



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

**Depresión: Importancia de la adherencia al
tratamiento**

Autor: RAQUEL MÁRQUEZ DURO

Tutor: Juana Benedí González

Convocatoria: Junio 2016/17

INDICE

Resumen	2
Abstract.....	2
Introducción y antecedentes	3
¿Cómo se evalúa la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos?.....	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	7
Resultados y discusión	8
¿Cuáles son las principales causas de falta de adherencia?	8
Sexo	9
Edad.....	9
Según tipo de tratamiento.....	10
Tratamiento farmacológico	10
Tratamiento no farmacológico	11
Comunicación con el médico	12
Características socioculturales.....	13
Actitud del paciente	14
Conclusiones.....	15
Bibliografía	17

Resumen

La adherencia al tratamiento es el grado de conducta que un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida se corresponden a lo asignado por el médico; esto es lo que hace diferenciar entre adherencia y cumplimiento, ya que la adherencia implica una participación activa del paciente en la terapia. La depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes del mundo, y per sé es un factor que influye en la adherencia al tratamiento. El tratamiento antidepresivo puede ser farmacológico y no farmacológico, y generalmente es un tratamiento de largo plazo. Existen múltiples métodos para evaluar la adherencia al tratamiento, tanto objetivos como subjetivos; siendo los más utilizados en la práctica clínica los subjetivos, en concreto los autocuestionarios, como Morisky-Green y Haynes-Suckett.

Factores como el sexo, la edad, características sociodemográficas, creencias o actitud del paciente, tratamiento, o incluso la relación médico-paciente pueden afectar en mayor o menor medida a la adherencia al tratamiento antidepresivo. Esto puede traer consigo consecuencias tanto económicas como clínicas, siendo necesario buscar y aplicar una serie de estrategias de mejora.

Abstract

Treatment adherence is the grade of patient's conduct, related to medication-taking, diet-tracing or the modification of the lifestyle, which corresponds to the physician's assignment. This makes difference with compliance, because adherence implies an active participation of the patient. Depression is the most prevalent mental disease in the world, and it's a risk of low treatment adherence. Antidepressant treatment can be pharmacological and non-pharmacological, and, usually, it's a long-term treatment. There are many methods for evaluate adherence, both objectives and subjectives, being the last one the most used methods in practice clinic, especially, autoquestionnaires, like Morisky-Green and Haynes-Suckett.

Some factors like sex, age, sociodemographic characteristics, patients' beliefs or attitudes, treatment, or physician-patient relationship can affect antidepressant treatment adherence. This can trigger some clinical and economic consequences, being necessary find and apply some improvement strategies.

Introducción y antecedentes

La adherencia a un tratamiento se define como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” (OMS, 2003). El término adherencia no debe ser confundido con el término cumplimiento, pues son dos términos diferentes, diferenciándose en la voluntariedad del individuo; así pues, mientras que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el propio paciente, el cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden impuesta por el profesional sanitario (Dilla et al., 2009). La falta de adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública a nivel mundial, y es importante evaluar la adherencia en aquellos pacientes con mayor riesgo de falta de adherencia¹, como es el caso de los pacientes depresivos (DiMatteo et al., 2000).

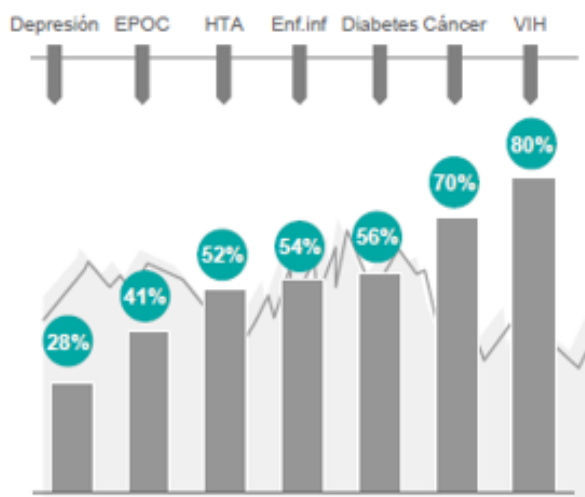


Figura 1. Porcentaje de adherencia de las principales enfermedades crónicas en España. Imagen extraída de (García, y otros, 2009)

La depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes, caracterizada por sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, pesimismo; fatiga y falta de energía, alteraciones en el sueño, comer excesivamente o perder el apetito; pensamientos suicidas; dolores y malestares físicos. En España, la depresión es la enfermedad que peor adherencia al tratamiento presenta (Figura 1), provocando un gasto económico de 15 millones de euros (García et al., 2009)

La depresión es una enfermedad crónica y con muchas recaídas. Se diferencian tres periodos en el tratamiento de la depresión:

1. **Periodo agudo**, en que aparece la clínica depresiva y el objetivo es paliarla.
2. **Periodo de continuación**, en el cual la meta es que no haya una recaída.

¹ Dada la presión asistencial, puede resultar imposible evaluar la adherencia en todos los pacientes y quizá sea más realista centrar la atención en los pacientes con mayor riesgo de falta de adherencia.

