducción de una desensibilización del autorreceptor 5HT_{1A} somatodendrítico, en regiones discretas del cerebro, que inhiben la frecuencia de descarga de la neurona serotoninérgica y la liberación del neurotransmisor a nivel del terminal sináptico.

Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram, Paroxetina y Citalopram son algunos de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que pueden ser utilizados.(18)

3.1.9.1.4. Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (IRNA)

Reboxetina es un inhibidor altamente selectivo y potente de recaptación de noradrenalina, teniendo un efecto débil sobre la recaptación de 5-HT y no afecta a la captación de dopamina. Se une a proteínas y su vida plasmática es de 13 horas. También puede ser utilizado en trastorno por ataques de pánico. (17)

3.1.9.1.5. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS)

Actúan sobre los neurotransmisores de serotonina y adrenalina debido a que son específicos. La Venlafaxina actúa inhibiendo 5HT a dosis baja y extiende su acción a la bomba de sodio a dosis mayores. Su vida media es de 5 horas y la de su metabolito activo (o-desmetil-venlafaxina), es de aproximadamente 11 horas. También puede ser utilizada la Duloxetina. (17)

3.1.9.1.6. Noradrenérgico y serotoninérgico específico (NaSSA)

Mirtazapina es un compuesto tetracíclico que actúa como antagonista de los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} y de los autorreceptores α_2 adrenérgicos, actúa tanto en

el sistema serotoninérgico como sobre el noradrenérgico. También bloquea los receptores 5-HT₃ y los histamínicos, pero no inhibe la recaptación de serotonina ni de noradrenalina, tampoco actúa sobre los receptores muscarínicos ni los α_1 adrenérgicos. (17)

3.1.9.1.7. Inhibidor de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)

Bupropión es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas con mínimo efecto sobre la recaptación de indolaminas, no inhibe la acción de ninguna MAO. Es una feniletilamina que se relaciona estructuralmente con la anfetamina y el dietilpropión, un simpaticomimético. Se utiliza en aquellos pacientes con disfunción sexual producto de otros antidepresivos, en pacientes con hiperfagia o aumento de peso excesivo por tricíclicos. (17)

3.1.9.2. Psicológico

Los tratamientos psicológicos se dividen en tres grandes tipos:

Terapia conductual, que ofrece un planteamiento completo respecto a la depresión y otros trastornos psicológicos, disponiendo de una teoría psicopatológica, la evaluación psico-diagnóstica y procedimiento terapéutico correspondientes. (19)

Terapia cognitiva, fue diseñada para la depresión, concibiendo a ésta en términos de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro; debido a ciertos esquemas depresógenos y a errores en el procedimiento de la información. Es considerada como un procedimiento altamente estructurado y que concibe un enfoque psico-educativo, diseñado para modificar cogniciones, tanto como conductas. (20)

Psicoterapia interpersonal, no ofrece una teoría general de la depresión, sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica (19,20)

3.2. Adherencia al tratamiento

Se define según Sackett y Haynes como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. (21)

3.2.1. Factores asociados a la adherencia al tratamiento

3.2.1.1. Factor económico

Se ha demostrado que el factor económico influye directamente en el cumplimiento de las dosis del tratamiento, duración de la terapia y modificación de dosis del tratamiento. Presentando 3.6 veces más riesgo de modificar dosis o duración de la terapia los pacientes con ingresos medio-bajo que aquellos con ingresos altos. (22)

3.2.1.2. Relación médico paciente

La satisfacción del paciente con la relación terapéutica se identifica como un factor que puede potenciar la adhesión. Los principales componentes que son determinantes de la satisfacción del paciente son una buena comunicación y mantener una relación respetuosa y cordial, la cual sea encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento.

Dentro del concepto de relación médico paciente, la comunicación va relacionada con la educación del paciente sobre su enfermedad. Se ha comprobado que en promedio los pacientes son capaces de recordar, incluso minutos después de la entrevista, el 50% de la información; entre el 30-50% las instrucciones se comprenden erróneamente; pero más del 80% de los pacientes desea más información de la recibida. (23)

3.2.1.3. Apoyo familiar

Es un importante factor de conductas proactivas en salud. El apoyo de la familia es el apoyo más cercano del paciente. La cohesión familiar, el apoyo familiar, el compartir valores similares influyen en el paciente así como en la adherencia a

los tratamiento médicos. La oposición o la no participación al tratamiento por parte de la familia o amigos del paciente, se asocian a altas de abandono. (24)

3.2.1.4. Percepción de eficacia del tratamiento

Factor importante en la adhesión del tratamiento debido que existe un abandono debido a el tiempo entre al inicio del tratamiento y remisión de síntomas, por lo que un importante número de pacientes discontinúa el uso de antidepresivos antes de los 30 días iniciado el tratamiento.(24)

Cabe mencionar que la mayoría de antidepresivos su efecto inicia de 2-4 semanas y la remisión de síntomas suele tardar de 6-12 semanas.(17)

3.2.1.5. Percepción sobre el medicamento

Este factor es el de mayor influencia sobre la probabilidad de adhesión. Cuanto más complejo, interfiere con el estilo de vida del paciente, duradero y escasa o inadecuada supervisión, menor será la adhesión. (25)

Los medicamentos se asocian a barreras cognitivas entre las que se encuentran las creencias sobre su modo de acción, grado de efectividad y temores a los efectos adversos, especialmente a la dependencia. (24)

También se asocian a barreras prácticas entre las que se encuentra el número efectivo y la intensidad de efectos adversos que se presenten con el medicamento. Que un medicamento presente uno o dos efectos adversos muy incómodos aumenta al doble el riesgo de abandonar el tratamiento. (24)

4. Materiales y métodos

4.1. Diseño de investigación

Descriptivo transversal

4.2. Unidad de análisis

Expediente de paciente con trastorno depresivo unipolar con al menos 4 meses de tratamiento farmacológico.

