

Adherencia al Tratamiento Antidepresivo: Experiencia en Consultorio General Rural de San Pablo

Dr. Fernando Cubillos O.

*Médico en Etapa
de Destinación y Formación,
Consultorio San Pablo, Xª Región.*

Correspondencia a:
Fernando Cubillos Oyarzún
García Hurtado de Mendoza 805
Departamento 6, Osorno
E-mail: fcubillo@puc.cl

RESUMEN

Introducción: La depresión en Chile es un problema relevante y con alta demanda de atención en el nivel primario de salud. Por esta razón, se ha creado el Programa de Depresión en la Atención Primaria con el objeto de tratar a los pacientes en forma adecuada. Sin embargo, los que participamos en este Programa nos vemos enfrentados al bajo número de pacientes que finalmente completan el tratamiento. **Objetivos:** Conocer las características de los pacientes depresivos en la atención primaria y detectar las causas más frecuentes de abandono del tratamiento. **Material y Método:** Se obtuvieron datos de sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, episodio depresivo previo y tipo de medicamento indicado, regis-

trados en las cartolas de ingreso y control de los 85 pacientes ingresados al Programa de Depresión en el Consultorio Rural San Pablo durante el año 2003. Posteriormente, se realizó una encuesta sobre causas de abandono del tratamiento antidepresivo a pacientes con depresión moderada que no completaron el tratamiento. **Resultados:** 85 pacientes ingresaron al Programa durante el año 2003. 75 pacientes (88,2%) fueron clasificados como depresión moderada, 12 hombres y 63 mujeres. El 70,6% (53) abandonó el tratamiento (10 hombres y 43 mujeres). Dentro del grupo de pacientes que abandonaron, a mayor nivel educacional menor cantidad de pacientes. La mayoría fueron dueñas de casa y el porcentaje de empleados fue notoriamente mayor que en el grupo de pacientes que no abandonó. La mayoría de los pacientes en el grupo que abandonó tenía el antecedente de episodio depresivo anterior y estaba en tratamiento con amitriptilina. La encuesta se logró realizar al 83% de los pacientes depresivos moderados que abandonaron el tratamiento. Las causas de abandono más frecuentes fueron el "sentirse bien" y el "no tener tiempo para ir a los controles". **Conclusión y Discusión:** la mayoría de los análisis coinciden con lo ya descrito en la literatura, sin embargo, el tipo de población estudiada es muy diferente a la de otras investigaciones. Aunque fueron pocos los hombres que ingresaron al Programa, fueron en proporción los que más abandonaron, y, por lo tanto, habría que tener un mayor control y seguimiento en este grupo de pacientes.

Palabras claves: Depresión, adherencia, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de gran relevancia en la población general, con una prevalencia en mayores de 15 años de 7,5 a 10% en nuestro país¹. Por esta razón se han implementado diversos métodos de trabajo para poder detectar, diagnosticar y tratar a la mayor parte de estos pacientes, quienes consultan principalmente en el nivel primario de salud. El Programa de Depresión, implementado en nuestro sistema público de salud, es el encargado de llevar a cabo estas funciones, a través de redes de interacción entre el nivel primario y los niveles superiores de atención más especializados.

En nuestro centro de salud, Consultorio General Rural de San Pablo, el Programa de Depresión se ha ejecutado por medio del trabajo conjunto del equipo de salud, es decir, de manera multidisciplinaria y en concordancia a lo señalado en las Guías Clínicas de manejo en atención primaria. Por lo tanto, el programa acoge a todos aquellos pacientes mayores de 15 años que cumplan criterios diagnósticos de depresión según la Encuesta CIE-10. Los pacientes ingresados son clasificados según la severidad de la depresión en leve, moderada y severa. Los pacientes con depresión leve son tratados por el psicólogo del consultorio con psicoterapia individual y/o grupal, sin medicamentos antidepresivos. Los pacientes con depresión moderada reciben tratamiento asociado de psicoterapia y tratamiento farmacológico antidepresivo, indicado por el médico tratante y que retiran en forma gratuita en la farmacia de

nuestro consultorio. Los pacientes con depresión severa son derivados al nivel secundario para tratamiento y control por el especialista. Durante el año 2003 fueron ingresados al programa 85 pacientes, superando tanto las metas comunales como las dispuestas por nuestro Servicio de Salud correspondiente. Sin embargo, el gran problema con que nos vimos enfrentados los profesionales relacionados al programa fue el bajo número de pacientes que finalmente fueron dados de alta, temiendo encontrar en el futuro cifras elevadas de recurrencia y cronicidad en los pacientes no adherentes.

