



**FACULTAD DE FARMACIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

TRABAJO FIN DE GRADO

TÍTULO:

**IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN**

Autor: Irene González García

Tutor: Juana Benedí González

Convocatoria: Junio

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	3
II. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	3
1. Concepto de depresión.....	3
2. Concepto de adherencia.....	5
III. OBJETIVOS.....	8
IV. METODOLOGÍA.....	8
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	8
1. Adherencia al tratamiento de la depresión.....	8
1.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la depresión.....	9
1.2. Métodos de medición de la adherencia al tratamiento de la depresión.....	10
2. Estudios realizados sobre el cumplimiento de los tratamientos antidepresivos.....	11
2.1. Estudio observacional longitudinal prospectivo.....	11
2.2. Estudio descriptivo transversal retrospectivo.....	13
3. Estudio transversal realizado en Oficina de Farmacia.....	16
4. Medidas para mejorar la adherencia al tratamiento de la depresión.....	17
4.1. Estrategias para mejorar la adherencia.....	18
VI. CONCLUSIÓN.....	19
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	20

I- RESUMEN

En este trabajo se expone la problemática que supone la falta de adherencia al tratamiento de la depresión. La depresión es una enfermedad psicológica que cada vez afecta a más personas en el mundo moderno y es necesario ser consciente de la patología que se sufre y acudir a un profesional para que se pueda prescribir el tratamiento adecuado en cada caso. Con un buen diagnóstico se procederá a la implantación de un régimen terapéutico adecuado y el siguiente paso es cumplir rigurosamente con este, ser adherente y constante, ya que sino no solo no se resolverá la patología, sino que aumentarán las posibilidades de recaída de la enfermedad, la morbimortalidad y los costes.

Se han revisado algunos estudios realizados a cerca de la adherencia al tratamiento antidepressivo, sacando como conclusión que el incumplimiento terapéutico oscila entre el 30-70% y el 10-60% (dependiendo del tipo de estudio realizado), resultados poco prometedores. Se analizan las causas que provocan esta falta de adherencia, donde cabe destacar la aparición temprana de efectos secundarios y la aparición tardía de resultados beneficiosos en relación al trastorno depresivo, y las consecuencias que conlleva esta falta de cumplimiento terapéutico. Además se proponen una serie de estrategias que se deberían llevar a cabo para que esta situación cambie y mejore la adherencia al tratamiento de la depresión, lo que implica la participación activa y consciente del paciente y de todos los profesionales sanitarios, que deben trabajar conjuntamente. Por último se propone un pequeño estudio transversal realizado personalmente a una población de 25 sujetos en distintas oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid, para conocer la adherencia al tratamiento de la depresión en una muestra de pacientes tratados con fármacos antidepressivos

II. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

1. Concepto de depresión

La depresión mayor es un conjunto de síntomas o un síndrome en el que hay una exacerbación de los síntomas afectivos negativos, tales como el decaimiento, la irritabilidad, la tristeza patológica o una sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las actividades diarias. En este síndrome, además de estos síntomas afectivos, también se presentan una serie de síntomas cognitivos en diferente grado según los casos, a la vez que volitivos y somáticos. El conjunto de todos estos influye en la vida psíquica de las personas y será la clínica, la gravedad de los síntomas, el grado de

deterioro funcional y social y la coexistencia de otros síntomas, lo que determinará si estos cambios son patológicos o se trata de simples cambios ordinarios en la conducta de las personas. (Alberdi y col, 2003).

Sin embargo, cuando un paciente acude a atención primaria no suele ser habitual que refiera síntomas de tristeza, bajo de ánimo o depresión de forma directa, sino que suele acudir por quejas somáticas en más de la mitad de los casos, quejándose de dolores o malestar físico. Es por ello que el diagnóstico de un trastorno depresivo se ve dificultado. Es deber del facultativo saber diagnosticar si la sintomatología presentada por el paciente afecta al área emocional, cognitiva o volitiva (Artiles y col, 2009). Un problema importante asociado a esta enfermedad es la dificultad de su diagnóstico, lo que supone en muchos casos que el tratamiento comience de forma tardía. Otros problemas son los derivados de la propia consulta donde se realiza el diagnóstico y del facultativo: no siempre se precisa del tiempo necesario para hacer un buen diagnóstico, de la intimidad adecuada o del lugar apropiado, además el paciente suele presentar una actitud negativa ante una enfermedad psiquiátrica y a todos estos factores se le puede sumar el desconocimiento por parte del médico y la falta de apoyo de otras áreas profesionales (Artiles y col, 2009).