4.3. Población

91 expedientes de pacientes con trastorno depresivo unipolar con al menos 4 meses de tratamiento antidepresivo.

4.4. Criterios de Inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión

Expedientes de pacientes con trastorno depresivo unipolar que asisten al Centro Psiquiátrico, de 18 a 65 años de edad, con 4 meses o más de tratamiento farmacológico.

4.4.2. Criterios de exclusión

1. Paciente con depresión resistente a tratamiento (más de dos antidepresivos).
2. Paciente con drogadicción
3. Trastorno psicótico.

4.5. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador o unidad de medida
Adherencia al tratamiento	Hace referencia a la capacidad que tiene el paciente para participar y respetar el acuerdo sobre las recomendaciones del tratamiento co-establecido por el profesional de salud.	Test contestados por el paciente en la visita con su médico. 1. Test HaynesSacket: Se calcula el porcentaje de cumplimiento. # Comprimido que debía de haber consumido dividido # comprimidos que consumió, multiplicado por 100. Resultado <80% se considera adherente. 2. Test de Morinsky Green: Se realizan cuatro preguntas y se considera como adherente al responder No/Si/No/No 3. Test de Batalla Modificado para la Depresión: Por medio de tres preguntas se analiza el grado de conocimiento de la depresión. Se considera adherente al responder Si/Si/capaz de mencionar dos síntomas	Cuantitativa Nominal	Adherente No Adherente
Factor de adherencia	Es un elemento, que junto con otro, es la causa de un efecto en el tratamiento.	Datos obtenidos en la sesión con el médico tratante, quien realizara el cuestionario.	Cualitativa Nominal	Clasificación de los factores: Económico Relación médico-paciente Apoyo familiar Percepción de la eficacia del tratamiento Percepción sobre el medicamento

4.6. Procedimiento

Primera etapa: aprobación de anteproyecto y protocolo por comité de Tesis.

Fue aprobado el anteproyecto por parte del comité de tesis de la Universidad Rafael Landívar. Luego se presenta el protocolo al mismo comité, el cual fue aprobado, con lo cual se da inicio al trabajo de campo.

Segunda etapa: recolección de datos

Se solicitaron las encuestas realizadas por los médicos tratantes durante la sesión con paciente de los años 2014 al 2015, que cumplieran los criterios de inclusión.

Tercera etapa: procesamiento de datos

Se revisaron las encuestas de cada paciente para verificar que se encontrara toda la información solicitada, para luego tabular los datos en un documento de Excel, para interpretar los resultados de acuerdo a los objetivos del estudio.

Cuarta etapa: presentación de resultados

Se redactó el informe final del estudio para presentar los resultados al comité de Tesis, defensa de Tesis y a personal del Centro Psiquiátrico Humanamente.

Quinta etapa: entrega de trifoliar informativo

Con los resultados obtenidos del estudio, se realizó un folleto con información para el paciente, con el propósito de reforzar la adherencia al tratamiento antidepresivo en el Centro Psiquiátrico Humanamente.

4.7. Instrumento

4.7.1. Encuesta

Esta encuesta será realizada por el médico tratante de la paciente, la cual consta de 15 preguntas las cuales 13 serán respondidas por el paciente y 2 serán respondidas por el médico tratante.

Preguntas contestadas por el paciente son las siguientes:

- Identificación de paciente con 3 siglas: Se colocará las siglas de sus dos nombres y primer apellido.

- Edad en años: edad cumplida en el momento de realizar la encuesta
- Sexo: femenino o masculino.
- Tiempo de uso de antidepresivos: en meses o años .
- Sustancia activa comercial.
- Dosis promedio: cantidad de miligramos al día.
- Efectos secundarios
- Medicamento concomitantes.
- Enfermedades médicas comórbidas.
- Empleado: si actualmente se encuentra laborando
- Paciente privado o institucional
- Recibe psicoterapia, especificar tipo: si o no, cual
- Recibió educación sobre enfermedad y tratamiento: si o no

Preguntas contestadas por el médico tratante son las siguientes:

- Punteo MADRS al inicio del tratamiento
- Punteo MADRS actual

Estas dos respuestas las proporciona el médico tratante en base a la evaluación previa del paciente. Esta respuesta brinda datos acerca de la existencia de cambios en el estado depresivo, al pasar la Escala de Depresión de Montgomery y Asperg en intervalos de tiempos diferentes.

4.7.2. Test de Comunicación del autocumplimiento o HaynesSacket

Se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento (26). Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de una forma directa al paciente sobre la toma de medicación, se intenta crear un ambiente adecuado de conversación, y se le comenta al paciente la dificultad de los enfermos para tomar la medicación mediante la siguiente frase: “La mayoría de pacientes tienen dificultades en tomar sus comprimidos”. Posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: ¿Tiene usted dificultad para tomar los suyos? (21)

Si la respuesta es afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes o semana. Con este dato se calcula el porcentaje de cumplimiento de la siguiente manera:

Número de comprimidos consumidos X 100

Número de comprimidos que debía haber consumido

Para interpretar el resultado, son adherentes los pacientes que obtengan como resultado 80 – 110 de porcentaje de cumplimiento, significa que son adherentes al tratamiento. (21)

4.7.3. Test de Morinsky – Green

Esta validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky Green y Levine (27). Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad (26); se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente no es cumplidor.

Proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
- Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomarlos?

El paciente se considera cumplidor si responde de forma correcta las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.(21)

4.7.4. Test de Batalla Modificado para Depresión

Mediante preguntas sencillas, se analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de la enfermedad por su parte representa un mayor grado de cumplimiento.

Las 3 preguntas son las siguientes:

- ¿Es la depresión una enfermedad que dura varios meses?
- ¿Se puede controlar con terapia o medicamentos?
- Mencione dos síntomas de la enfermedad.

