

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

## TÍTULO

*Adherencia terapéutica y efectos adversos al mes de iniciado un psicofármaco. Un estudio descriptivo.*

TESIS QUE PRESENTA  
**DR. TOMÁS EFRÉN HOLGUÍN MENDOZA**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA

ASESOR: **DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTORA  
DIANA G. MENEZ DÍAZ  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR  
MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN.  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

DOCTOR  
MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
ASESOR DE TESIS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

**AGRADECIMIENTOS:**

**Dr. FELIPE VÁZQUEZ**

**DRA. IRMA CORLAY**

**DRA. PATRICIA MORALES**

**DRA. ELIA MAGALLANES**

**DR. DAVIS COOPER**

**A MIS COMPAÑERAS DE GENERACIÓN**

**A MIS EX R4**

**A MIS ACTUALES R3, R2 Y R1**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.</b> ....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b> ....	<b>7</b>
<b>MÉTODO.</b> ....	<b>10</b>
<b>RESULTADOS.</b> ....	<b>12</b>
<b>CONCLUSIONES.</b> ....	<b>50</b>
<b>DISCUSIÓN.</b> ....	<b>50</b>

## RESUMEN.

**Introducción.** Desde que los fármacos psicotrópicos fueron introducidos en la práctica clínica se ha acumulado una gran cantidad de información sobre sus posibles beneficios y efectos indeseables. Sin embargo, todavía queda mucho por aprender sobre ambos aspectos del tratamiento psicotrópico.

Aproximadamente la mitad de los pacientes, ya sea de escenarios psiquiátricos o del primer nivel de atención, no se adherirán al tratamiento psicofarmacológico.

**Tipo de estudio.** Se realizó un estudio descriptivo transversal.

**Objetivos.** Estudiar la prevalencia de la adherencia terapéutica y de efectos secundarios al iniciarse un tratamiento psicofarmacológico, relacionadas entre sí y con otras variables sociodemográficas, en una muestra de pacientes con enfermedades mentales que tienen la característica de ser portadores de otras enfermedades médicas, así como de múltiples esquemas farmacológicos.

**Resultados.** La prevalencia registrada para la adherencia terapéutica fue de 79%. La prevalencia registrada para la presencia de efectos secundarios fue de 94%. Una calificación de 2 (interferencia moderada) por parte de los pacientes en la escala de efectos secundarios UKU estaba significativamente asociado a abandono terapéutico. ( $p < 0.000$ ).

**Discusión.** presentar efectos secundarios al tratamiento psicofarmacológico que interfieran en un grado significativo con el funcionamiento diario del paciente influye de manera importante para que un paciente abandone su tratamiento psicofarmacológico, principalmente cuando se es adulto mayor y/o cuando se inicia el tratamiento por primera vez en la vida del sujeto

<b>1. Datos del alumno (autor).</b>	
Apellido paterno:	Holguín
Apellido materno:	Mendoza
Nombre:	Tomás Efrén
Teléfono:	55 88 93 69
Celular:	55 44 87 28 12
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Medicina
Especialidad:	Psiquiatría
No. cuenta:	510211075
<b>2. Datos del asesor.</b>	
Apellido paterno:	Vázquez
Apellido materno:	Estupiñán
Nombre:	Felipe de Jesús
<b>3. Datos de la tesis.</b>	
Título:	Adherencia terapéutica y efectos adversos al mes de iniciado un psicofármaco. Un estudio descriptivo.
N. páginas:	103
Año:	2013
NÚMERO REGISTRO:	R-2013-3601-55

## INTRODUCCIÓN.

Desde que los modernos fármacos psicotrópicos fueron introducidos en la práctica clínica se ha acumulado una gran cantidad de información sobre sus posibles beneficios y efectos indeseables. Sin embargo, todavía queda mucho por aprender sobre ambos aspectos del tratamiento psicotrópico. Los investigadores y clínicos se han interesado primordialmente en la efectividad terapéutica de tales drogas, desarrollando un gran número de escalas de evaluación del estado clínico del paciente en diferentes fases del tratamiento. Aunque existe también considerable interés en los efectos adversos de estas drogas, especialmente los más serios como la discinesia tardía, han sido diseñados relativamente pocos instrumentos manejables, estandarizados y fiables que aborden esta cuestión.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

De acuerdo a los resultados del estudio *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR D)*<sup>5</sup>, los trastornos depresivo pueden ser difíciles de tratar. En efecto, después de la exposición a cuatro diferentes niveles de tratamiento u opciones de intervención, aproximadamente un tercio de los pacientes en este estudio (el mayor en su tipo) nunca alcanzaron la remisión.