Una vez que al paciente se le diagnostica depresión mayor, se ponen en marcha diferentes métodos para tratarla, generalmente terapia psiquiátrica y medicación. Los medicamentos indicados para la DM son los antidepresivos, con los que hay cierta controversia en relación a su eficacia y seguridad (Pérez y col, 2001). Aunque no se tiene claro cuál es el mecanismo de acción de estos fármacos, se sabe que normalizan los niveles de neurotransmisores del cerebro, principalmente de la serotonina y la noradrenalina y otros lo hacen con la dopamina, sustancias que interviene en la modulación de los estados de ánimo y que en la depresión se encuentra alterada su regulación. Los antidepresivos más nuevos son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los cuales, al ser selectivos, presentan menos efectos secundarios que los más antiguos. Los efectos de los antidepresivos empiezan a evidenciarse a partir de la tercera o cuarta semana de tratamiento, por lo que es importante que el paciente tome dosis regulares de estos fármacos durante ese periodo aunque los efectos no sean inmediatos, ya que sino el tratamiento no será efectivo. Tampoco será efectivo si se dejan de tomar antes de lo estipulado por el médico, aunque se sienta mejoría de los síntomas. El tratamiento solo deberá ser retirado con el permiso de un facultativo y en muchas ocasiones no debe finalizarse de forma brusca, sino que

se tiene que ir retirando paulatinamente para evitar síndrome de abstinencia y recaídas y el organismo tenga tiempo para ir ajustándose a la nueva situación sin medicación. Si se interrumpe el tratamiento pueden aumentar las probabilidades de recaída.

Los efectos secundarios de los antidepresivos suelen ser leves o moderados y generalmente no son de larga duración. Los más comunes son trastornos anticolinérgicos, cardiovasculares y sedantes (*Mejías y col, 2007*). En el caso de que estos efectos secundarios interfirieran en el desarrollo normal de las actividades del paciente o tengan una reacción inusual se debe acudir inmediatamente a consulta. Algunos de los efectos secundarios más comunes son dolor de cabeza, náuseas, insomnio y nerviosismo, inquietud, problemas sexuales, boca seca, estreñimiento o problemas de vejiga (*Instituto Nacional de Salud Mental*).

Es por todo esto que la depresión mayor es una de las principales causas de mala salud y discapacidad a nivel mundial, generando unos gastos de más de 1 billón de euros, no solo por los tratamientos y hospitalizaciones que supone, sino también por la pérdida de productividad debido al ausentismo laboral y de potencial de niños y jóvenes. Además estos pacientes tienden a prestar menos atención a su salud y a cumplir menos con las recomendaciones terapéuticas y médicas que las personas que no padecen trastornos depresivos. (*Oller-Canet y col, 2011*).

2. Concepto de adherencia

La definición del término adherencia acuñada por la OMS en el 2003 es “grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de los hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”. Esta definición se asemeja mucho a la dada por *Haynes et al* en el año 1976 para el término cumplimiento, aunque en el caso de la adherencia se precisa del consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas por el profesional sanitario pertinente, además de una colaboración activa, basada en la confianza y el diálogo (*Sabaté, 2003*) entre ambos a la hora de tomar decisiones que afecten a la salud directa del paciente. Estas son características que no engloba el término cumplimiento, ya que este simplemente hace referencia al hecho de acatar una orden, una actitud sumisa más propia de una relación paternalista en vez de una relación en la que ambas partes han decidido libremente tomar parte. Es precisamente esta participación del paciente la que hace que se prefiera la utilización del término adherencia en vez de cumplimiento. (*Dilla y col, 2009*).

Además el término adherencia debe referirse también a los hábitos de vida asociados al paciente y debe garantizarle a este un uso racional del medicamento, englobando por tanto el acto terapéutico en su totalidad. Por todas estas razones, se prefiere el término adherencia al de cumplimiento, ya que es más completo y el más adecuado (Vrijens y col 2012) y supone una mayor participación del paciente en el tratamiento al que se va a someter, pudiendo incluso haber podido participar de forma activa en la planificación del mismo (L. Martín, 2004).

La definición dada por la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) para el término **cumplimiento**, en ese caso como sinónimo de adherencia, es “el grado en el que el paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos”. Pero a la hora de analizar unos resultados clínicos, se aprecia que no solo es importante el cómo se toman los pacientes la medicación, sino por cuánto tiempo lo hacen. Es por esto que el mejor vocablo para esta situación es persistencia, ya que hace referencia también al tiempo que el paciente cumple con el tratamiento prescrito de manera continua en un periodo específico. (Dilla y col, 2009). Por lo tanto, y teniendo en cuenta estas definiciones, para que un paciente sea adherente tiene que ser a la vez cumplidor y persistente. Hay que tener en cuenta también el llamado periodo de gracia, periodo que tiene el paciente para ir a recoger la medicación y que puede variar según los casos. En el caso de que el paciente supere este periodo de gracia, será considerado como no persistente (Vrijens y col 2012).

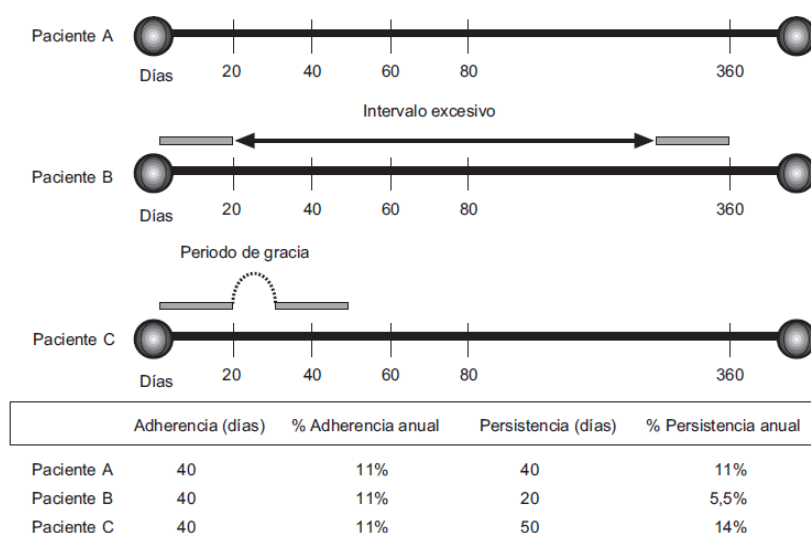


Figura 1. Definición de adherencia, persistencia y periodo de gracia. (Dilla y col, 2009)