En la literatura se ha definido adherencia como la magnitud en que el paciente toma sus medicamentos de la manera que fueron prescritos². Se ha descrito que la adherencia dependerá de los "modelos personales de la enfermedad" que el paciente posee, es decir, el conjunto de actitudes, creencias y expectativas con respecto a la enfermedad y a su tratamiento. Estos modelos a su vez están determinados por los costos (económicos, efectos adversos) y beneficios (reducción de síntomas, mejoría funcional) que el paciente "pone en la balanza"³. El tiempo recomendado del tratamiento antidepresivo de un primer episodio es de mínimo 6 meses desde la remisión de los síntomas^{4,1}. La adherencia al tratamiento durante este período es esencial por su efecto protector sobre las recaídas y los episodios de recurrencia. Estudios han mostrado tasas de abandono de hasta un 68% en los tres primeros meses de tratamiento antidepresivo, según la población estudiada^{5,6}, y la discontinuación prematura del tratamiento se ha asociado a un aumento del 77% en el riesgo de recurrencia, aumentando potencialmente los costos de salud asociados al tratamiento^{5,7}. Lo interesante es descubrir el por qué de tan alto porcentaje de abandono o discontinuación del tratamiento antidepresivo. A pesar que la adherencia al tratamiento antidepresivo

ha sido señalado como un problema de gran magnitud en el manejo de esta patología, en términos de morbilidad e incapacidad, no ha sido objeto de gran estudio si lo comparamos a la vasta literatura de investigación relacionada a la efectividad de los medicamentos antidepresivos⁸.

Se han propuesto numerosos factores de riesgo o causas de no adherencia al tratamiento antidepresivo:

1. Tipo de tratamiento: A pesar de no haber diferencias significativas en la efectividad antidepresiva entre tricíclicos e ISRS⁹, estudios han mostrado que estos últimos tienen mejores tasas de adherencia que los antidepresivos tricíclicos¹⁰⁻¹². Esto puede explicarse por la menor tolerabilidad de estos medicamentos en comparación a los ISRS¹³. Por otro lado, se ha demostrado que pacientes manejados con farmacoterapia más psicoterapia tienen mejor adherencia y completan más el tratamiento que aquellos pacientes manejados sólo con monoterapia¹⁴.
2. Factores del paciente: Los pacientes con depresión han mostrado tener actitudes y creencias frente a los antidepresivos que disminuyen la confianza y en consecuencia la adherencia, como por ejemplo el nivel de estigma social percibido por el paciente al usar este tipo de medicamentos^{14,15}, el desconocimiento de las características globales del tratamiento y de los eventuales efectos adversos, entre otros. Para esto, se han planteado métodos efectivos que aumentan la adherencia de los pacientes al tratamiento, educando y entregando estrategias que cambian actitudes frente a la farmacoterapia y aumentan la confianza en el manejo de los efectos adversos¹⁶. Otros factores de riesgo descritos son la disminución de la memoria y la concentración⁵, la falta de dinero para costear el tratamiento^{5,11}, la falta de

un seguro de salud¹⁷, pobre red de apoyo social principalmente en el hogar¹¹. La edad no ha mostrado ser un predictor significativo de adherencia¹⁸. Otra razón, quizás una de las más importantes descritas en relación al tema, es el abandono prematuro del tratamiento antidepresivo porque el paciente refiere sentirse bien⁴.

3. Factores del médico: el pobre mensaje educativo entregado al paciente sobre la naturaleza de su depresión, las alternativas de tratamientos, duración efectiva del tratamiento, tiempo que pasará antes de sentirse mejor (que puede crear falso sentimiento de no efectividad) y posibles efectos adversos, ha sido descrito como un factor de riesgo importante de adherencia del paciente a su tratamiento^{5,2,11,19,20}. Se ha demostrado que la citación frecuente de controles y la información educativa aportada en ellos, ha mejorado la adherencia⁶, principalmente para revisar, corregir y reeducar la forma de tomar los medicamentos antidepresivos sobre todo en los pacientes que descontinúan porque olvidan u omiten las dosis y que finalmente abandonan¹⁹. A pesar de esto, aún hay discrepancias en el tipo de educación que puede entregarse a los pacientes. Por ejemplo no se han visto diferencias significativas en la adherencia al tratamiento, cuando se entrega material educativo escrito^{21,22}.