3. **Periodo de recuperación**, en el que el paciente lleva seis meses asintomático. Los pacientes suelen dejar de tomar la medicación en esta etapa, en la que el objetivo médico es evitar una recidiva. Se estima que la mitad de los pacientes que terminan de tomar un tratamiento antidepresivo presentan un nuevo episodio depresivo en los dos años siguientes. (Jiménez et al., 2004)

La efectividad clínica del tratamiento está limitada por la adherencia al protocolo recomendado. La depresión, aún en los casos más graves, es un trastorno tratable. Al igual que muchas enfermedades, mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las posibilidades de prevenir una repetición son mayores. Las guías actuales de tratamiento recomiendan el mantenimiento del fármaco antidepresivo durante al menos seis meses en un primer episodio depresivo (Melphi et al., 1998) El cumplimiento terapéutico completo se ha relacionado con una clara mejoría en la sintomatología depresiva y disminución de la tasa de recaídas. Se recomiendan, además, tratamientos mucho más prolongados en pacientes con historia de recurrencia. Los medicamentos que se utilizan para este trastorno son los antidepresivos (Tabla 1), que son medicamentos que normalizan los niveles de serotonina y noradrenalina, y en menor medida la dopamina, son los que se muestran en la imagen. (Flórez, 2014)

Fármacos antidepresivos	
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina Clomipramina Desipramina Nortriptilina
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Citalopram Fluoxetina Paroxetina Sertralina
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina	Venlafaxina Duloxetina
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina	Reboxetina
Inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Bupropión
Inhibidores de la monoaminoxidasa	Tranilcipromina Moclobenida Selegilina

Tabla 1. Principales fármacos antidepresivos.

El tratamiento de la depresión puede ser no farmacológico, como es el caso de la psicoterapia, o terapia de diálogo. Algunos tratamientos pueden ser corto plazo (10 a 20 semanas) y otros son de largo plazo, según las necesidades del individuo. Existen 2 tipos de psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuáles han probado ser efectivas en el tratamiento de la depresión. Al enseñar nuevas maneras de pensar y de comportarse, la terapia cognitivo-conductual ayuda a las personas a

cambiar sus estilos negativos de pensamiento y comportamiento que pueden contribuir en la

depresión. La terapia interpersonal ayuda a las personas a entender y resolver relaciones personales problemáticas que pueden causar o empeorar la depresión.

¿Cómo se evalúa la adherencia al tratamiento en pacientes depresivos?

La práctica clínica psiquiátrica diaria precisa de métodos de evaluación de la adherencia al tratamiento que sean sencillos y que no consuman grandes esfuerzos o tiempo para poder aplicarlos a la rutina diaria (Cuevas & Sanz, 2015). Los métodos objetivos directos dan información fiable, pero son caros y poco útiles en la práctica clínica, mientras que los subjetivos y los objetivos indirectos son baratos, sencillos, rápidos, pero poco fiables². Ninguno de los métodos proporciona en sí mismo una información lo suficientemente fiable y válida en torno a la adherencia, y es adecuado utilizar más de uno simultáneamente para conseguir resultados objetivos.

- I. **Los métodos objetivos indirectos:** valoran la adherencia a través de las circunstancias que se relacionan con la toma de la medicación y con el grado de control de la enfermedad.
 - a. Recuento de comprimidos, que consiste en determinar cuántas pastillas faltan en el envase comparándolas con las que se debería haber tomado en un determinado período de tiempo.
 - b. Bases de datos de las farmacias, en las que se estudian grandes grupos de población, y se determina la periodicidad con la que el paciente retira sus medicamentos.
- II. **Métodos subjetivos:** La entrevista personalizada o autocuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores; consiste básicamente en pedir al paciente que indique en qué medida se ha ajustado a lo prescrito. Hay muchos tipos de autocuestionarios, generales y específicos para determinadas enfermedades, pero los más utilizados para la determinación de la adherencia, por su rapidez y sencillez, son:
 - a. **La Escala Morisky de Adherencia a los medicamentos (MMAS-8)**, es una medida fiable y válida para medir la adherencia a los medicamentos, y se puede utilizar para pacientes psiquiátricos. (Cuevas & Sanz, 2015) (De las Cuevas & Peñate, 2015). Las preguntas de la escala se formulan para evitar el sesgo de decir sí a todas las preguntas, para los ítems 1-7 la respuesta es sí/no, mientras que el ítem

² La información que utilizan suele provenir del propio enfermo, y en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento, pero son más sencillos y económicos, por lo que resultan útiles en la práctica clínica.

8 es una escala de Likert (Tabla 2). El rango de puntuación total de la escala MMAS-8 va desde 0-8, siendo 8 una alta adherencia, 7 o 6 adherencia media, e inferiores a 6 baja adherencia.

	SÍ	NO
1. ¿Sueles olvidarte de tomar la medicación?		
2. Algunas veces las personas no se toman su medicina por razones diferentes al olvido. Piense en las 2 semanas pasadas. ¿Dejó de tomar su medicina algún día?		
3. ¿Alguna vez ha tomado menos pastillas, o ha dejado de tomarlas sin decírselo al doctor porque se sentía peor cuando las tomaba?		
4. ¿Cuando viaja o sale de casa olvida llevar sus medicinas algunas veces?		
5. ¿Se tomó sus medicinas ayer?		
6. ¿Cuándo siente que sus síntomas están bajo control ¿deja de tomar su medicina algunas veces?		
7. Tomar las medicinas todos los días es realmente incómodo para algunas personas, ¿siente usted que es un fastidio lidiar con su plan de tratamiento?		
8. ¿Con qué frecuencia le es difícil recordar que debe tomar todas sus medicinas? -Nunca -De vez en cuando -Algunas veces -Normalmente -Todo el tiempo		

Tabla 2. Escala Morisky de Adherencia a los medicamentos (MMAS-8). Tabla extraída y traducida de De las Cuevas & Peñate, 2015.

b. El test de Haynes-Sackett o cuestionario de cumplimiento autocomunicado.