Se considera incumplidor al paciente que falla alguna de las respuestas. (21)

4.7.5. Cuestionario de Adherencia a los Antidepresivos (CAD)

Es un cuestionario que fue realizado en el Centro Psiquiátrico Humanamente, el cual fue validado dentro del mismo establecimiento. Consta de 10 preguntas, cada una con respuesta sencilla: Sí/No. Las preguntas son las siguientes:

- ¿Ha tenido problemas para cubrir el costo de los medicamentos?
- ¿Considera que el dinero que gasta en el tratamiento de la presión afecta bastante su economía?
- ¿Su médico/doctor escucha sus problemas/molestias?
- ¿Su médico le entiende?
- ¿Alguna persona le criticó por usar antidepresivos?
- ¿Sus familiares están de acuerdo en que usted tiene depresión?
- ¿Siente que su depresión ha mejorado?
- ¿Creen que los medicamentos le han ayudado a la depresión?
- ¿Cree que los antidepresivos causan dependencia o adicción?
- ¿Piensa que tomando los antidepresivos tendrá menos control de sus pensamientos o emociones?

Con las respuestas contestadas, proporciona información acerca de los factores influyentes en la adherencia al tratamiento del paciente.

4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El estudio es principalmente descriptivo, por lo tanto se elaboraron indicadores (variables) para describir las características de los pacientes, tales como sexo y edad, así como aspectos clínicos, y los indicadores para establecer adherencia y dar respuesta a los objetivos del estudio. Para ello,

se calcularon promedios (medias y porcentajes), y también se calculó intervalos de confianza al 95%¹ para los mismos.

Debido a que se consideró importante conocer la presencia de asociación entre la adherencia y las características de los pacientes; se llevó a cabo los cruces, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado.

Con el software EPI INFO se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva y resultados con Chi cuadrado, y con el software StatXact se validaron algunos resultados de Chi cuadrado obteniéndose valores-p exactos. Se consideró importante controlar por el error tipo II en las pruebas de hipótesis, por lo que las hipótesis nula se rechazaron cuando el valor-p era menor a 0.10. En los resultados se presentan solo aquellas asociaciones que resultaron significativas ($p < 0.10$).

1. Indicadores clínicos del paciente
 - a. TimeAnt: Tiempo que tiene el paciente de tomar antidepresivos
 - b. Timeant1: Grupos según el tiempo que tiene el paciente de tomar antidepresivos (utilizados para evaluar asociación, ya que el tamaño de muestra es pequeño para contar con más desagregaciones):
 - i. 4 a < 24 meses
 - ii. 24 a 61 meses
 - c. EfectSec: Pacientes con efectos secundarios
 - d. Medconco: Pacientes con medicamentos concomitantes
 - e. EnfComo: Pacientes con enfermedades médicas comorbidas

2. Indicadores de adherencia
 - a. Adheren: Pacientes que tienen adherencia. Cumplen con los tres siguientes:
 - i. Adher1: Pacientes con un porcentaje de cumplimiento, en la cantidad de comprimidos tomados en el último mes, superior a 80%.
 - ii. Adher2: Pacientes que cumplen con los criterios del Test de Morinsky-Green para adherencia.
 - iii. Adher3: Pacientes que cumplen con los criterios del Test de Batalla Modificado para Depresión.
 - b. Factors1: Pacientes que afirman tener al menos un factor negativo que incide en su adherencia (ver abajo los cinco factores). Es importante mencionar que la construcción de

¹ Intervalo usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

cada uno de los factores se hizo tomando en cuenta las dos preguntas para los mismos, de tal manera que cuando las dos preguntas calificaban para el aspecto negativo que se estaba midiendo, entonces el “factor” se declaraba presente.

- c. Factores: Pacientes con “cantidad (0,1 o 2) de factores negativos que inciden en la adherencia.
- d. Factor1: Pacientes con problemas económicos
- e. Factor2: Pacientes con mala relación médico-paciente
- f. Factor3: Pacientes que no cuenta con apoyo familiar
- g. Factor4: Pacientes con mala percepción del tratamiento
- h. Factor5: Pacientes con mala percepción del medicamento

4.9. Alcances y límites de la investigación

4.9.1. Alcances de la investigación

En Guatemala no existen datos acerca de los factores relacionados con la adherencia del tratamiento en pacientes con trastorno depresivo. Por lo que se pretende identificarlos para poder abarcar al paciente integralmente, así como brindarle el folleto de información como material de apoyo acerca de su enfermedad.

4.9.2. Límites

Los médicos tratantes al no llenar adecuadamente los test y encuestas, no se obtiene la información necesaria por lo consiguiente no se pueden incluir al estudio.

El paciente con al menos 4 meses en tratamiento no acuda a la cita con su médico tratante para poder responder las preguntas que serán utilizadas en el estudio.

4.10. Aspectos éticos de la investigación

Luego de tener la autorización por parte de la persona encargada de investigación en el Centro Psiquiátrico Humanamente, se recolectaran los datos de forma confidencial, esto quiere decir que se le asignara un número a cada papeleta para identificar cada una. Con esto se pretende manejar la información con discreción y confiabilidad.

Los datos recaudados serán utilizados exclusivamente para cumplir los objetivos del estudio, para su análisis e interpretación, sin publicar los nombres de los participantes ni resultados a otras instituciones

que no sea: Comité de tesis de la Universidad Rafael Landívar y personal del Centro Psiquiátrico Humanamente.

También los resultados serán de utilidad para realizar un trifoliar informativo como material de apoyo para todo paciente que consulte al Centro Psiquiátrico Humanamente, para reforzar su adherencia al tratamiento y brindar mayor información de su patología.