Otro punto importante a mencionar es que las razones de no adherencia o abandono varían según en el período de tratamiento en que el paciente se encuentre. En un estudio realizado por Demyttenaere et al⁴, reveló un 53% de abandono a los 6 meses de tratamiento y que de estos pacientes en el 55% la razón fue el sentirse mejor. Sin embargo, lo más interesante es que las razones fueron variando con las semanas de tratamiento: los pacientes que abandonaron por efectos adversos lo hicieron

a las 6,5 semanas de tratamiento como período promedio; por falta de eficacia, a las 7 semanas; por miedo a la dependencia de los medicamentos, a las 8 semanas; por creer que sus problemas se solucionaban sin drogas, a las 10,5 semanas; porque se sentían mejor a las 11 semanas. Nuevamente esto nos sugiere la importancia de mantener en control, educar y reeducar a nuestros pacientes en forma regular hasta el final del tratamiento.

Dado que el Programa de Depresión está inserto dentro de las prioridades de los planes de desarrollo comunal, es de gran importancia estudiar aquellos aspectos que puedan limitar el tratamiento integral y completo de los pacientes con este tipo de trastorno del ánimo, en nuestro centro de salud.

OBJETIVOS

- 1) Identificar las características de los pacientes ingresados al programa de depresión en nuestro consultorio durante el año 2003, estudiando las variables de edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de depresión, existencia de episodio depresivo anterior y medicamento antidepresivo indicado, con especial énfasis en aquellos pacientes con depresión moderada.
- 2) Conocer los principales factores de riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico, en los pacientes con depresión moderada que no completaron el tratamiento indicado por el médico tratante.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo.

La población estudiada correspondió a las personas ingresadas al Programa de Depresión durante el año 2003 en el Consultorio de San Pablo. Se buscaron

las cartolas de ingreso y control de todos los pacientes y registrándose en cada uno las siguientes variables:

- Edad: en años
- Sexo: femenino o masculino
- Escolaridad: Sin escolaridad, Básica (completa o incompleta), Media (completa o incompleta), Técnica (completa o incompleta), Universitaria (completa o incompleta)
- Estado Civil: Soltero (a), Casado (a), Conviviente, Separado (a), Viudo (a).
- Ocupación: Estudiante, Dueña de casa, Empleado (a), Profesional, Pensionado, Cesante, Otro.
- Tipo de Depresión: Leve, Moderada, Severa, según la CIE-10 cuya encuesta y clasificación fue tomada de la "Guía Clínica para la Atención Primaria: Detección, Diagnóstico y Tratamiento de Depresión".
- Etapa de tratamiento: Alta (completó el tratamiento), Aún en tratamiento, Abandono.

Se definió "abandono" a todo aquel paciente que dejó de asistir a controles con médico tratante y asumiéndose en consecuencia la suspensión del tratamiento farmacológico que necesariamente los pacientes deben retirar con receta en la farmacia del Consultorio, la cual es la única existente en el pueblo de San Pablo.

- Medicamento antidepresivo indicado: Fluoxetina, Amitriptilina, Imipramina y sin medicamento.
- Episodio depresivo anterior: sí o no.

Una vez obtenidos los datos, se realizó el análisis de frecuencia (porcentajes) a través del programa EXCEL, para obtener información sobre las características de los pacientes ingresados al Programa de Depresión y de aquellos ingresados específicamente por depresión moderada. Estos últimos son los pacientes de nuestro interés, puesto que su tratamiento es con medicamentos antidepresivos y en el nivel primario de salud. Para el análisis descriptivo desde

el punto de vista estadístico, se utilizaron test de comparación de proporciones para muestras independientes y test de comparación de medias en el caso de la variable edad, considerando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos abandono y no abandono con un $p < 0,05$. Para efectos de cálculo estadístico, algunas categorías debieron ser agrupadas (Tabla 2).

Posteriormente, se diseñó una encuesta sobre posibles factores de riesgo de no adherencia o causas de abandono del tratamiento antidepresivo. La encuesta fue diseñada basándose en las causas de no adherencia al tratamiento antidepresivo encontradas en la bibliografía estudiada, información previamente descrita, y con el propósito de ser sólo aplicada a los pacientes con depresión moderada ingresados al Programa en el año 2003 y que abandonaron el tratamiento, es decir, no completaron los 6 meses o 1 año (en caso de las recurrencias) de tratamiento farmacológico luego de la remisión de los síntomas. Los pacientes fueron ubicados durante un plazo de 3 meses a través de visitas domiciliarias, vía telefónica, mensajes en la radio local y listas con los nombres de los pacientes puestas en las paredes del consultorio, invitándolos a acercarse a nuestro centro de salud para participar en el estudio. A los pacientes que llegaron, se les aplicó la encuesta, cuyo inicio consistió en un consentimiento informado. Luego procedían a contestarla de manera individual. La encuesta aplicada se muestra en la Tabla 1.