Esta técnica se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento del tratamiento. Consta de 2 partes. En la primera, se evita interrogar de 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 todos sus comprimidos»; posteriormente, en la segunda parte del test se realiza la siguiente pregunta: «¿tiene usted dificultades en tomar los suyos?». Si la respuesta es afirmativa, el paciente es incumplidor, será un método fiable y podrán utilizarse las medidas o intervenciones que se consideren necesarias. Si responde que no, es posible que no diga la verdad por diversas causas. Entonces se insistirá preguntando: «¿cómo los toma?»: todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez. Finalmente, se realiza una tercera pregunta y se recoge lo que el paciente mencione sobre la siguiente reflexión: «Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?»

(Chamorro et al., 2008). Su desventaja es que tiene baja sensibilidad y tiende a sobreestimar el incumplimiento.

- c. **Test de comprobación fingida o ``bogus pipeline``**. Consiste en proponer al paciente que se definió como cumplidor la recogida de una muestra de orina, indicándole que es para calcular en ella la cantidad de medicamento tomado. Si el paciente ofrece dificultades para su realización y manifiesta que no toma los medicamentos, entonces es incumplidor. Si el paciente accede, se le debe preguntar si cree que va a contener mucho, poco o nada del medicamento, si responde que ``mucho``, es cumplidor, mientras que si responde que poco o nada quizá sea incumplidor.
- d. **Test de Herrera Carranza**: Propone 4 preguntas, dirigidas a los pacientes, que pueden contribuir a mejorar la vigilancia del cumplimiento terapéutico en la farmacia comunitaria:
 1. ¿Sabe para qué su médico le ha prescrito tal(es) medicamento(s)?
 2. Me gustaría conocer cómo se siente después de terminar por completo su tratamiento.
 3. ¿Sabe cómo tiene que tomar su medicación?
 4. ¿Ha puesto en conocimiento de su médico que ha terminado el tratamiento?

Objetivos

El objetivo principal del trabajo es el estudio de la adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, analizando los distintos factores que pueden afectar a la adherencia en el tratamiento antidepresivo; así como las posibles estrategias de mejora en el cumplimiento terapéutico.

Metodología

Para realizar el trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica acerca de la adherencia a través de base de datos como PubMed, utilizando las palabras clave ``depression`` y ``adherence``, para obtener la información general, seguidamente, para la obtención de información específica, se han combinado con ``non-adherence, female, male, older, younger, TCAs, SSRIs, culture, sociodemographic factors, persistence, discontinuation``; además de la búsqueda de artículos científicos recientes y revistas científicas del ámbito de la psiquiatría.

Resultados y discusión

¿Cuáles son las principales causas de falta de adherencia?

Las principales causas que afectan a la adherencia en cualquier tratamiento son las siguientes:

-Razones relacionadas con el paciente: la edad, el entorno cultural y social del paciente, el nivel de educación, así como su personalidad, condicionan el resultado del tratamiento. Es necesario destacar la especial relevancia de este problema en dos poblaciones especiales: ancianos y niños. (Dilla et al., 2009)

-Razones relacionadas con el fármaco: el medicamento utilizado afecta mucho en la adherencia del paciente, tanto por los efectos adversos, las características del principio activo y su coste.

1. *Efectos adversos:* la interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación.
2. *Características del principio activo:* farmacodinamia, farmacocinética, forma farmacéutica y características organolépticas. Es frecuente que el paciente abandone el tratamiento si ve que no le hace efecto a corto plazo. Un factor importante que conduce al incumplimiento es la complejidad del régimen terapéutico del paciente, que produce asimismo un aumento de la probabilidad de error en la toma de la medicación. Por ello, la simplificación del tratamiento aumenta la adherencia del paciente a la terapia y de este modo la probabilidad de resultados positivos.
3. *Coste:* el incremento en el precio de los fármacos, así como el aumento del copago de los medicamentos financiados públicamente, origina un incremento en el gasto en medicamentos para el paciente y, por lo tanto, puede constituir una barrera para el cumplimiento del régimen terapéutico.

-Razones relacionadas con la enfermedad: en general las enfermedades crónicas son las que presentan mayores índices de incumplimiento con respecto a las enfermedades agudas, ya que la falta de adherencia suele ser a largo plazo. (Dilla et al., 2009)

-Razones relacionadas con el profesional sanitario: la falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, especialmente en niveles básicos asistenciales, unido a dificultades en la comunicación entre ambos, constituye un motivo para el abandono del régimen terapéutico.

Una vez conocidos los principales factores que pueden afectar a la adherencia, se ha dispuesto a estudiar cómo influyen esos factores en la adherencia en el tratamiento antidepresivo.