Según la OMS, se calcula que la adherencia a los tratamientos de enfermedades crónicas en los países desarrollados es aproximadamente del 50%, cifra que desciende notablemente en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Esta falta de adherencia se considera un “problema mundial de gran magnitud” y es importante conocer las causas para poder poner en marcha medidas para solucionar el problema.

Las consecuencias más importantes derivadas de la falta de adherencia a los tratamientos son sobre todo clínicas y económicas, debido al aumento de la mortalidad o morbilidad de los pacientes no cumplidores. La importancia de estas consecuencias dependerá tanto del fármaco que se recete, así como la patología para la que está indicado.

Hay una relación directa entre la falta de adherencia y la aparición de peores resultados en salud. Se pueden dar dos casos diferentes de incumplimiento terapéutico: por un lado puede que nunca se haya empezado con el tratamiento, por lo que las consecuencias clínicas serán parecidas al curso natural de la enfermedad; y por otro lado puede que se haya iniciado el tratamiento y posteriormente se haya interrumpido. En este último caso, las consecuencias dependerán tanto de la patología como del fármaco implicado. Es importante conocer los tipos de incumplimiento terapéutico que hay, la afección y las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas del fármaco, ya que son los tres factores a tener en cuenta a la hora de determinar el impacto clínico de la falta de adherencia a un tratamiento.

En cuanto al impacto económico, es muy difícil de obtener unos buenos resultados, pero en la mayoría de los casos un incumplimiento terapéutico supone un incremento de los gastos. Estos gastos derivan del aumento de las hospitalizaciones, aumento de visitas a urgencias y ambulatorios, aumento de realización de pruebas diagnósticas invasivas y aumento de la mortalidad y morbilidad fundamentalmente, debido a las recaídas y rehospitalizaciones (*Dilla y col, 2009*). En el caso de la falta de adherencia al tratamiento de la depresión, las consecuencias son similares a las ya citadas, interfiere de forma negativa al trascurso de la enfermedad en cualquiera de sus etapas, supone un aumento de la mortalidad y un aumento de la carga de la enfermedad, así como un mayor riesgo de alteraciones del comportamiento secundarias al trastorno de la depresión y un mayor riesgo de que la enfermedad cronifique (*Luis Alvarado, 2010*).

III. OBJETIVOS

Los objetivos principales de este trabajo son:

- Saber cuál es la situación actual sobre la adherencia al tratamiento en la depresión y los factores que intervienen.
- Conocer los diferentes métodos de medición que se utilizan para obtener los resultados de adherencia y cumplimiento.
- Analizar algunos estudios ya realizados sobre este tema y plantear estrategias que deberían llevarse a cabo para mejorar en esta materia.

IV. METODOLOGÍA

La metodología para realizar este trabajo ha sido una búsqueda bibliográfica en artículos y revistas científicas, así como algunos libros relacionados con el tema, utilizando palabras clave como: depresión, adherencia, cumplimiento o métodos de medición.

Se ha realizado también una encuesta en oficina de farmacia a pacientes con tratamientos antidepresivos, utilizando como modelo el test de Morinsky-Green.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Adherencia al tratamiento de la depresión

Para que el tratamiento antidepresivo sea efectivo, es necesaria la elección correcta de la medicación a utilizar, de la dosis y de la duración del tratamiento. La duración no solo dependerá del tiempo en el cual se presenten síntomas de la patología, sino que se recomienda mantener el tratamiento antidepresivo al menos entre 6 meses y un año tras obtener respuesta en los trastornos depresivos (*Párraga y col, 2014*). Según algunos estudios realizados, la falta de adherencia al tratamiento de la depresión sería entre un 30-70% de pacientes en los 3 primeros meses, o entre el 10 y el 60%, dependiendo del tipo de estudio realizado para obtener los resultados (*Párraga y col, 2014; Oller-Canet y col, 2011*).

La falta de adherencia al tratamiento de la depresión se relaciona con una menor eficacia del tratamiento, el aumento de la persistencia de los síntomas, al igual que de recurrencias de la enfermedad y de la morbimortalidad, así como con un aumento de los costes del tratamiento y de los costes indirectos. El aumento de las recidivas de la enfermedad es un problema, ya que supone una dificultad para extrapolar los resultados obtenidos en los ensayos clínicos a la práctica habitual (*Párraga y col, 2014; Oller-*

Canet y col, 2011). En relación a los costes, una mala adherencia al tratamiento puede suponer un aumento de los gastos del Sistema Nacional de Salud debido a un aumento de las visitas a Urgencias, de los ingresos, un aumento en la toma de fármacos (para la depresión o para otras patologías que hayan podido aparecer como consecuencia de la mala adherencia), o un aumento de pruebas diagnósticas. Además también va a suponer una pérdida de capital el hecho de la utilización de una medicación que no se finaliza o que no es efectiva (Conthe y col, 2014).