RESULTADOS

Durante el año 2003 fueron ingresados al Programa de Depresión 85 pacientes, cuyas cartolas de ingreso y control fueron revisadas. El 85,9% (73) mujeres y el 14,1% (12) hombres. La edad promedio fue de 45,3 años. La frecuencia de pacientes con depresión leve, moderada y severa fue de 3,5% (3), 88,2% (75) y 8,2% (7) respectivamente.

ARTÍCULO ORIGINAL

Los pacientes con depresión moderada que ingresaron al programa fueron 75, 12 hombres y 63 mujeres. El 20% (15) de los pacientes con depresión moderada fueron dados de alta por completar tratamiento y el 9,3% (7) estaban aún en tratamiento al momento de la recolección de datos, mien-

tras que el 70,6% (53) abandonó el tratamiento (y por consiguiente los controles).

Las características de los pacientes en cuanto a sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, episodio depresivo anterior y tipo de medicamento indica-

do se resumen en la Tabla 2.

De los 53 pacientes con depresión moderada que abandonaron el tratamiento, se pudo ubicar al 83% (44), 7 hombres y 37 mujeres. Todos estuvieron de acuerdo en contestar la encues-

Tabla 1. Encuesta sobre factores de riesgo de no adherencia o causas de abandono al tratamiento antidepresivo en el Consultorio San Pablo, aplicada a pacientes con depresión moderada ingresados al Programa de depresión durante el año 2003 y que abandonaron el tratamiento

I. Consentimiento informado:

Para una mejor evaluación de la efectividad del programa de depresión en el consultorio san pablo, se realizará esta encuesta a participantes voluntarios.

Con esta información realizaremos un estudio sobre el tratamiento de la depresión en nuestro centro de salud. Estaríamos muy agradecidos de su participación.

----- Sí me gustaría participar en la encuesta
Entiendo que mi participación es voluntaria

----- No me gustaría participar en la encuesta

Nombre y firma:

II. Encuesta

1) De la siguiente lista marque el(los) factor(es) que influyeron en su decisión de dejar el tratamiento de su depresión. Puede marcar todas las que quiera.

- a) No tenía tiempo para ir a los controles
- b) Ya me sentía mucho mejor
- c) No tenía dinero para llegar al consultorio
- d) Vivo muy lejos del consultorio
- e) No me cambió el estado de ánimo
- f) Los medicamentos me producían molestias
- g) Me daba vergüenza que la gente supiera que tenía depresión
- h) Sentía que las pastillas no me solucionaban los problemas
- i) No quería tomar tantas pastillas
- j) No había hora con mi médico tratante
- k) Me atendían distintos médicos cada vez
- l) No había hora con psicólogo
- m) La consulta con el médico era muy corta
- n) No me sentí cómodo con el médico que me atendió
- o) No me sentí cómodo con el psicólogo que me atendió
- p) No habían medicamentos en farmacia
- q) Ninguna de las anteriores.

Si la razón de dejar el tratamiento de su depresión fue otra, por favor escríbala a continuación:

ta. Todos, incluso los pacientes sin escolaridad, sabían leer y escribir. Los 9 pacientes restantes no pudieron ser localizados dentro del plazo establecido. Las respuestas contestadas por los pacientes se muestran en la Tabla 3. Al analizar la distribución de las respues-

tas según el sexo, de los hombres que abandonaron el tratamiento y que contestaron la encuesta, el 71,4% contestó que se sentían mucho mejor, el 57,1% contestó que no tenían tiempo para ir a los controles, el 28,6% contestó que los medicamentos le produ-

cían molestias. De las mujeres que abandonaron el tratamiento y que contestaron la encuesta, el 56,8% contestó que se sentían mucho mejor, el 29,7% contestó que no tenían tiempo para ir a los controles, el 27% contestó que no querían tomar tantas pastillas.