En poblaciones psiquiátricas, Bamnauer (2007)<sup>6</sup>, en 2 405 sujetos encontró una falta de adherencia antidepresiva inmediata en un 13% y a los 6 meses del 49%; Yeh (2008)<sup>7</sup>, en 181 sujetos reportó una falta de adherencia terapéutica del 50%; Sawada (2009)<sup>8</sup>, en 367 sujetos registró una falta de adherencia a los antidepresivos a los 6 meses de un 55.7%; Shigemura (2010)<sup>9</sup>, en 1 151 sujetos encontró un estatus de baja adherencia al antidepresivo en un

33.1%; y Lee (2010)<sup>10</sup>, en 76 sujetos reportó una falta de adherencia al antidepresivo al mes de seguimiento de un 48.1%. Trivedi et al<sup>11</sup> indica que solo del 25 al 50% de los pacientes con depresión mayor se adhieren al tratamiento.

En poblaciones del primer nivel de atención, los investigadores reportan las siguientes prevalencias de no adherencia para antidepresivos: Demyttenaere (2001)<sup>12</sup>, con una falta de adherencia a los 6 meses del 53%; Hansen (2004)<sup>13</sup>, del 33.6% en los primeros 6 meses; Cantrell (2006)<sup>14</sup>, del 57% a los 6 meses; Akincigil (2007)<sup>15</sup>, del 49% a los 4 meses; Bambauer (2007)<sup>16</sup>, una falta de adherencia inmediata del 18% y a los 6 meses del 53%; Hansen (2007)<sup>17</sup>, del 25.2% a los 6 meses; Sheehan (2008)<sup>18</sup>, del 67.4% al 87.6% a los 6 meses, dependiendo del antidepresivo; Vanelli (2008)<sup>19</sup>, del 38.8% en los primeros 30 días en aquellos que nunca habían tomado un antidepresivo; Kennedy (2008)<sup>20</sup>, del 5.4%; Hrique (2009)<sup>21</sup> reportó una falta de adherencia del 58.1% a los 6 meses; Bulloch (2010)<sup>22</sup>, del 45.9% en un mes cualquiera de tratamiento antidepresivo; Serna (2010)<sup>23</sup>, del 56% a los 4 meses; y Fortney (2011)<sup>24</sup>, del 12.2% a los 6 meses.

Estos hallazgos indican que aproximadamente la mitad de los pacientes, ya sea de escenarios psiquiátricos o del primer nivel de atención, no se adherirán al tratamiento antidepresivo.

En los estudios de Kennedy y Fortney, mencionados anteriormente, las proporciones de no adherencia fueron sorpresivamente bajas, de 5.4% y 12.2%, respectivamente. Ambas proporciones bajas sucedieron en poblaciones clínicas cubiertas por programas de salud del gobierno (p. ej., la Administración de Veteranos, beneficiarios del Medicare). Esta desviación

de los hallazgos generales requiere eventual investigación (p. ej., ¿los seguros de bajo costo o sin costo, mejoran la adherencia antidepresiva?).<sup>25</sup>