1.1. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la depresión.

Los dos factores más importantes relacionados con la falta de adherencia al tratamiento de esta patología son la ausencia de respuesta terapéutica (ya que como se ha mencionado anteriormente, los efectos positivos del tratamiento empiezan evidenciarse entre la tercera y la cuarta semana) y la aparición de efectos secundarios (que pueden aparecer antes lo que efectos beneficiosos) (Párraga y col, 2014). Pero aparte de estos dos factores, existen otros muchos que se han relacionado con la falta de adherencia como las relaciones entre el paciente y los profesionales sanitarios, el régimen terapéutico, las características del trastorno que presente el paciente así como los aspectos psicosociales del mismo. Entre estos últimos, destacan las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control (variable de personalidad que representa la atribución que una persona lleva a cabo sobre si el esfuerzo que realiza es o no contingente a su conducta), la representación mental de la enfermedad y el apoyo social (Y. Ginarte y col, 2001). Además hay otros factores que hacen referencia al individuo, al tratamiento y a la relación con el equipo asistencial. En relación al individuo es importante tener en cuenta la raza, el sexo, el nivel de estudios, la aceptación de la enfermedad y las expectativas y probabilidades de curación, la situación económica y laboral y la calidad de vida. El número de fármacos que toma (tanto para la depresión, como para otras patologías), la vía de administración, el número de tomas, los efectos adversos y la tolerancia de estos, también son factores que va a influir en si un paciente es cumplidor o no de la medicación antidepresiva. Y por último, en cuanto a las relaciones con los profesionales sanitarios, son muy importantes la confianza, la accesibilidad, flexibilidad, continuidad y confidencialidad entre el paciente y el facultativo (Sotoca-Momblona y col, 2006).

1.2. Métodos de medición de la adherencia al tratamiento de la depresión

Hay varios métodos utilizados en la medición de la adherencia, que de forma general podemos clasificar en dos grupos. Directos e indirectos. Los métodos indirectos serían el recuento de comprimidos sobrantes, entrevista directa con el paciente, autocuestionario, control de la dispensación, sistemas de envases informatizados (frascos con tapa electrónica) y tener un control sobre la evolución del trastorno depresivo. Entre los métodos directos prácticamente solo se usa la determinación de las concentraciones plasmáticas del fármaco. Ninguno de ellos tiene una fiabilidad total, pero se debería tener especial cuidado con los métodos indirectos ya que el paciente podría modificar las respuestas y dar lugar a falsos positivos, pasando por un paciente cumplidor cuando realmente no lo es. Es útil la utilización combinada de diferentes métodos de medición, para poder comparar unos resultados con otros y poder obtener así una respuesta lo más parecida a la realidad posible (*Sotoca-Momblona y col, 2006*)

A la hora de medir la adherencia al tratamiento de la depresión, se han comprado varios de los métodos anteriormente mencionados, y se ha llegado a la conclusión de que un sistema de monitorización electrónico (MEMS), que cuenta los comprimidos dispensados, es lo más fiable. Después de este método, los informes del paciente sería el otro de mayor fiabilidad, mientras que la determinación de los niveles plasmáticos de fármaco sería un método de baja elección, ya que es complejo y no tan útil como los otros. En la práctica clínica, el cumplimiento autoinformado es un método útil según la guía NICE (*Sotoca-Momblona y col, 2006*).

Los más sencillos de los métodos de medida de adherencia son la entrevista directa con el paciente y el control de las recetas dispensadas en la oficina de farmacia, aunque con este último método tenemos la limitación de que suponemos que receta dada, medicación tomada, y no tiene por qué ser siempre así (*Oller-Canet y col, 2011*). En cuanto a las entrevistas con el paciente, existen diversos tipos de entrevista, como el test de Morinsky o de Haynes-Sackett (*Nogués y col, 2007*). El problema de estas entrevistas es que pueden dar falsos positivos, ya que el que un paciente acuda de forma regular a la oficina de farmacia a por su medicación no asegura que sea adherente, pero si no acude, si nos aseguramos que es no adherente, esto significa que el valor predictivo positivo de estos tests no es muy alto. Además pueden dar resultados diferentes para un mismo paciente, lo que indica falta de fiabilidad. A pesar de ellos las entrevistas directas al paciente son uno de los métodos que más se usan (*Sotoca-Momblona y col, 2006*).

El recuento de los comprimidos sobrantes sería un método más exacto que los anteriores, aunque por otra parte más complejo y aparatoso de realizar, ya que es necesaria la colaboración activa del paciente y del profesional sanitario. Permite comprobar que el paciente ha tomado la medicación requerida en el tiempo establecido, pero en contrapunto, pero no nos saber si ha seguido la pauta adecuada a la hora de hacerlo (*Sotoca-Momblona y col, 2006*).

En definitiva, aunque no hay un sistema gold standard para medir la adherencia al tratamiento de la depresión, lo ideal sería combinar la entrevista directa con el paciente, la valoración de los beneficios obtenidos con el tratamiento y el cumplimiento de la asistencia a las citas programadas (*Ferrer, 1996*).