Tabla 2. Características de los pacientes con depresión (todos los tipos) y depresión moderada, total, grupo abandono y no abandono (altas y aún en tratamiento), ingresados al programa durante el año 2003 en el Consultorio de San Pablo

Característica	Total pacientes depresión (leve+moderada+severa)		Total pacientes depresión moderada		Abandonos depresión moderada		No abandonos depresión moderada		P value
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	
Sexo									
- hombre	12	(14,1%)	12	(16%)	10	(18,9%)	2	(9,1%)	0,28
- mujer	73	(85,9%)	63	(84%)	43	(81,1%)	20	(90,9%)	0,33
- total	85	(100%)	75	(100%)	53	(100%)	22	(100%)	
Edad promedio± DS (años)	45,3 ± 15,1		45,8 ± 15		45,8 ± 15		45,3 ± 15,8		0,73
Escolaridad									
- sin escolaridad o básica	54	(63,5%)	48	(64%)	33	(62,2%)	15	(68%)	0,62
- media	23	(27,1%)	20	(26,7%)	16	(30,2%)	4	(18,2%)	0,28
- técnica o universitaria	7	(8,2%)	7	(9,3%)	4	(7,5%)	3	(13,6%)	0,005
Estado Civil									
- soltero o separado	26	(30,6%)	25	(33,3%)	17	(32,1%)	8	(36,4%)	0,73
- casado o conviviente	47	(55,3%)	40	(53,3%)	29	(54,7%)	11	(50%)	0,69
- viudo	12	(14,1%)	10	(13,3%)	7	(13,2%)	3	(13,6%)	0,9
Ocupación									
- estudiante	4	(4,7%)	4	(5,3%)	2	(3,8%)	2	(9,1%)	
- dueña de casa	56	(65,9%)	49	(65,3%)	33	(62,3%)	16	(72,7%)	
- empleado	16	(18,8%)	6	(7,1%)	13	(24,5%)	1	(4,5%)	
- profesional	1	(1,2%)	14	(18,7%)	1	(1,9%)	0	(0%)	
- pensionado (jubilado)	1	(1,2%)	1	(1,3%)	1	(1,9%)	0	(0%)	
- cesante	1	(1,2%)	1	(1,3%)	0	(0%)	1	(4,5%)	
- otro (particular)	1	(1,3%)	5	(6,7%)	3	(5,7%)	2	(9,1%)	
Episodio Depresivo Anterior									
- sí	51	(60%)	42	(56%)	32	(60,4%)	10	(45,5%)	0,17
- no	33	(38,8%)	32	(42,7%)	20	(37,7%)	12	(54,5%)	0,17
- sin dato	1	(1,2%)	1	(1,3%)	1	(1,9%)	0	(0%)	
Tipo de Medicamento Indicado									
- amitriptilina	40	(47,1%)	39	(52%)	30	(56,6%)	9	(40,9%)	
- fluoxetina	33	(38,8%)	31	(41,3%)	19	(35,8%)	12	(54,5%)	
- amitriptilina + fluoxetina	5	(5,9%)	4	(5,3%)	3	(5,7%)	1	(4,5%)	
- imipramina + fluoxetina	1	(1,2%)	1	(1,3%)	1	(1,9%)	0	(0%)	
- sin medicamento	6	(7,1%)	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)	

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 3. Frecuencia de respuestas contestadas en la encuesta sobre factores de riesgo de no adherencia o causas de abandono al tratamiento antidepresivo

Causas de abandono	Nº (%) de personas que la contestaron* n = 44	Nº (%) de hombres que la contestaron* n = 7	Nº (%) de mujeres que la contestaron* n = 37
Ya me sentía mucho mejor	26 (59,1%)	5 (71,4%)	21 (56,8%)
No tenía tiempo para ir a los controles	15 (34,1%)	4 (57,1%)	11 (29,7%)
No quería tomar tantas pastillas	11 (25%)	1 (14,3%)	10 (27%)
No había hora con mi médico tratante	10 (22,7%)	1 (14,3%)	9 (24,3%)
Vivo muy lejos del consultorio	8 (18,2%)	1 (14,3%)	7 (18,9%)
Sentía que las pastillas no me solucionaban los problemas	8 (18,2%)	0 (0%)	8 (21,6%)
Los medicamentos me producían molestias	7 (15,9%)	2 (28,6%)	5 (13,5%)
Me daba vergüenza que la gente supiera que tenía depresión	7 (15,9%)	0 (0%)	7 (18,9%)
No me cambió el estado de ánimo	4 (9,1%)	0 (0%)	4 (10,8%)
No tenía dinero para llegar al consultorio	3 (6,8%)	1 (14,3%)	2 (5,4%)
No me sentí cómodo con el psicólogo que me atendió	3 (6,8%)	1 (14,3%)	2 (5,4%)
La consulta con el médico era muy corta	2 (4,5%)	0 (0%)	2 (5,4%)
Me atendían distintos médicos cada vez	1 (2,3%)	0 (0%)	1 (2,7%)
Ninguna de las anteriores. Contestó otra respuesta	1 (2,3%)	0 (0%)	1 (2,7%)
No había hora con el psicólogo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
No me sentí cómodo con el médico que me atendió	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
No habían medicamentos en farmacia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

* La sumatoria de los porcentajes no es 100. Esto se debe a que los pacientes podían elegir una o más causas de abandono. La distribución según porcentaje muestra el número de personas que eligieron dicha causa de abandono en relación al total de personas de cada grupo.