5. Resultados

I. Caracterización de los pacientes

Se obtuvo una población de 91 pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente con diagnóstico de trastorno depresivo y que se encuentren con tratamiento antidepresivo con al menos 4 meses. Se obtuvo la información para caracterizar a la población así como los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Cuadro 1.			
Caracterización de pacientes depresivos que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente.			
n=91			
Característica		Cantidad de pacientes	Porcentaje (IC 95%)
Sexo	Hombres	32	35.2% (25.4 a 45.9)
	Mujeres	59	64.8% (54.1 a 74.6)
Edad de los pacientes			
Media de la Edad <i>Mediana de la edad = 42 años (Edad)</i>			42.9 años (40.5 a 45.3)
Grupos según la edad (Gedad y Gedad1)	19 a 45 años	54	59.3% (48.5 a 69.5)
	46 a 65 años	37	40.7% (30.5 a 51.5)
Pacientes con trabajo (empleo)		74	81.3% (71.8 a 88.7)
Pacientes que reciben psicoterapia (p1cote)		60	65.9% (55.3 a 75.5)

Cuadro 1. Caracterización de pacientes depresivos que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	Cantidad de pacientes	Porcentaje (IC 95%)
<i>Pacientes que reciben educación sobre la enfermedad</i> <i>(EduEnf)</i>	89	97.8% (92.3 a 99.7)
<i>Pacientes con efectos secundarios</i>	35	38.8% (28.4 a 49.2)
<i>Pacientes con enfermedades comórbidas</i>	54	59.3% (48.5 a 69.5)
<i>Media del tiempo que tienen los pacientes de tomar antidepresivos</i> <i>Mediana = 12 meses</i> <i>(Timeantd)</i>		16.6 meses (13.9 a 19.4)

En el cuadro número 1, se puede observar que dentro de las variables personales la mayoría de pacientes son del sexo femenino, alcanzando un 64.8% de la población; así mismo se evidencia que el grupo con la mayoría de pacientes se encuentra entre los 19-45 años con 59.3% de la población con una media de 42 años de edad.

Siguiendo, se puede observar que los pacientes que tienen un trabajo representan el 81.3% de la población, los pacientes que reciben psicoterapia conjuntamente con tratamiento antidepresivo son el 65.9% de la población, y por último los pacientes que recibieron plan educacional sobre su enfermedad representan el 97.8% de la población.

II. Indicadores clínicos del paciente

Cuadro 2. Asociación entre el tiempo de toma de antidepresivos y edad en pacientes con depresión que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	Tiempo toma antidepresivo 24 a 61 meses (Timeantd)	Tiempo toma antidepresivo 4 a < 24 meses (Timeantd)
Grupo de edad 46 a 65 años	20	17
Grupo de edad 19 a 45 años	15	39
Total	35	56

Se encontró una asociación entre el tiempo que tiene el paciente de tomar antidepresivos y la edad: (Chi cuadrado $p= 0.020800$). El porcentaje de pacientes de menor edad (19 a 45 años) que han tomado antidepresivo por 24 meses o más es menor (27.8%), que el porcentaje entre quienes son de mayor edad (46 a 61 años), 54.1%. Los pacientes de mayor edad tienen un Odds Ratio de 3.1 (2.1 veces más probabilidad) de haber tomado antidepresivos por 24 meses o más, que pacientes de menor edad.

Cuadro 3. Asociación entre pacientes con medicamentos concomitantes y psicoterapia en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	Sin medicamentos concomitantes (Medconco)	Con Medicamentos concomitantes (Medconco)
Paciente con psicoterapia (p1cote)	31	29
Paciente sin psicoterapia (p1cote)	7	24
Total	38	53
Se encontró una asociación entre pacientes con medicamentos concomitantes y pacientes que reciben psicoterapia: (Chi cuadrado, $p= 0.01459$). El porcentaje de pacientes con medicamentos concomitantes es menor en quienes reciben psicoterapia (48.3%) que en quienes No recibe psicoterapia (77.4%). Pacientes sin psicoterapia tienen un Odds Ratio de 3.7 (2.7 veces más probabilidad) de tomar medicamentos concomitantes, que pacientes con psicoterapia.		

III. Indicadores de adherencia

Cuadro 4. Asociación entre la adherencia al tratamiento y edad en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	Adherente (adheren)	No adherente (adheren)
Grupo de edad 46 a 64 años	43	36
Grupo de edad 19 a 45 años	11	1
Total	54	37
Se encontró una asociación entre la adherencia (adheren) y la edad: (Chi cuadrado, $p= 0.03305$). Es menor el porcentaje de adherencia en pacientes de menor edad (19 a 45 años), 79.6%; que en los de mayor edad (46 a 61 años), 97.3%. Los pacientes de mayor edad tienen un Odds Ratio de 9.2 (8.2 veces más probabilidad) de tener adherencia, que pacientes de menor edad		

<p align="center">Cuadro 5. Asociación entre cumplimiento de toma de comprimidos y factor negativo en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91</p>				
Característica	Factor negativo (factor1) presente	Porcentaje	Factor negativo (factor1) ausente	Porcentaje
Cumplimiento de toma de comprimidos (adher1)	39	90.7%	48	100%
No cumplimiento de toma de comprimidos (adher1)	4	9.3%	0	0
Total	43	100%	48	100%
<p><i>Se encontró una asociación entre el cumplimiento en toma de comprimidos (adher1) y tener al menos un factor negativo (factor1, ver más adelante): (Chi cuadrado, p= 0.09915). Es menor el porcentaje de cumplimiento en toma de comprimidos en pacientes con al menos un factor negativo, 90.7%; que en quienes no presentan factores negativos, 100%.</i></p>				

Cuadro 6. Asociación entre el cumplimiento de toma de comprimidos y factor económico en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	No cumplimiento de toma de comprimidos (adher1)	Cumplimiento de toma de comprimidos (adher1)
Problemas económicos (factor1) presente	3	20
Problemas económicos (factor1) ausente	1	67
Total	4	87
<p>Se encontró una asociación entre el cumplimiento en toma de comprimidos (adher1) y presentar el factor negativo de problemas económicos (factor1, ver más adelante): (Chi cuadrado, P= 0.07976). Es menor el porcentaje de cumplimiento en toma de comprimidos en pacientes con problemas económicos, 87.0%; que en quienes no presentan problemas económicos, 98.5%. Los pacientes con problemas económicos tienen un Odds Ratio de 10 (9 veces más probabilidad) de NO cumplir en la toma de comprimidos, que pacientes sin problemas económicos.</p>		