2. Estudios realizados sobre el cumplimiento de los tratamientos antidepresivos

Se han realizados diferentes estudios para determinar el grado de cumplimiento de la terapia antidepresiva, y aunque los resultados son ligeramente diferentes según el tipo de estudio o los métodos de medida utilizados, se pueden obtener de ellos unas conclusiones comunes (*Párraga y col, 2013; Oller-Canet y col, 2011*). Aquí se analizan dos de los estudios realizados, con características de inicio dispares entre sí, y a comparar sus resultados.

2.1. Estudio observacional longitudinal prospectivo

En primer lugar se analiza un estudio observacional longitudinal multicéntrico y prospectivo con un período de duración de 6 meses, durante los cuales los pacientes fueron evaluados. La población sometida al estudio eran todos pacientes mayores de 18 años y la mayoría de los sujetos eran tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, lo que puede influir en el nivel de adherencia y en la aparición de ciertos efectos secundarios. Como en cualquier otro estudio, a los pacientes se les informó en qué consistiría y estos dieron su consentimiento informado. El esquema general del estudio fue el siguiente:

El ensayo inicia con 185 pacientes, a los 15 días se evalúa a 167 (90,3%), al mes a 155 (83,8%), a los 3 meses a 129 (69,7%) y a los 6 meses a 98 (53,0%) pacientes. Las diferencias estadísticamente significativas solo se observan entre los sujetos que fueron seguidos durante los 6 meses de duración del estudio y aquellos que lo abandonaron antes de tiempo en la proporción de pensionistas y en el número de problemas de salud.

Es importante destacar el hecho de que en la mayoría de estudios realizados en relación a la adherencia al tratamiento antidepresivo, solo tiene en cuenta factores socioeconómicos, sin prestar atención a otros que también pueden tener una relevancia importante. En este caso, se han tenido en cuenta una gran cantidad de factores diversos, tales como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el consumo de fármacos totales del paciente, si reciben otro tratamiento psicoterápico concomitante, si es pensionista y el número de veces que acude a la consulta de médico de familia.

Análisis bivalente del cumplimiento mediante el método de recuento de comprimidos			
Variables	Grupo de cumplidores n=77 (%)	Grupo de incumplidores n=90 (%)	p
Sexo (mujeres)	61 (79,2)	71 (78,9)	NS
Estado civil (casados o unión estable)	58 (74,7)	61 (67,8)	NS
Nivel de instrucción (estudios primarios)	56 (74,0)	61 (66,7)	NS
Clase social (I, II, III Y IV)	48 (62,7)	57 (63,2)	NS
Con antecedentes de trastornos depresivos	40 (51,9)	49 (54,4)	NS
Con consumo previo de antidepresivos	28 (40,0)	31 (35,6)	NS
Prescripción realizada por el médico de familia	70 (90,9)	76 (84,4)	NS
Con presencia de algún efecto adverso	28 (36,4)	41 (45,6)	NS
Cambio de antidepresivo o de dosis durante el seguimiento	26 (33,8)	36 (40,4)	NS
Prestación farmacéutica como pensionista	29 (37,7)	31 (34,4)	NS
No recibe tto psicoterapéutico concomitante	70 (90,9)	73 (82,0)	NS
Menos de 3 visitas al médico de familia en los últimos 3 meses	17 (25,4)	38 (57,6)	<0.001
Presenta menos de 3 problemas de salud	36 (46,8)	24 (26,7)	0,007
Consumo de menos de 4 fármacos no antidepresivos	45 (58,4)	66 (73,3)	0,042

Tabla 1. (Sacado de Párraga y col, 2014).

Algunas de las conclusiones obtenidas del estudio fueron que la edad media de las personas no cumplidoras del tratamiento era menor que las que sí que lo cumplían ($p=0,03$). Otros factores, además de la edad y el sexo, relacionados con una menor adherencia al tratamiento fueron haber realizado menos de 3 visitas al médico de familia en los 3 meses previos a la realización del estudio, presentar más de tres problemas de salud y consumir más de 4 fármacos no antidepresivos. Hay que tener en cuenta también que los resultados fueron diferentes en función del método de medición utilizado, aunque los resultados son coherentes con otros estudios realizados con anterioridad.

Evolución del cumplimiento terapéutico mediante los diferentes métodos de medida utilizados.				
Método de medida	Visita 15 días (n=167) % (IC=95%)	Visita 1 mes (n=155) % (IC=95%)	Visita 3 meses (n=129) % (IC=95%)	Visita 6 meses (n=98) % (IC=95%)
Test de Haynes-Sackett	6,0 (2,1-9,9)	6,5 (2,3-10,6)	5,4 (1,1-9,7)	5,1 (1,7-11,5)
Recuentos de comprimidos	48,5(40,6-56,4)	49,0 (40,8-57,2)	52,7 (43,7-61,7)	46,9 (36,5-57,3)
Test de Morinsky Green	33,5 (26,1-41,0)	30,3 (22,8-37,9)	30,2 (21,9-38,5)	28,6 (19,1-38,0)

Tabla 2.(Sacada de Párraga y col, 2014)

Excepto los resultados obtenidos por el test de Haynes-Sackett, por los otros tres métodos de medida se observa que el porcentaje de incumplimiento del tratamiento antidepressivo oscila entre un **30-50%**. Como cualquier estudio, este presenta algunas limitaciones que podrán comprometer la fiabilidad de los resultados, como pueden ser el alto porcentaje de abandonos y también el hecho de que los pacientes se sintieran controlados y observados, que ha podido influir en su comportamiento habitual frente a la medicación. (Párraga y col, 2014).