Sexo

Estudios comprobaron si la adherencia al tratamiento dependía del sexo. Mientras que en algunos estudios, el sexo no influía en la adherencia al tratamiento antidepresivo (Ignacio Párraga Martínez et al., 2014), en otros estudios se comprobó que el ser mujer era un factor positivo a la hora de seguir el tratamiento, siendo los hombres los que peor adherencia presentaban (Oller-Canet et al., 2011). En un estudio se evaluó la discapacidad de las personas depresivas en las esferas ocupacional, social y familiar, se observó que las mujeres, el riesgo de abandono del tratamiento se relacionó solo con la recuperación de la esfera familiar, mientras que en los hombres estaba relacionado con una recuperación en las 3 esferas (Demyttenaere et al., 2001). En otros estudios, se demostró que era el sexo masculino mejor cumplidor (Sawada, et al., 2009). Sin embargo, la influencia del sexo en la adherencia está influenciada por las características sociodemográficas y culturales, en un estudio realizado en la India se comprobó que las mujeres tenían peor adherencia que los hombres (Banerjee & Prasad Varma, 2013), esto es debido a esas diferencias entre ambos sexos, pues las mujeres de esas culturas no tienen tanta educación, ni acceso a la sanidad como tienen los hombres, por lo que presentan niveles de adherencia más bajos.

Edad

La edad es uno de los factores a tener en cuenta a la hora de valorar la adherencia al tratamiento. Algunos estudios revisados demostraron que las personas mayores con depresión tenían menos adherencia que las personas jóvenes con depresión; probablemente como resultado de las comorbilidades que presentan y de la polifarmacia (Oller-Canet et al., 2011) a la que están sometidos, y de los efectos adversos de su mediación, de la misma forma que por la presencia de problemas físicos y cognitivos, o el coste, siendo peor en pensionistas (Ignacio Párraga Martínez et al., 2014).

No obstante, una mayor edad no implica tener una peor adherencia, ya que en otros estudios, se demostró que el tener menor edad estaba relacionado con una peor adherencia (Ignacio Párraga Martínez et al., 2014), esto puede deberse a la mayor experiencia en la vida que pueden tener las personas mayores, por lo que puede influir en el entendimiento de la importancia de la adherencia al tratamiento.

La polifarmacia es muy común en personas de edad mayor. El tomar otros medicamentos de manera crónica es un factor de riesgo de falta de adherencia, el tener prescrito otro tratamiento crónico aumenta la probabilidad de ser mal cumplidor del tratamiento antidepresivo, independientemente de la edad y del sexo. (Oller-Canet et al., 2011)

Las estrategias de mejora posibles para este tipo de población son técnicas, y van dirigidas a simplificar el régimen de prescripción reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación prolongada, o reduciendo el número de fármacos, utilizando fármacos en combinación a dosis fijas, o la planificación de un horario que permita una organización de la toma de medicación en caso de polimedicados. También pueden ser estrategias conductuales, como proveer al paciente de recordatorios o ayudas de memoria (p.ej: llamadas telefónicas), de sistemas de dosificación con alarmas que recuerdan la hora de la toma o de organizadores de medicación (SPDs). También son útiles las estrategias de apoyo social y familiar en este tipo de población, las intervenciones incluidas en este grupo tienen como objetivo mejorar la adherencia a través de un buen soporte social (por ejemplo: programas de ayuda domiciliaria, concesión de ayudas para el pago de la medicación, prescripción de medicamentos con mejor relación beneficio-coste, etc), y la implicación de la familia o los amigos en el control de la enfermedad y de la medicación.

Según tipo de tratamiento

Tratamiento farmacológico

El tipo de medicación que tomen los pacientes condiciona la correcta continuación del tratamiento, pues según varios estudios existen diferencias en la adherencia según el tipo de antidepresivo, destacando los SSRI y los ATC. En un estudio donde se analizó el tiempo en la continuidad del tratamiento antidepresivo, se demostró que los que tomaban SSRI y SNRI durante 30 días, tenían más probabilidad de continuar con el tratamiento a 90 días frente a aquellos que tomaban ATC. (Olfson et al., 2006)

Resultados similares fueron demostrados por otros autores, pudiendo atribuirse estas diferencias a los problemas de tolerabilidad con los ATC, ya que estos presentan más efectos adversos que los SSRI (Tamburrino et al., 2009) (Hansen et al., 2004). Una pobre eficacia y una alta frecuencia de efectos adversos están ligados a una baja adherencia al tratamiento (Åberg-Wistedt et al., 2000). Los ATC, ISRS, IRSN e ISRN tienen distintos perfiles de tolerabilidad. A pesar de su mejor tolerabilidad, los ISRS presentan efectos adversos que pueden desembocar en el abandono del tratamiento como: náuseas, ansiedad, nerviosismo y

disfunción sexual. Para los IRSN, son similares a los ISRS pero con efectos adrenérgicos. Sin embargo, la reacción adversa que provoca más abandonos es la disfunción sexual, particularmente asociada a ISRS e IRSN, afectando más a varones de mediana edad. (Montejo, et al., 2010), mientras que con el uso de IRN, como bupropión, disminuye el porcentaje de personas con disfunción sexual. (Thase et al., 2006) En mujeres es la ganancia de peso la reacción adversa que más abandonos provoca, atribuido a la mayoría de antidepresivos. (Montejo et al., 2010)