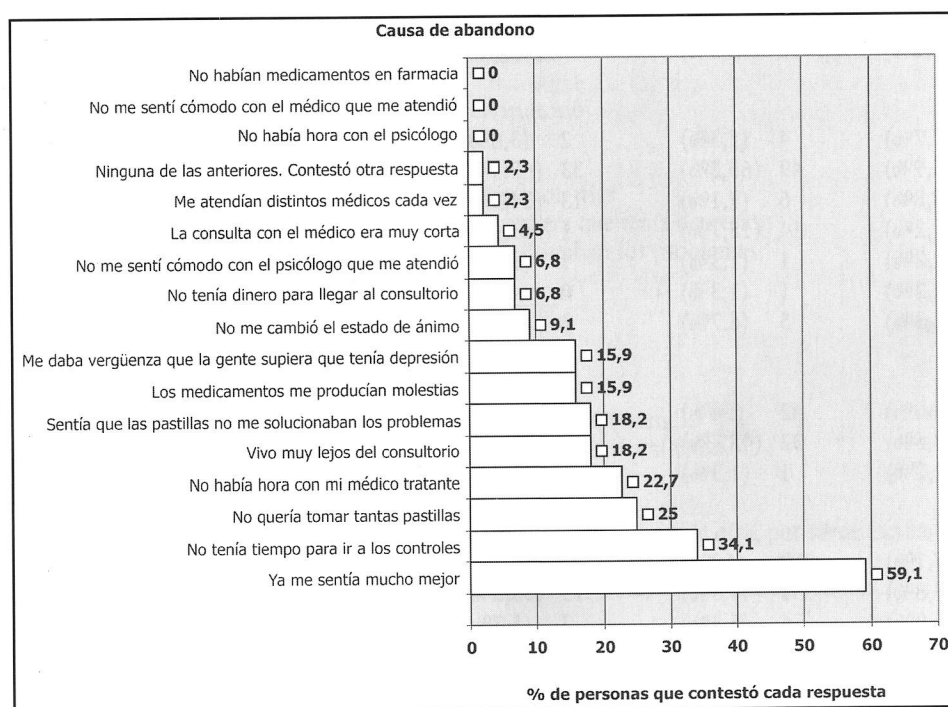


Gráfico 1. Causas de abandono en la población encuestada.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes ingresados al Programa de Depresión en el Consultorio de San Pablo correspondieron a mujeres, en la edad media de la vida, con criterios de clasificación de depresión moderada. Las características de mayor frecuencia en los pacientes fueron la ocupación como dueña de casa, nivel de escolaridad básica (completa o incompleta), estado civil casado, con antecedentes previos de episodio depresivo. El tratamiento que más se indicó fue amitriptilina.

Al analizar los promedios de edad de los pacientes con depresión moderada que abandonaron el tratamiento y los que no lo hicieron, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto concuerda con los resultados obtenidos en el trabajo de Maidment et al¹⁸, en el que la edad no fue un predictor significativo de adherencia al tratamiento antidepressivo.

El porcentaje de hombres dentro del grupo de pacientes con depresión moderada que abandonaron el tratamiento (18,9%), es aproximadamente el doble que el porcentaje de hombres, dentro del grupo de los pacientes con depresión moderada, que no abandonaron el tratamiento (9,1%). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La cantidad de hombres ingresados al Programa de Depresión durante el año 2003 fueron 12 pacientes. Todos correspondían a depresiones moderadas. En este estudio se pudo observar que la mayoría (83,3%) abandonó el tratamiento antidepressivo, es decir, 10 de los 12 pacientes varones ingresados.

En ambos grupos, abandono y no abandono, se observó que a mayor nivel educacional menor número de pacientes. Sólo hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos al evaluar la categoría escolaridad técnica o universitaria.