2.2. Estudio descriptivo transversal retrospectivo

El otro estudio que se analiza analizar es un estudio descriptivo transversal de datos retrospectivos. Los datos del estudio se obtuvieron de 212 pacientes que se escogieron aleatoriamente de una lista de pacientes que cumplían los criterios de inclusión, todos ellos mayores de 17 años diagnosticados de depresión. Las variables incluidas son: edad, sexo, fármaco antidepressivo que toma el paciente, recetas dispensadas y recetas recogidas en la oficina de farmacia en un año, número de fármacos que toma, si toma ansiolíticos, presencia de patología crónica. Se tuvo también en cuenta las visitas realizadas al médico de familia y a consulta psiquiátrica. El método de medida utilizado para la determinación del grado de adherencia al tratamiento antidepressivo fue la información obtenida sobre las prescripciones y las dispensaciones mediante la historia clínica informatizada. Se realizó la siguiente operación: n° recetas prescritas - n° recetas dispensadas en oficina de farmacia. Se considera paciente cumplidor a aquel que presenta una diferencia menos a 2 recetas en valor absoluto.

Características demográficas y clínicas de los pacientes		
	Frecuencia (n=212)	%
Mujeres	162	76,4
Menores de 65 años	112	52,8
Grupos terapéuticos		
ISRS	181	85,4
Duales (duloxetina/venlafaxina)	30	14,15
Tricíclicos	18	8,5
Mirtazapina/mianserina	14	6,6
Otros	14	6,6
Patología crónica registrada	143	67,5
En tratamiento con otros fármacos crónicos	179	84,4
Tomaban ansiolíticos	150	71,1
Visitado en el centro de salud mental	37	17,5

Tabla 3. (Sacada de Oller-Canet y col, 2011)

Dentro de los resultados de este estudio, donde la media de edad de los sujetos era de 63,2 años, se encuentra que un tercio de los pacientes fueron clasificados como no cumplidores. En porcentaje, entre un 10 y un 60% de los sujetos son no cumplidores. Los pacientes que mejor grado de adherencia presentan son las mujeres y más aquellas que tienen un nivel sociocultural y económico elevado, mientras que los peores resultados se obtuvieron en pacientes que recibían otros tratamientos para enfermedades orgánicas. El método de medición utilizado, como ya hemos dicho, fue el recuento de las recetas retiradas en la oficina de farmacia en comparación con las recetadas por el médico. Este es un método innovador, barato, indirecto y objetivo sin posibilidad de manipulación, aunque no se puede asegurar que una vez haya sido retirada la medicación de la oficina de farmacia esta haya sido administrada por el paciente, siendo esta la principal limitación del estudio. De este modo es posible que se haya sobreestimado el cumplimiento de los pacientes y por tanto la adherencia al tratamiento antidepressivo. Serán considerados cumplidores aquellos que retiren el 100% de las recetas con un margen de ± 2 .

Comparación entre pacientes cumplidores y no cumplidores				
		Cumplidores (total=140)	No cumplidores (total=72)	p
Sexo				
	Mujeres	78,60%	72,20%	0,302
	Varones	21,40%	27,80%	
Edad (años)				
	Menor de 65	54,30%	50,00%	0,554
	65 y más	45,70%	50,00%	
Patología crónica registrada				
	Ninguna	35,00%	27,80%	0,228
	Una o mas	65,00%	72,20%	
En tratamiento crónico con otros fármacos				
	No	20,00%	6,90%	0,013
	Sí	80,00%	93,10%	
Tomaban ansiolíticos				
	No	27,10%	32,40%	0,427
	Sí	72,90%	67,60%	
Visitado en el centro de salud mental				
	No	85,00%	77,80%	0,19
	Sí	15,00%	22,20%	

Tabla 4. (Sacada de Oller-Canet y col, 2011).

Al comparar estos porcentajes de cumplidores y no cumplidores con los porcentajes de los pacientes que solo eran tratados con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, no se han encontrado diferencias significativas. Esto se debe, muy probablemente, a las pocas personas tratadas con otros antidepresivos que no sean ISRS. Tampoco se encontraron diferencias significativas en relación al cumplimiento en personas tratadas con ISRS diferentes ni que estuvieran tratadas además con ansiolíticos. El seguimiento de pacientes, tanto en Atención Primaria como en Centros de Salud Mental, no reveló un aumento del cumplimiento con respecto a los pacientes no seguidos, ni tampoco el que haya un bajo cumplimiento parece suponer un aumento de las visitas.

Otro aspecto a tener en cuenta en este estudio es que los sujetos se han clasificado solo en dos categorías: cumplidores 100% y no cumplidores, pero dentro de los no cumplidores no se ha determinado el grado de cumplimiento de estas personas (Oller-Canet y col, 2011).