Cuadro 7. Adherencia y factores que influyen en los pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica		Porcentaje (IC 95%)
Pacientes con adherencia <i>Cumple con los tres: adher1, adher2, adher3</i> <i>(adheren)</i>		86.8% (78.1 a 93.0)
Pruebas de adherencia <i>(cumplimiento de las mismas)</i>	Cumplimiento en toma de comprimidos <i>(adher1)</i>	95.6% (89.1 a 98.8)
	Cumplimiento con criterios de Morinsky-Green <i>(adher2)</i>	94.5% (87.6 a 98.2)
	Cumplimiento con Test de Batalla <i>(adher3)</i>	93.4% (86.2 a 97.5)
Pacientes que afirman tener un factor negativo que incide en su adherencia <i>(ver abajo los 5 factores evaluados)</i> <i>(Factors 1)</i>		47.3% (36.7 a 58.0)
Presencia de cantidad de factores negativos que inciden en la adherencia <i>(factores)</i>	Ninguno	52.7% (42.0 a 63.3)
	Uno	39.6% (29.5 a 50.4)
	Dos	6.6% (2.5 a 13.8)
	Tres	1.1% (0.06 a 6.0)
Factores negativos presentes <i>(factor)</i>	Pacientes con problemas económicos	25.3% (16.7 a 35.5)
	Pacientes con mala relación médico-paciente	0.0% (0.09 a 5.2)
	Pacientes que no cuentan con apoyo familiar	29.7% (20.5 a 40.2)
	Pacientes con mala percepción del tratamiento	0.0% (0.09 a 5.2)
	Pacientes con mala percepción del medicamento	1.1% (0.06 a 6.0)

Cuadro 8. Asociación entre presentar al menos un factor negativo y la edad de pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	Factor negativo (factor1) presente	Factor negativo (factor1) ausente
46 a 65 años	23	14
19 a 45 años	20	34
<i>Total</i>	<i>43</i>	<i>48</i>

Se encontró una asociación entre presentar al menos un factor negativo y la edad: (Chi cuadrado, $p= 0.031999$). El porcentaje de pacientes con al menos un factor negativo es mayor en pacientes de mayor edad (46 a 61 años), 62.2%; que en los de menor edad (19 a 45 años), 37.0%. Los pacientes de mayor edad tienen un Odds Ratio de 2.8 (1.8 veces más probabilidad) de tener al menos un factor negativo, que pacientes de menor edad.

Cuadro 9. Asociación entre presentar al menos un factor negativo y empleo en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91		
Característica	No empleo	Si empleo
Factor negativo (factor1) presente	13	30
Factor negativo (factor1) ausente	4	44
Total	17	74

Se encontró una asociación entre presentar al menos un factor negativo y tener empleo: (Chi cuadrado, $p= 0.01606$). El porcentaje de pacientes con al menos un factor negativo es mayor en pacientes sin empleo, 76.5%; que en quienes tienen empleo, 40.5%. Los pacientes sin empleo tienen un Odds Ratio de 4.8 (3.8 veces más probabilidad) de tener al menos un factor negativo, que pacientes con empleo.

Cuadro 10.
Asociación entre sexo y apoyo familiar en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente.
n=91

Característica	No apoyo familiar (factor3)	Apoyo familiar (factor3)
Masculino	14	18
Femenino	13	46
Total	27	64

Se encontró una asociación entre sexo y pacientes que no cuentan con apoyo familiar: (Chi cuadrado, $p= 0.05422$). El porcentaje de pacientes sin apoyo familiar es mayor en hombres, 43.8%; que en mujeres, 22.0%. Los hombres tienen un Odds Ratio de 2.8 (1.8 veces más probabilidad) de NO tener apoyo familiar, que las mujeres.

Cuadro 11.
Asociación entre edad y apoyo familiar en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente.
n=91

Característica	No apoyo familiar (factor3)	Apoyo familiar (factor3)
Grupo de edad 46 a 65 años	43	21
Grupo de edad 19 a 45 años	11	16
<i>Total</i>	54	37

Se encontró una asociación entre edad y pacientes que no cuentan con apoyo familiar: (Chi cuadrado, $p= 0.03446$). El porcentaje de pacientes sin apoyo familiar es mayor en pacientes de mayor edad (46 a 61 años), 43.2%; que en los de menor edad (19 a 45 años), 20.4%. Los pacientes de mayor edad tienen un Odds Ratio de 3.0 (2.0 veces más probabilidad) de NO tener apoyo familiar, que pacientes de menor edad.

<p align="center">Cuadro 12. Asociación entre empleo y apoyo familiar en pacientes que asisten al Centro Psiquiátrico Humanamente. n=91</p>		
Característica	No apoyo familiar (factor3)	Apoyo familiar (factor3)
No empleo	9	8
Si empleo	18	56
<i>Total</i>	<i>27</i>	<i>64</i>
<p>Se encontró una asociación entre empleo y pacientes que no cuentan con apoyo familiar: (Chi cuadrado, p= 0.04186). El porcentaje de pacientes sin apoyo familiar es mayor en pacientes sin trabajo, 52.9%; que en quienes tienen trabajo, 24.3%. Los pacientes sin trabajo tienen un Odds Ratio de 3.4 (2.4 veces más probabilidad) de NO tener apoyo familiar, que pacientes con trabajo.</p>		

6. Análisis y discusión de resultados

6.1. Caracterización de los pacientes

Se observó en este estudio que el 64.8% de la población es del sexo femenino. En la literatura hace mención que existe una prevalencia en hombres del 3% y mujeres del 4-9% (1), así como una relación hombre/mujer de 1:2-3 (3). Por lo que el sexo femenino tiene una prevalencia mayor de padecer trastorno depresivo.