La mayoría de los pacientes con depresión moderada que abandonaron el tratamiento, refirieron haber tenido un episodio previo de depresión. Por otro lado, en el grupo de no abandono, la mayoría de los pacientes no habían tenido episodios depresivos previos. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Con respecto a la ocupación de los pacientes con depresión moderada, la más frecuente fue dueña de casa, tanto en el grupo de pacientes que abandonaron como en el que no lo hicieron. En el grupo que abandonó, el porcentaje de empleados fue notoriamente mayor que en el grupo que no abandonó. Para la variable ocupación sólo se realizó una descripción de la distribución según porcentajes, por no ser adecuado hacer cálculos estadísticos con tantas categorías y con el tamaño muestral existente.

El porcentaje de pacientes depresivos moderados en el grupo de abandono que usaba amitriptilina era mayor que el que usaba fluoxetina. En el grupo de no abandono ocurrió lo contrario, teniendo la fluoxetina un mayor porcentaje de uso. Visto desde otro punto de vista, de los pacientes con depresión moderada en tratamiento con amitriptilina (39), el 76,9% abandonó el tratamiento, y por otro lado de los que estaban en tratamiento con fluoxetina (31), el 61,3% abandonó. Con esta variable tampoco fue adecuado evaluar significancia estadística entre ambos grupos y sólo se describió la distribución según porcentajes.

Al analizar las encuestas realizadas, la causa más frecuente de abandono del tratamiento fue que el paciente "ya se sentía mejor" (59,1% de los encuestados). Otras respuestas frecuentes fueron "no tenía tiempo para ir a los controles" (34,1%), "no quería tomar tantas pastillas" (25%), "no había hora con el médico tratante" (22,7%). Al analizar el tipo de respuesta según sexo del pacien-

te encuestado, vemos que en ambos sexos las 2 causas más frecuentes de abandono fueron las mismas en ambos grupos: "ya se sentía mejor" (71% de los hombres y 57% de las mujeres) y "no tenía tiempo para ir a los controles" (57% de los hombres y 30% de las mujeres).

DISCUSIÓN

Este estudio ha sido realizado con el objeto de conocer a nuestros pacientes depresivos y aquellos factores que puedan influir en la adherencia al tratamiento. Aunque la mayoría de los análisis coinciden con lo ya descrito, me parece importante valorar el tipo de población estudiada en esta investigación, correspondiente a pacientes de *atención primaria* y por otro lado en un Consultorio General Rural, donde las condiciones sociales, económicas, demográficas y culturales son muy diferentes a las de otras poblaciones estudiadas.

En este estudio se observó que los pacientes con depresión moderada que abandonaron el tratamiento, habían tenido en su mayoría al menos un episodio depresivo previo. A pesar que la diferencia con respecto al grupo de no abandono no fue significativa, estudios de seguimiento a personas tratadas por depresión, han revelado hasta un 20% de recurrencia¹.

Considero importante señalar que se observó un mayor porcentaje de pacientes adherentes al tratamiento con fluoxetina que con amitriptilina. En el análisis del tipo de medicamento indicado no fue adecuado realizar cálculos estadísticos, debido al tamaño muestral y al número de categorías presentes en la variable, sin embargo, en la literatura existente, estudios han mostrado tasas de adherencia mejores con los ISRS que con los antidepressivos tricíclicos¹⁰⁻¹².

A pesar que todos los pacientes con

ARTÍCULO ORIGINAL

depresión leve y moderada debieron estar con psicoterapia, la realización o no de esta variable no se consideró como parte del estudio de caracterización de los pacientes, debido a la irregularidad con que dicha actividad se llevó a cabo durante el año 2003. No obstante me parece que es un punto importante para ser evaluado en futuros estudios.

Con respecto a los factores de riesgo de no adherencia o causas de abandono de los pacientes a sus tratamientos antidepresivos, la encuesta realizada en este trabajo detectó que la causa más frecuente de abandono fue el sentirse bien, seguido por no tener tiempo para ir a los controles. En la literatura disponible también se han descrito diferentes causas de abandono, siendo una de las más importantes el sentirse bien⁴.