3. Estudio transversal realizado en oficinas de farmacia.

He realizado un estudio transversal observacional descriptivo, que mide a la vez la prevalencia y el efecto de la muestra poblacional en un solo momento temporal, para poder comparar los resultados con los de los estudios anteriormente citados (*Párraga y col, 2013; Oller-Canet y col, 2011*), ver si concuerdan o no y poder sacar mis propias conclusiones sobre la adherencia al tratamiento de la depresión. Este tipo de estudio permite estimar la magnitud y la distribución de una enfermedad en un momento dado.

El estudio se realizó en tres oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid en un periodo de 6 semanas, obteniendo una muestra de 25 sujetos. El método de medición utilizado fue el test de Morinsky Green, que fue complementado con algunas respuestas más completas por parte de los pacientes sobre su tratamiento antidepresivo.

- Resultados:

Test de Morinsky Green	SÍ n (%)	NO n (%)
¿Olvida alguna vez tomar la medicación para tratar su enfermedad?	11 (44)	14 (54)
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	22 (88)	3 (12)
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	2 (8)	23 (92)
Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomarla?	4 (16)	21 (84)

Tabla 5. Resultados del estudio transversal.

Del total de la muestra, el 64% fueron mujeres y el 36%, hombres. Las edades de mayor incidencia fueron de los 40 a los 50 años con un 40% de pacientes, seguida de los 50 a los 65 años, con un 28% de los sujetos. Estos resultados si son concordantes con los de los estudios de *Párraga y col, 2013; Oller-Canet y col, 2011*. Son generalmente las personas entre los 40 y los 65 años los que mejor siguen la pauta posológica, no olvidan tomar la medicación y en ningún caso dejan de tomarla y no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres a la hora de seguir adecuadamente el tratamiento antidepresivo, lo cual no coincide con los estudios anteriores (*Párraga y col, 2013; Oller-Canet y col, 2011*), donde son las mujeres las que tienen el mayor porcentaje de adherencia y con respecto a la edad, no había diferencias significativas.

Como se muestra en la tabla anterior, el 44% de los pacientes han olvidado tomar alguna vez la medicación para su enfermedad, por lo tanto no son adherentes. Este resultado concuerda con los resultados de falta de adherencia de los estudios ya analizados (*Párraga y col, 2013; Oller-Canet y col, 2011*), donde el porcentaje de no

adherencia se encontraba entre el 30-50% y el 10-60%, respectivamente. Hay que mencionar que el porcentaje de casos en los que se deja de tomar la medicación porque el paciente ya haya encontrado mejoría es bastante bajo (8%), al igual que el porcentaje de pacientes que dejan de tomarla por encontrarse mal (16%). Lo que sí podemos decir es que una de las principales causas por las que hubo pacientes que dejaron de tomar la medicación fue la aparición de algunos efectos adversos, como la sequedad de boca producida por la amitriptilina, que llevo a un 8% de los pacientes a cambiar de medicación. Otra de las causas más frecuentes que llevó a la interrupción del tratamiento, en un 16% de los casos, fueron los viajes, momentos en los cuales los pacientes dejaban de tomar la medicación. Hubo pacientes, que tras un largo tiempo habiendo sido tratados con antidepresivos, casi 20 años, siguen tomando la medicación correctamente cada día y afirman que son incapaces de dejar el tratamiento, aunque sus dosis han ido disminuyendo progresivamente a lo largo de los años. Los antidepresivos más demandados fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, destacando el escitalopram y la sertralina.

4. Medidas para mejorar la adherencia al tratamiento de la depresión

Debido a estos resultados, no muy prometedores, se hace necesario el desarrollo de una serie de estrategias para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento antidepresivo, prestando especial atención al sector de la población polimedcado (Oller-Canet y col, 2011). Las estrategias propuestas van orientadas en tres direcciones: las que pretenden modificar las creencias y actitudes, tanto del profesional sanitario como del paciente, en relación al concepto de adherencia y lo que este conlleva; las que están dirigidas a un cambio de mentalidad en el paciente en materia de salud, y por último las que pretenden una mejoría en el apoyo social al paciente en su entorno inmediato o integrándolo a grupos de autoayuda (Ginarte y col, 2001).

Es también muy importante detectar a tiempo una mala adherencia al tratamiento, para poder atajar el problema desde esta perspectiva, y no realizar cambios de dosis innecesarios o incorrectos, debidos a la falta de respuesta. Para obtener una adherencia correcta, las estrategias de mejora, anteriormente introducidas, deben de ponerse en marcha antes de comenzar el tratamiento. El paciente que se va a someter a esta medicación diaria debe estar preparado tanto a nivel cognitivo como conductual y emocional. Para ello el paciente necesita de habilidades, motivación e información.

(Sotoca-Momblona y col, 2006). Por lo tanto, paciente y profesional sanitario tienen que estar seguros y convencidos de iniciar la terapia antidepresiva. Por eso es preciso que el paciente reciba una educación previa a cerca de su patología y del tratamiento, lo que conlleva conocer principalmente: las causas que llevan al inicio de la terapia con antidepresivos, como es el régimen terapéutico implantado, la importancia de ser constante en el tratamiento y no fallar, la implicación que este tendrá en la vida cotidiana del paciente y los riesgos de no cumplir con la pauta prescrita.