Se evidenció que el grupo de edad de 19 a 45 años es el 59.3% de la población total de pacientes, siendo la edad media de este estudio es de 42 años de edad; ésto se puede comparar con el estudio realizado por Gwo-Chin S. y colaboradores, en donde se evidenció una mayor incidencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes de 18 a 44 años. (3)

Existe una asociación significativa entre el incumplimiento del tratamiento y el ingreso económico (22). En este estudio el 81.3% poseen un trabajo lo que significa que los pacientes tienen una mayor probabilidad de tener acceso al tratamiento necesario.

La psicoterapia es un tratamiento para el trastorno depresivo, existiendo personas que únicamente llevan ese tratamiento así como pacientes que necesitan conjuntamente tratamiento farmacológico. Se evidencio que 65.9% de los pacientes reciben psicoterapia ya sea cognitiva-conductual, centrado en la persona, de apoyo, terapia familiar o humanista.

La educación se considera como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción o exacerbación de las condiciones de comorbilidad en los pacientes (32). Se evidencia el 97.8% de pacientes recibieron plan educacional, esto da como resultado que el paciente tenga una mejor opción a tener una buena adherencia al tratamiento antidepresivo. La educación para la salud es un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que él o la paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud (33), en este caso es la toma de su medicamento como le fue indicado.

6.2. Indicadores clínicos del paciente

Los pacientes se consideran adherentes cuando tienen al menos 4 meses de tratamiento. Se evidenció 86.8% de la población presenta adherencia al tratamiento antidepresivo. Con una media de tiempo de uso de 16.6 meses, siendo de 4 a 24 meses la mayoría de tiempo que se usa el medicamento. En un estudio realizado por Serna M.C y colaboradores, refieren que la mitad de los pacientes del estudio abandonaron el tratamiento dentro del segundo y cuarto mes. Únicamente el 25% continúa el tratamiento por un período de 11 meses. Los tratamientos que continuaron después del cuarto mes representan el 44% de la población. Además evidenciaron que el 75% de hombres abandonaron el medicamento en el octavo mes y las mujeres en el doceavo mes (35). Según la literatura mencionada y comparándola con los resultados obtenidos en el estudio, el mayor porcentaje del tiempo de uso de antidepresivo es de 4 a 12 meses, lo que representa que la mayoría de pacientes toman el medicamento al menos 6 meses.

También se evidenció que los pacientes de mayor edad, 46 a 65 años, tienen 2.1 veces más probabilidad de haber tomado antidepresivos por 24 meses o más, en comparación con los de menor edad. En el estudio realizado por Serna y colaboradores, indican que la adherencia al tratamiento es marcada entre 4 meses y 1 año y esta aumenta después de los 12 meses. Este resultado se asocia a pacientes con enfermedades concomitantes con una duración de más de 2 años, debido a que presentan una relación mayor entre la polifarmacia y la adherencia al tratamiento,

reportaron 77% de adherencia en el grupo que presentaba polifarmacia (35). En este estudio se evidenció que el porcentaje de pacientes con medicamentos concomitantes es menor en quienes reciben psicoterapia, teniendo 2.7 veces más probabilidad de tomar medicamentos concomitantes pacientes que no reciben psicoterapia.

6.3. Indicadores de adherencia

La adherencia al tratamiento antidepresivo en éste estudio es de 86.8% de la población de pacientes, para esto los pacientes tuvieron como resultado adherente en los tres test. Si tomamos cada test podemos observar los siguientes resultados: el test de cumplimiento reportó 95.6% de adherencia, test de Morinsky-Green reportó 94.5% y test de batalla modificado para depresión reportó 93.4%. En un estudio realizado por Pacheco y Aránguiz indicaron un 45 a 60% de pacientes abandonan el tratamiento antidepresivo hacia los tres meses (24), lo que quiere decir una adherencia de 55 a 40% hacia los cuatro meses.

Se evidenció que existe 7.2 veces más probabilidad de presentar menos adherencia al tratamiento los pacientes que tengan una menor edad. Así como la presencia de un factor negativo, reduce el porcentaje de adherencia al tratamiento.

En este estudio se evaluaron 5 factores que influyen en la adherencia al tratamiento antidepresivo, por lo que el no presentar un factor positivo aumenta el porcentaje de abandono al tratamiento. En este estudio se encontró que la mayoría de pacientes son adherentes, pero se evidenció que el 39.6% de pacientes presentan al menos un factor negativo que influye en la adherencia al tratamiento antidepresivo y a la vez, los pacientes de mayor edad, tienen 1.8 veces más probabilidad de tener al menos un factor de riesgo que los pacientes de menor edad.

Los pacientes que no cuentan con apoyo familiar representa el 29.7% de la población. También se evidenció que los pacientes hombres presentan 1.8 veces más probabilidad de no tener apoyo familiar comparado con las mujeres. Así mismo se evidenció que los pacientes de mayor edad (46 a 65 años) presentan 2.0 veces más probabilidad de no tener apoyo familiar que los pacientes de menor edad (19-45 años). Este apoyo, así como compartir valores similares, influye en el paciente y en su adherencia. Las actitudes negativas, rechazo familiar y un alto nivel de crítica son predictores de la no adherencia y abandono al tratamiento. (24)

El segundo factor que influye es el económico que representa el 25.3% de la población. Esto quiere decir que el tratamiento afecta su economía así como dificultad para cubrir el costo del mismo. Un estudio realizado por

Jirón M., Escobar L y colaboradores, evidenciaron que el incumplimiento en las dosis de antidepresivo se asoció a ingresos medio-bajo, presentado 3.3 veces más riesgo de modificar dosis que aquellos con ingresos altos. También el incumplimiento de la duración de la terapia, reportaron 5.3 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellos con ingresos altos (22).

Se evidenció que no existe una mala relación médico-paciente por lo que esto puede influir en que el paciente tenga una buena adherencia al tratamiento antidepresivo, debido a que recibe mayor información, así como tiene la oportunidad de participar en su tratamiento (23).