Dentro de los SSRIs, se ha demostrado que la sertralina es un buen antidepresivo con el que empezar el tratamiento (Sawada et al., 2009), en comparación con la paroxetina, aunque ambas presentan la misma eficacia, está comprobado que la sertralina es más tolerada que la paroxetina (Åberg-Wistedt et al., 2000). También es importante destacar el uso de benzodicepinas durante las primeras semanas de tratamiento antidepresivo, se ha demostrado que el uso de BDZ mejora la adherencia a antidepresivos el primer mes del tratamiento, ya que gracias a sus efectos hipnóticos y ansiolíticos disminuye la ansiedad y el insomnio³ antes de que empiece a hacerle efecto los antidepresivos; sin embargo, los beneficios desaparecen al pasar el mes, apareciendo los efectos secundarios propios de las BDZ, por lo que los beneficios son limitados. (Sawada, et al., 2009)

Tratamiento no farmacológico

Psicoterapia

Que los pacientes reciban o no psicoterapia influye en la adherencia al tratamiento sobre todo en las primeras semanas de tratamiento. El uso de psicoterapia está relacionado con continuidad, siendo especialmente influyente en las primeras semanas de tratamiento; la combinación de medicación antidepresiva y psicoterapia es, generalmente, un tratamiento efectivo para la depresión (McIntyre et al., 2010) (Arnou et al., 2007).

En cuanto a preferencias, los pacientes diagnosticados de depresión prefieren al inicio la psicoterapia frente a la medicación, reflejándose en una mayor adherencia al tratamiento (Raue et al., 2009). La psicoterapia puede ser útil para casos de depresión leve a moderada, sin embargo, para casos de depresión grave puede ser no suficiente, siendo necesario la combinación con medicación.

³ La depresión, generalmente, está acompañada de insomnio, por lo que es útil el uso de BDZ.

Comunicación con el médico

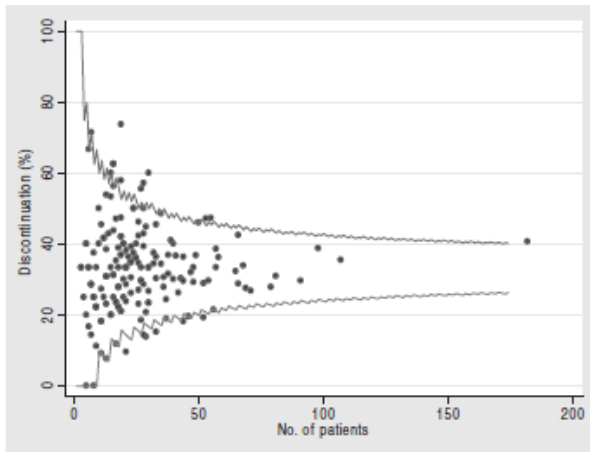


Figura 2. Proporción de pacientes que no continúan con antidepresivos durante los 6 meses posteriores a la primera prescripción. Figura extraída y traducida de Hansen et al., 2004.

Un factor que influye en la adherencia al tratamiento es la comunicación con el médico correspondiente. Más del 60% de pacientes dejan su tratamiento sin consultarle a su médico (Sawada et al., 2009), y la discontinuación del tratamiento es mayor durante el primer mes de tratamiento. Este alto porcentaje sugiere que hay una falta de comunicación entre el paciente y el médico; y según un estudio, el 72% de los médicos afirman haber comunicado a sus respectivos pacientes el continuar con la terapia

antidepresiva al menos hasta los 6 meses, pero sólo el 34% de los pacientes confirma que sus médicos les sugieren continuar ese período, y el 56% asegura no recibir ninguna instrucción (Bull et al., 2002), por lo que el número de pacientes que continúan hasta los 6 meses el tratamiento es menor (Figura 2) (Hansen et al., 2004). Aquellos pacientes a los que no se les ha sugerido continuar durante un período de 6 meses tienen el triple de probabilidad de no continuar con la terapia, en comparación con aquellos que sí. Por lo que es necesario una correcta comunicación entre el paciente y el médico. Los profesionales de la salud deben apoyar y animar a los pacientes a continuar con el tratamiento antidepresivo por un largo período de tiempo. (Olfson et al., 2006). Informar a los pacientes en adelanto acerca de las posibles reacciones adversas de los antidepresivos así como ofrecerles apoyo ayuda a mejorar la adherencia, (Bull et al., 2002). También es necesario que el paciente acuda regularmente a consulta con su médico, con el fin de tener más control sobre su enfermedad y tratamiento; se ha demostrado que aquellos pacientes que acuden poco a consulta con el médico tienen altas probabilidades de tener mala adherencia. (Serrano et al., 2014) (Ignacio Párraga Martínez et al., 2014)

Aquellos pacientes que inician su tratamiento con psiquiatras presentan un menor riesgo de falta de adherencia que aquellos que inician su tratamiento con un médico de atención primaria (Figura 3) (Demyttenaere K. , 2001).