4.1. Estrategias para aumentar la adherencia.

- Simplificación del régimen terapéutico.
- Consejos sobre cómo realizar el régimen terapéutico implantado y cómo poder adaptarlo al estilo de vida de cada uno de ellos.
- Educación y herramientas educativas a los pacientes en tratamiento
- Sesiones de apoyo en grupo.
- Realizar recordatorios al paciente por parte del profesional sanitario, tanto manuales como informatizados, de las citas que tenga con el médico y de sobre la toma de la medicación.
- Concienciar a la familia y amigos de la importancia de su implicación.
- Reconocer al paciente el esfuerzo realizado para conseguir la adherencia al tratamiento.

Además de las estrategias mencionadas, sería conveniente prescribir un tratamiento sencillo, con la menor cantidad de fármacos posibles y la menor toma de dosis que se pueda para que sean fáciles de cumplir. La utilización de pastilleros personalizados preparados por el profesional sanitario puede ser otra buena medida para ayudar al paciente que cumpla con la medicación, especialmente en aquellos que están polimedicados. Es importante también que se coordinen médicos, farmacéuticos y psicólogos para ayudar al paciente, informatizando la información de la que disponga cada uno y ponerla todos en común y tener un seguimiento completo. Estos profesionales de la salud deben realizar un control de la medicación de las personas sometidas a los tratamientos antidepresivos para poder identificar si hay fallos en el cumplimiento y si es así, analizar las causas de la falta de adherencia para poder poner medidas y solucionar el problema. Es aconsejable que, si el paciente cumple adecuadamente con el régimen establecido, sea recompensado y reciba un refuerzo

positivo, lo que le motivará a seguir por el mismo camino (*Sotoca-Momblona y col, 2006*).

VI. CONCLUSIÓN

La tendencia en la sociedad actual es que cada vez un mayor número de personas padecen un trastorno depresivo y son tratadas para esta patología. La adherencia a estos tratamientos antidepresivos es menor de la que cabría esperar, lo que supone una peor resolución de la enfermedad y un peor pronóstico, a la vez que un aumento de la morbimortalidad y de los gastos en salud debido a los ingresos y hospitalizaciones. Esta falta de adherencia puede deberse a diversos factores como el sexo, la edad, el nivel sociocultural, el seguimiento que se le realice al paciente tratado, si este está polimedicaado o no, y dependiendo de estos factores el nivel de adherencia será diferente.

Es importante que el paciente sea adherente a la medicación antidepresiva. Se han hecho diferentes estudios para comprobar el grado de adherencia de la población tratada, utilizando diferentes métodos de medición, directos e indirectos, que han revelado una adherencia por debajo de la deseada. Por eso es necesaria la puesta en marcha de diferentes estrategias para conseguir aumentar la adherencia al tratamiento antidepresivo y poder conseguir así la mayor eficacia posible. Estas estrategias se basan, principalmente, en la educación sanitaria, tanto del paciente como del profesional, en el seguimiento activo del tratamiento y en la simplificación del tratamiento lo máximo posible.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas. Fistera. 2003. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/depression.asp>
- Artiles, R y Lopez, S. Síntomas somáticos de la depresión. *Semergen*. 2009; 35(1):39-42.
- Conthe, P., Márquez Contreras, E., Aliaga Perez, A., Barrgán García, B., Fernández de Cano Martín, M.N., González Jurado, M et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp*. 2014; 216(6):336-44.
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria*. 2009; 41(6): 342-348.
- Ferrer V. Adherencia o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud: conceptos y factores psicológicos implicados. Universidad de las Islas Baleares: Departamento de psicología 1996:30-44.
- Ginarte, Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):502-5.
- Instituto Nacional de Salud Mental.
- Luis Alvarado, P. Adherencia al tratamiento de la depresión. *Trastor. ánimo*. 2010; 6(1):27-30.
- Martín, L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30 (4). Versión online.
- Mejías,C., Rodríguez-Pinilla,E., Fernández Martína, P y Martínez-Frías, M.L. Efectos adversos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el tercer trimestre de gestación y guías de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2007; 128(15):584-9.
- Nogués Solan, X., Sorli Redó, M.L., Villar García, J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. 2007; 24(3):138-41.
- Oller-Canet,S., Lacasta-Tintoret,D., Castro-Rodríguez, J.L.,García-Lecina,R., Flamaricg-Zampalo,D., et al. ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(5):288-93.
- Párraga,I., López-Torres,J., Del Campo J.M., Villena, A., Morena,S.,Escobar,F. Seguimiento de la adherencia al tratamiento antidepresivo en pacientes que inician su consumo. *Aten Primaria*. 2014; 46(7):357-66.
- Pérez, M. y García-Montes, J.M. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 2001; 13(3):493-510.
- Sabaté, E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Ginebra: World Health Organization. 2003.
- Sotoca-Momblona, J.M. y Codina-Jane, C. Cómo mejorar la adherencia al tratamiento. *Jano* 2006 (1.605):39-40.
- Vrijens, B., DeGeest, S., Hughes, D.A., Przemyslaw, K., Ruppar, T., et al. A new taxonomy for describing and defending adherence to medications. *J Clin Pharmacol*. 2012; 73(5):691-705