También se evidenció que no existe una mala percepción del medicamento, esto hace referencia a que la información que el paciente obtenga del medicamento aclara las incertidumbres como si el medicamento crea dependencia o adicción, así como la toma del control de las emociones por parte del medicamento (24). Esto va relacionado con el plan educacional hacia el paciente para que pueda comprender los beneficios de tomar adecuadamente el tratamiento.

Por último se evidenció que no existe una mala percepción del tratamiento, esto puede influir en la adecuada adherencia al tratamiento. De no ser así, puede existir un abandono en los primeros 30 días debido al tiempo que conlleva la remisión de síntomas que aproximadamente es de 6 a 12 semanas (6). Esto puede evitarse con un plan educacional adecuado para que el paciente tenga un adecuado apego para poder presentar una mejoría así como la resolución de su enfermedad.

7. Conclusiones

1. La relación médico-paciente, percepción del medicamento y percepción de la eficacia del tratamiento son factores que pueden ser influyentes en la adherencia al tratamiento.
2. La edad entre 46 a 65 años es un factor que influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento antidepresivo.
3. Se evidenció una prevalencia de 86.8% de adherencia al tratamiento antidepresivo.
4. El 97.8% de pacientes recibieron plan educacional acerca de su enfermedad.

5. La presencia de al menos un factor negativo disminuye la adherencia al tratamiento antidepresivo.

8. Recomendaciones

1. El Centro Psiquiátrico Humanamente debe impartir charlas informativas a los familiares de pacientes, sobre el trastorno depresivo y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.
2. Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento mediante el plan educacional por parte de cada médico tratante.
3. Identificar al menos una vez cada 6 meses, que factor influye más en el paciente en su adherencia al tratamiento.

9. Referencias

1. Howard H. Goldman. Psiquiatría general. 5ª. Edición. Editorial Manual Moderno. Mexico, 2001; 337-342.
2. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo. Dr. Jose L. Esquina R, Dra Araceli García, Dr. Eduardo Plata, et all. Gobierno Federal; Catálogo Maestro de Guías de práctica clínica: IMSS-161-09. México D.F,2009. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf> [consulta: 4 marzo 2014]
3. Región de Murcia. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/145822-trastornos_depresivos1.pdf> [consulta 20 de abril de 2014)
4. Bruce J. Cohen. Psiquiatría: teoría y práctica. Editorial Mc Graw Hill. España 2006.p157- 227.
5. Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinicalupdate and review. CMJA. 2002; p1253-60.
6. Haro J.M, Palacina, C, Vilagut G, et al y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. MedClinic (Barc). 2006; 126 (12): 225-451.
7. WHO: Promotion of the psychosocial development of children through Primary Health Care Services. FirstReport 1990 and SecondReport 1991. Ed. WHO-Europe. Copenhagen 1991,1992.
8. M.J Ruiz Lozano. Protocolo Depresión Infantil. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Número especial Congreso Mayo 2004.
9. J. Canals Sans. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del Niño y Adolescente. Cap 23. Edición de carácter no venal, colaboración técnica de SmithklineBeecham. 2000.
10. Depresión: Fisiopatología y tratamiento. Dra. Victoria Hall Ramírez. Centro Nacional de Información de Medicamentos. Instituto de Información Farmacéuticas, Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica; 2003. <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>

11. Bertram G. Kartzung. Farmacología básica y clínica. Editorial El Manual Moderno. México 2007. p 489-501.
12. Región de Murcia. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/145822-trastornos_depresivos1.pdf> [consulta 20 de abril de 2014]
13. Blows T William. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline (norepinephrine), and dopamine. J. Neuroscience Nursing. 2002, 32, Vol. 4: 234-238. [consulta: 23 abril 2014].
14. Howard H. Goldman. Psiquiatría general. 5ª. Edición. Editorial Manual Moderno. Mexico, 2001; 337-342.
15. Pavcovich LA, Cancela LM, Volosin M, Molina VA, Ramirez OA. Chronic stress-induced changes in locus ceruleus neuronal activity. Brain Res Bull. Febrero 1990, 24, Vol. 2:293-296 [consulta 23 abril 2014].
16. Lopez I. J.J, Valdés M Manuel. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV TR. Editorial Masson. España, 2002. [consulta: 15 marzo 2014]
17. Drogas Psiquiátricas. George W. Arana, Jerrol F. Rosebaum. Editorial Marbán Libros, S.L. 2002. 103-152. [consulta 10 abril de 2014]
18. Trastorno de ansiedad. Folleto informativo. National Institute of Mental Health. 2008. <<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/tratamiento-para-los-trastornos-de-ansiedad.shtml>> [consulta: 20 de mayo]
19. Pérez, M y García, J, M. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema, 2001, vol 13; N°3: 494-506. [consulta: 23 marzo 2014]
20. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf. Ter Sistema Nacional Salud 2005; 29 (2) p 40-48.

21. Servicio Madrileño de Salud. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Salud Madrid 2006. Vol 13, Núm 8. <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>> [consulta 13 abril 2013]
22. Marcela J, PhD, Leslie Escobar PharmD, PhD Student, Leonardo Arriaga, PharmD, Sebastian Orellana, PharmD, Ariel Castro, MSc. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile. Value in Health 14 2011: S115-S118.
23. Isaac A. Vásquez, Concepción F. Rodríguez, Marino P. Álvarez .Manual de Psicología de la salud. 2da edición. Madrid. Editorial Pirámide, 2003; 213-238.
24. Bernardo Pacheco P, Consuelo Aránguiz G. Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. Rev. Chilena Neuro-Psiquiat 2011; 49 (1): 69-78. [consulta: 20 enero 2014]
25. Al Rigueira García. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos en España?. Revista Atención Primaria. Elsevier. Mayo 2001, Vol. 8, Número 08.<<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/cumplimiento-terapeutico-que-conocemos-esp%C3%B1a-13012824-articulo-especial-2001>> [consulta: 20 marzo de 2014]
26. Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004, Vol. 28:113-120, No. 5. <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf> [consulta 20 de marzo de 2014]
27. Haynes RB. Adherence. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI. Editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1979.
28. OllerCanet S., Lacasta T. David, Castro R. Jose I., García L. Raquel, Flamarich Z. David, Font C. Teresa, et al. ¿Toman los pacientes deprimidos

el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Actas EspPsiquiatr* 2011; 39 (5):288-293. [consulta: 10 marzo 2013]