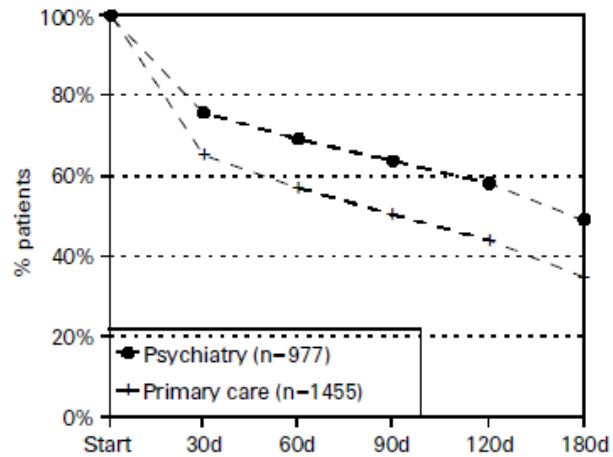


Figura 3. Probabilidad de continuar con el tratamiento antidepresivo después de la prescripción inicial en pacientes de psiquiatras y médicos de Atención primaria. Imagen extraída y traducida de Demyttenaere K. , 2001.

Las estrategias de mejora van encaminadas a mejorar la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente. El médico debe determinar las expectativas del paciente, cómo se siente, qué es lo que quiere, debe dirigirse al paciente utilizando herramientas verbales y no verbales, indicarles cuánto tiempo habrán de tomarlos, explicándoles los posibles efectos adversos y resolviendo sus preguntas e inquietudes; debe fomentar la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones clínicas, ya que se ha observado que el paciente está más dispuesto a continuar un régimen de tratamiento prescrito cuando se le permite tomar parte en la planificación del mismo. (Edwards et al., 2003)

Características socioculturales

Aunque no son muchos los estudios que incorporan en sus variables el análisis de la raza de los pacientes (Montejo et al., 2010), algunos estudios han demostrado que el pertenecer a una determinada raza, religión o nivel económico y cultural también influye en la adherencia al tratamiento. En un estudio realizado por Arnow, Blasey, & Manber, encontraron que la tasa de abandono por efectos adversos fue mayor en aquellos pacientes de grupos raciales minoritarios, y con respecto a la raza blanca, la probabilidad de cumplir el tratamiento en pacientes hispanos y afroamericanos fue significativamente menor.⁴ Las culturas orientales generalmente prefieren la medicina moderna frente a la medicación, por lo que éstos toman pocos antidepresivos en comparación con los pacientes depresivos occidentales teniendo poca experiencia con ellos, lo cual les incita a tener una creencia negativa hacia la medicación antidepresiva. (Jacob et al., 2015).

⁴ El pertenecer a grupos minoritarios influye negativamente en la adherencia antidepresiva, pero puede estar ligado a otros factores más determinantes como los socioeconómicos y culturales.

La religión y las creencias de los pacientes con depresión influye en la percepción del tratamiento antidepresivo, y por lo tanto en la adherencia; en un estudio realizado en la India, un gran porcentaje de pacientes creía que su depresión fue causada por fuerzas externas (karma, Dios, diablo, etc.) y por lo tanto dejaban su curación en manos de ellas. (Banerjee & Prasad Varma, 2013). El nivel de estudios inferior a secundaria y el nivel económico también influye (Hansen et al., 2004) (Serrano et al., 2014). Un nivel educativo bajo hace que haya malinterpretaciones en el tratamiento antidepresivo, por lo que empeora la adherencia, y tener un nivel económico bajo hace que la sanidad no sea tan accesible, y la comunicación con el médico sea nula, afectando más a ancianos, sexo femenino y raza afroamericana. (Montejo et al., 2010)

Personas casadas tienen mayor adherencia al tratamiento que personas separadas o enviudadas (Bull et al., 2002), así como aquellas que viven en pareja con respecto a los que viven solos, o los que viven en ciudades pequeñas frente a los que viven en grandes ciudades (Montejo et al., 2010).

Actitud del paciente

La actitud del paciente frente al tratamiento es uno de los factores más influyentes en la adherencia al tratamiento, influyendo de manera positiva o negativa en función de su actitud o forma de pensar. Las razones más comúnmente expresadas para negarse a recibir tratamiento son variadas. La dificultad en suspender la medicación correctamente una vez que los han empezado a tomar, temor a que los antidepresivos pueden causar adicción, pudiendo dejar de tomarlos de manera radical⁵, la resistencia a ver la depresión como una enfermedad, ya que muchos pacientes creen que la depresión es causada por su propia personalidad, afirmando que la depresión era un problema psicológico y no un problema médico, por lo que prefieren tratamientos no biológicos, rechazando los antidepresivos. (Hansen et al., 2005), por lo que los clínicos deberán considerar que la atribución del trastorno a causas no médicas entre los pacientes se relacionan con una adherencia baja (Montejo et al., 2010), o las propias experiencias negativas previas con fármacos antidepresivos. Además la falta de un efecto inmediato es una de las razones principales para el abandono prematuro, junto a la aparición de efectos adversos (Givens et al., 2006).

⁵ Esto es debido a que mucha gente confunde antidepresivos con tranquilizantes, los cuales producen adicción, ya que la mayoría de los antidepresivos producen somnolencia.

Muchos pacientes depresivos tienen puntos de vista erróneos en cuanto a la dosificación de los antidepresivos, creyendo que dosis extra de antidepresivo se deberían tomar cuando se sienten más decaídos y tomar menos cuando se sienten mejor.