No quisiera dejar de mencionar el hecho que la mayoría de los hombres consultantes abandonaron el tratamiento. Este punto es muy importante puesto que si bien el programa acoge a un mayor número de mujeres y son pocos los hombres consultantes, es en ellos en los que habría que tener un mayor control y seguimiento, quizás con horarios de atención más compatibles con su jornada laboral. Frente a esto podemos inferir diferentes hipótesis que posiblemente sean de importancia para una futura investigación. San Pablo corresponde a una Comuna, ubicada en la Provincia de Osorno, con una población de 10.162 habitantes (Censo 2002) y 8.530 pacientes inscritos a la fecha usuarios del sistema público de salud, dispersos en un área fundamentalmente rural, con transporte limitado y zonas de difícil acceso, lo que dificulta la consulta en nuestro centro de salud. Los hombres trabajan en su gran mayoría, como empleados en actividades agrícolas y ganaderas, con horarios muchas veces extensos y en campos alejados de la villa donde está ubicado el Consultorio. Por lo tanto es comprensible pensar que la segunda respuesta más contesta-

da en la encuesta fuera el no tener tiempo para ir a los controles y que la ocupación como empleado haya tenido un porcentaje bastante mayor dentro del grupo de los que abandonaron el tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al doctor Gonzalo Valdivia Cabrera, Jefe del Departamento de Salud Pública, de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su colaboración en el análisis estadístico de los datos.

Gracias por la colaboración aportada en esta investigación al personal del Consultorio San Pablo, especialmente al personal del SOME, secretarías y choferes, quienes ayudaron a la búsqueda y citación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- VEGA J, MUÑOZ M G, GEORGE M, MONREAL V. Guía Clínica para la Atención Primaria. La Depresión. Detección, Diagnóstico y Tratamiento. Ministerio de Salud.
- 2.- NEMEROFF C. Improving Antidepressant Adherence. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 18): 25-30.
- 3.- DELGADO P. Approaches to the Enhancement of Patient Adherence to Antidepressant Medication Treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (suppl 2): 6-9.
- 4.- DEMYTENAERE K, ENZLIN P, DEWÉ W, et al. Compliance with Antidepressants in Primary Care Setting, 1: Beyond Lack of Efficacy and Adverse Events. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 22): 30-33.
- 5.- BUCCI K, POSSIDENTE C, TALBOT K. Strategies to improve medication adherence in patients with depression. *Am J Health-Syst Pharm* 2003; 60: 2601-5.
- 6.- BULL S, HU X H, HUNKELER E, et al. Discontinuation of Use and Switching of Antidepressants. Influence of Patient-Physician Communication. *JAMA* 2002; 288: 1403-9.
- 7.- MELFI C, CHAWLA A, CROGHAN T, et al. The effects of adherence to antidepressant treatment guideline relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(12): 1128-32.
- 8.- PAMPALLONA S, BOLLINI P, TIBALDI B, et al. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 104-9.
- 9.- GEDDES J, FREEMANTLE N, MANSON J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004.
- 10.- BARBUI C, HOTOPF M, FREEMANTLE N, et al. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs) (Cochrane Review). *The Cochrane Library* Issue 3, 2004.
- 11.- KELLER M, HIRSCHFELD R, DEMYTENAERE K, et al. Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17: 265-71.
- 12.- THOMPSON C, PEVELER R, STEPHENSON D, et al. Compliance With antidepressant Medication in the Treatment of Major Depressive Disorder in Primary Care: A Randomized Comparison of Fluoxetine and Tricyclic Antidepressant. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 338-43.
- 13.- GUAIANA G, BARBUI C, HOTOPF M. Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression (Cochrane Review). *Cochrane Library*, Issue 3, 2004.
- 14.- EDLUND M, WANG P, BERGLUND P, et al. Dropping Out of Mental Health Treatment: Patterns and Predictors Among Epidemiological Survey Respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 845-51.
- 15.- SIREY J, BRUCE M, ALEXOPOULOS G, et al. Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as

- Predictors of Antidepressant Drug Adherence. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (12): 1615-20.
- 16.- LIN E, VON KORFF M, LUDMAN E, et al. Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25 (5): 303-10.
- 17.- GREENFIELD S, REIZES J M, MUENZ L, et al. Treatment for Depression Following the 1996 National Depression Screening Day. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1867-9.
- 18.- MAIDMENT R, LIVINGSTON G, KATONA C. "Just keep taking the tablets": adherence to antidepressant treatment in older people in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 752-7.
- 19.- BULTMAN D, SVARSTAD B. Effects of Pharmacist Monitoring on Patient Satisfaction With Antidepressant Medication Therapy. *J Am Pharm Assoc* 2002; 42 (1): 36-43.
- 20.- BULTMAN D, SVARSTAD B. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Counsel* 2000; 40: 173-85.
- 21.- VERGOUWEN A, BAKKER A, KATON W, et al. Improving to Antidepressants: A Systematic Review of Interventions. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (12): 1415-20.
- 22.- PEVELER R, GEORGE C, KINMONTH AL, et al. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *Br Med J* 1999; 319: 612-5.