29. Mascha C, Claudi L.H Bockting, Aart H. Schene. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J. Affective Disorders* 2009; 115: 167-170. [consulta: 20 feb 2013]
30. Badin G, Rejane E, Bandira F, Clausell N. Escenarios de educación para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2007; 15(2): 344-349.
31. Gwo-Ching S, MD. Mei –Chi Hsu, PhD. RN, Wendy M, BN, MHSc, PhD, RN, Mei-Feng Lin, Bn, MPSynchN, PhD, RN, Debra Creedy, BA, Med, PhD, RN, and Lorraine Venturato, MN, PhD, RN. Mediating Roles of Adherence Attitude and Patient Education on Antidepressant Use in Patients With Depression. *Perspectives on Psychiatric Care* 2011;47:13-22. [consulta: 20 feb 2013]
32. Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, Si-Yen T. Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational program make a difference. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 61(3): 300-306. 13. Durana B, Riveiro S, Rodriguez-Arias JL, Díaz C, Prado MC, Canosa J, Agra S, et al. Programa de apoyo y asesoramiento para familias con enfermo crónico y su repercusión en la gestión del proceso de hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2004; 7 (4): 283-285
33. Badin G, Rejane E, Bandira F, Clausell N. Escenarios de educación para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2007; 15(2): 344-349
34. Hernández S. Miguel A., Londoño Nora H. Factores Psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidad terapéutica. *Psicología desde el Caribe* 2012; 29;1. [consulta 2 marzo 2013]
35. M.C Serna, I. Cruz, J. Real, E. Gascó, L. Galván. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. *European Psychiatry* 2010; 25: 206-213. [consulta: 20 feb 2013]

- 36.** Lopez, V., Kohn, R., Calgua, E., García, C. et al. Encuesta nacional de salud mental: Descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala mayo-julio 2009. [Trabajo para optar la Licenciatura de medicina. Guatemala: Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2009. [consulta: 25 feb 2013]
- 37.** Dra. Laura P. Torres, Dr. Jose L. Esquinca, Dra Araceli Garcia A, et. All. Diagnostico y tratamiento del Trastorno Depresivo. Guía de práctica clínica. Consejo de Salubridad General. México 2009. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf> [consulta: 26 de enero 2014]
- 38.** Ayse Akincigil, PhD, John R. B, MA, Carrie Levin, PhD, James T. Walkup, PhD, Saira Jan, PharmD, and Steohen Crystal, PhD. Adherence to Antidepressant Treatment Among Privately Insured Patients Diagnosed With Depression. Medical Care 2007; 45: 363-369. [consulta: 25 feb 2013]

10. Anexos



SIGLAS DE INVESTIGADOR _____ FECHA DE TOMA DE DATOS _____

Identificación paciente (3 siglas)	Edad en años	Sexo	Tiempo de uso de antidepresivo	Sustancia activa y marca comercial
Dosis promedio	Punteo MADRS al inicio del tratamiento	Punteo MADRS actual	Efectos secundarios	Medicamentos concomitantes
Enfermedades médicas comórbidas	Empleado SI / NO	¿Paciente privado o institucional? P / I	¿Recibe psicoterapia? Especificar tipo SI / NO TIPO:	¿Recibió educación sobre enfermedad y tratamiento? SI / NO

Test de comunicación del autocumplimiento o haynes sackett:

Hacer una introducción no amenazante con la siguiente frase: “La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todas las pastillas.”

Posteriormente, y como segunda parte del test, se le haría la siguiente pregunta:

“¿Tiene usted dificultad en tomar todos las suyas?”

En caso de respuesta afirmativa, se pregunta sobre los comprimidos tomados en el último mes o semana. Y se calculará el porcentaje de cumplimiento:

Número de comprimidos consumidos/ Número de comprimidos que debía haber consumido x 100.

Porcentaje de cumplimiento:_____

Test de Morinsky-Green:

En este test se considera cumplidor a aquel paciente que responde de forma correcta las siguientes 4 preguntas realizadas, entremezcladas de forma cordial, durante una conversación sobre su enfermedad:

¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos para su depresión?	SI	NO
¿Los toma a la hora indicada?		
¿Deja de tomar su antidepresivo cuando se encuentra bien?		
¿Deja usted de tomarlos si alguna vez Se siente mal?		

Test de batalla modificado para depresión

Preguntar al paciente:

¿Es la depresión una enfermedad que puede durar varios meses?	SI	NO
¿Se puede controlar con terapia o medicamentos?		
Mencione dos síntomas de la enfermedad.	CAPAZ DE MENCIONARLOS	INCAPAZ DE MENCIONARLOS

Cuestionario de Adherencia a los antidepresivos (CAD)

PREGUNTA	SI	NO
¿Ha tenido problemas para cubrir el costo de los medicamentos?		
¿Considera que el dinero que gasta en el tratamiento de la depresión afecta bastante su economía?		
¿Su médico/doctor escucha sus problemas/molestias?		
¿Su médico le entiende?		
¿Alguna persona le criticó por usar antidepresivos?		
¿Sus familiares están de acuerdo en que usted tiene depresión?		
¿Siente que su depresión ha mejorado?		
¿Cree que los medicamentos le han ayudado a la depresión?		
¿Cree que los antidepresivos causan dependencia o adicción?		
¿Piensa que tomando antidepresivos tendrá menos control de sus pensamientos o emociones?		