Aquellos pacientes que tienen una actitud positiva frente a la medicación antidepresiva tienen más probabilidad de ser mejores cumplidores (Edlund et al., 2008), así como cuando la percepción de necesidad de tratamiento antidepresivo excede las preocupaciones que puede generar tomar la medicación., y esto se asocia a una mayor edad y a un mayor grado de síntomas depresivos. Los individuos que creen que su depresión es severa presentan niveles altos de adherencia al tratamiento, frente a aquellos que no consideran su depresión como severa (Edlund et al., 2008).

Las posibles estrategias de mejora son mayoritariamente educativas, orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación a través del aumento de conocimiento de su enfermedad, tratamiento e importancia de la adherencia a éste, así como participar de forma activa en las prescripciones pautadas, el médico debe enfatizar en aquellos mensajes de salud positivos y eliminar las expectativas falsas acerca de las consecuencias negativas. Por lo que la comunicación con el médico es fundamental. (Bultman & Svarstad, 2000)

Conclusiones

Es preferible usar el término adherencia, y no cumplimiento, para incorporar las 3 características más importantes de un buen tratamiento: concordancia, cooperación, y colaboración. Una adherencia óptima repercute en una mejora de la calidad y de la esperanza de vida, así como en el perfil de seguridad de los tratamientos y en la evolución de las enfermedades. (García et al., 2009)

La falta de adherencia al tratamiento antidepresivo se ve afectado por múltiples factores, y ello conlleva a una serie de consecuencias, tanto clínicas, produciendo el empeoramiento del paciente depresivo traduciéndose en un aumento de recaídas y recidivas; como económicas, ya que un paciente deprimido tratado mal conlleva un aumento del gasto sanitario, si bien por el aumento de consumo de medicamentos, como de visitas hospitalarias. (Dilla et al., 2009)

Por ello es prioritario aplicar una serie de estrategias (Tabla 3) para mejorar la adherencia a los antidepresivos, dependiendo de cuáles sean los factores principales que afectan a la terapia,

ahondando en aquellas que mejoren la relación médico-paciente, ya que es el factor más influyente en la falta de adherencia. (Vermeire et al., 2001)

Tabla 3. Relación entre causas de incumplimiento y las principales estrategias para mejorar la adherencia. Imagen extraída y modificada de Dilla et al., 2009.

Causas de incumplimiento	Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia				
	Técnicas	Conductuales	Educativas	Apoyo social	Dirigidas a profesionales, administración e industria
Desconfianza en el tratamiento			✓		
Falta de motivación y/u olvido		✓	✓	✓	✓
Escaso conocimiento de la enfermedad y/tratamiento			✓		✓
Complejidad del régimen terapéutico	✓	✓			✓
Barreras de acceso					✓
Coste de medicación				✓	✓
Poca cooperación médico/paciente					✓
Enfermedad crónica	✓	✓	✓	✓	✓

Bibliografía

- Edwards , A., Wensing , M., Hood , K., Atwell , C., & Elwyn, G. (2003). Shared decisión making: developing the option scale of measuring patient involvement. 12(2):93-97.
- Rami, L., Bernardo, M., Boget, T., Ferrer, J., Portella, M., Gil-Verona, J., & Salamero, M. (2004). Cognitive status of psychiatric patients under. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16: 465-471.
- Åberg-Wistedt, A., Ekselius, L., Bengtson, F., & Åkerblad, A.-C. (2000). Sertraline Versus Paroxetine in Major Depression: Clinical Outcome After Six Months of Continuous Therapy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 645-652.
- Arnow, B., Blasey, C., & Manber, R. (2007). Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Disord*, 97:197-202.
- Bambauer, K., Soumerai, S., Adams, A., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2007). Provider and patient characteristics associated with antidepressant nonadherence: the impact of provider speciality. *J Clin Psychiatry*, 68: 867-73.
- Banerjee, S., & Prasad Varma, R. (2013). Factors affecting Non-Adherence among Patients Diagnosed with Unipolar Depression in a Psychiatric Department of a Tertiary Hospital in Kolkata, India. *Hindawi*.
- Bull, S. A., Hu, H., Hunkeler, E. M., Lee, J., Ming, E., Markson, L., & Fireman, B. (2002). Discontinuation of Use and Switching of Antidepressants. *The patient-physician relationship*, 1403-1409.
- Bultman, D., & Svarstad, B. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Couns*, 40: 173-85.
- Burra, T., Chen, E., McIntyre , R., Grace, S., & Robertson Blackmore , E. (2010). Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behavioral Medicine*.
- Castro, A., Barrero, J., García Pascual, F., Cruz, E., Soto, J., Álvarez, J., . . . Siso, J. (s.f.). LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. *Pfizer*.
- Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 413-417.
- Cuevas, C. D., & Sanz, E. (2015). Métodos de valoración de la adherencia al tratamiento psiquiátrico en la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Psicología y salud* , 25-30.
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 121-129.
- Demyttenaere, K. (2001). Compliance and acceptance in antidepressant treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 29-35.
- Demyttenaere, K., Enzlin, P., & Dewe, W. (2001). Compliance with antidepressants in a primary care setting, 2: the influence of gender and type of impairment. *J Clin Psychiatry*, 62 Suppl 22:34-7.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6):342-348.

- DiMatteo, M. R., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment. *Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence*, 2101-2107.
- Edlund, M., Fortney, J., Reaves, C., & Pyne, J. (2008). Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. 46:581-9.
- Edlund, M., Fortney, J., Reaves, C., Pyne, J., & Mittal, D. (2008). Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. *Med Care*, 46:581-902.
- Ellwood, M., Len Lichtenfeld, Parker, R., Tuncer, D., Solis, P., Fusco-Walker, S., . . . Rosvold-Brenholtz, H. (2007). Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan. *National Council on Patient Information and Education*.
- Flórez, J. (2014). *Farmacología humana*. Elsevier.
- García, F. Z., Puig-Junoy, J., Hernandez Anguera, J., Jurado Balbuena, J., Manzano Espinosa, L., Murillo Fernández, M., . . . Gil Guillén, V. (2009). Plan de Adherencia al Tratamiento (Uso responsable del medicamento).
- Givens, J., Datto, C., & Ruckdeschel, K. (2006). Older patients' aversion to antidepressants. A quality study. *J Gen Intern Med*, 21:146-51.
- Hansen, D. G., Vach, W., Rosholm, J.-U., Søndergaard, J., Gram, L. F., & Kragstrup, J. (2004). Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics. *Family Practice Vol. 21*, 623-629.
- Hansen, D. G., Vach, W., Rosholm, J.-U., Søndergaard, J., Gram, L., & Kragstrup, J. (2004). Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics. *Family Practice Vol. 21*.
- Hansen, H., Demyttenaere, K., Bech, P., & Kessing, L. (2005). Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med*, 35(8): 1205-1213.
- Ignacio Párraga Martínez, López-Torres Hidalgo, J., Del Campo, J. M., Villena Ferrer, A., Morena Rayo, S., & Escobar Rabadán, F. (2014). Seguimiento de la adherencia al tratamiento. *Atención Primaria*, 357-366.
- Jacob, S. A., Ab Rahman, A., & Azmi Ahmad, M. (2015). Attitudes and beliefs of patients with chronic depression towards antidepressants and depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1339-1347.
- Jiménez, L. G., Carballo Belloso, J., García Thuring, L., & Caballero Martínez, L. (2004). 5 minutos de calidad en Atención Primaria para el paciente psiquiátrico. El cumplimiento terapéutico en Atención Primaria.
- Martín, M. J., García-Toro, M., Campoamor, F., Pareja, A., Aguirre, I., Salvá, J., & Roca, M. (2009). Use of antidepressant treatment. Patients' perception. 37(5):276-281.
- Maté, M. D., López González, S., & Álvarez Trigueros, M. (s.f.). Tema 14. La adherencia al tratamiento. *Ciencias psicosociales I*, 1-32.
- Mcinnis, M. G. (2007). Adherence to Treatment Regimens in Major Depression: Perspectives, Problems, and Progress. *Psychiatric Times*.

- McIntyre, J. S., Yager, J., Anzia, D., Craig, T., Finnerty, M., Schneidman, B., . . . Vergare, M. (2010). American psychiatric association: practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 15-20.
- Melphi, C. A., Chawla, A., Croghan, T., Hanna, M., & Kennedy, S. (1998). The Effects of Adherence to Antidepressants: Treatment Guidelines on Relapse and Recurrence of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 1128-1132.
- Montejo, Á. L., Menchón, J., Carrasco, J., Franco, M., Martín Carrasco, M., & Moriñigo, Á. (2010). Guía de evaluación y mejora del cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del Trastorno Depresivo Mayor. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(Suppl.2):1-27.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management. (2010). *London: The British Psychological Society*.
- Olfson, M., Marcus, S., Tedeschi, M., & Wan, G. (2006). Continuity of Antidepressant Treatment. *Am J Psychiatry*, 101-108.
- Oller-Canet, S., Lacasta-Tintorer, D., Castro Rodríguez, J., García-Lecina, R., Flamarich-Zampalo, D., Font-Canal, T., Martín-López, L. (2011). ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. 39(5):288-93.
- OMS. (2003). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/publications/es/>
- Raue, P. J., Schulberg, H., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. (2009). Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. 337–343.
- Sawada, N., Uchida, H., Suzuki, T., Watanabe, K., Kikuchi, T., Handa, T., & Kashima, H. (2009). Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review. *BMC Psychiatry*.
- Serrano, M. J., Vives, M., Mateu, C., Vicens, C., Molina, R., Puebla-Guedea, M., & Gili, M. (2014). Adherencia terapéutica en pacientes depresivos de atención primaria: un estudio longitudinal.
- Stein-Shvachman, I., Segel Karpas, D., & Werner, P. (2013). Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults? *Aging and Disease*, 329-336.
- Tamburrino, M. B., Nagel, R., Chahal, M., & Lynch, D. (2009). Antidepressant Medication Adherence: A Study of Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 205-211.
- Thase, M., Clayton, A., Haight, B., Thompson, A., Modell, J., & Johnston, J. (2006). A double-blind comparison between bupropion XL and venlafaxine XR: sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability. *J Clin Psychopharmacol*, 26: 482-8.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 333-342.
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapy: Depression. *World Health Organization*, 65-69.