Tal parece ser que existe un amplio rango de razones por las cuales los pacientes descontinúan los antidepresivos prematuramente. Bulloch y Patten encontraron que el simple olvido era la principal razón de la no adherencia. Fortney et al encontraron que los efectos secundarios eran la razón más comúnmente reportada para la discontinuación del antidepresivo. Kennedy et al descubrieron que la baja adherencia estaba asociada con los altos costos del medicamento, por ser medicamentos que no cubría el seguro, y la percepción del paciente de que la medicación no era necesaria, así como los miedos de los pacientes a los efectos secundarios. Disuasorios para la adherencia también podrían incluir la disfunción sexual inducida por los medicamentos<sup>26</sup>; el temor en los pacientes de que tomar antidepresivos por mucho tiempo les impedirá posteriormente suspenderlos, y preocupaciones de que los antidepresivos puedan alterar la personalidad<sup>27</sup>, la creencia en el paciente de que el antidepresivo realmente no solucionara sus problemas<sup>28</sup>; el inicio retardado de las acciones terapéuticas del medicamento<sup>29</sup>; pobre instrucción por parte del clínico sobre el antidepresivo<sup>30</sup>; características específicas de la personalidad de los pacientes, tales como extroversión<sup>31</sup> y/o *Cluster B*<sup>32</sup> u síntomas de otros trastornos de personalidad<sup>33</sup>; abuso de sustancias; el temor de volverse adicto al medicamento<sup>34</sup>; ser portador de una depresión de leve intensidad<sup>35</sup>; esquemas de dosificación para el medicamento complicados<sup>36</sup>; falta de seguimiento por parte del clínico; y pobre motivación del paciente.

En este estudio buscamos determinar y estimar la adherencia que existe a un nuevo tratamiento psicofarmacológico y los efectos secundarios que se presentan, así como describir las variables clínicas y sociodemográficas de nuestra muestra.

Al realizar este estudio obtendremos un panorama general del comportamiento de estos dos fenómenos, tanto de la adherencia terapéutica cuando recién se inicia un tratamiento psicofarmacológico como de la presencia de efectos secundarios, en relación a las variables clínicas y sociodemográficas de nuestra muestra. Y finalmente, sabremos si varían en relación a lo registrado en otros estudios y partes del mundo.

Los objetivos concretos de nuestro estudio fueron, estimar la prevalencia de la adherencia terapéutica y los efectos secundarios de una nuestra muestra de estudio al mes de iniciado un nuevo tratamiento psicofarmacológico en pacientes con enfermedad mental, a la vez que se describen las variables clínicas y sociodemográficas de esta muestra poblacional.

## **MÉTODO.**

Nuestro estudio es, un estudio epidemiológico de tipo cuantitativo, descriptivo relacional, observacional, prospectivo y transversal.

Se realizó del 1.º de marzo al 30 de abril del 2013 con una muestra por conveniencia, es decir, se consideraron a todos aquellos pacientes que iniciaban un nuevo tratamiento psicofarmacológico indicado por un médico psiquiatra de la consulta externa de psiquiatría del

Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de México, D.F. (área urbana).

Se incluyeron para el estudio a todos aquellos pacientes que cumplieran los siguientes requisitos: a) pacientes que tuvieran un diagnóstico psiquiátrico, b) pacientes que iniciaran con un nuevo esquema de tratamiento psicofarmacológico.

Se excluyeron de este estudio: a) pacientes con deterioro cognitivo agudo o crónico.

Se eliminaron del estudio a todos aquellos pacientes que: a) decidieron no dar su consentimiento informado para participar en el estudio.

Las mediciones de las variables se hicieron por medio de un cuestionario sociodemográfico, la escala de efectos secundarios UKU (Udvalg für Kliniske Undersogelser) y el inventario de actitudes hacia la medicación.

Se solicitó consentimiento informado por escrito de todos los pacientes participantes.

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI.

El análisis estadístico, los cuadros y los gráficos fueron obtenidos por medio del software SPSS y Excel, obteniendo las frecuencias, prevalencias, medidas de tendencia central y dispersión, así como las medidas de posición y de forma.

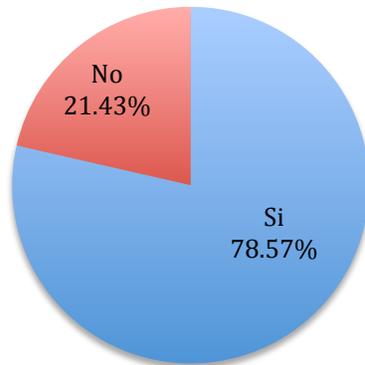
Finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

## RESULTADOS.

La prevalencia para adherencia terapéutica de nuestra muestra fue del 78.57%. Ver tabla1 y gráfico 1.

<b>Adherencia terapéutica</b>		
<b>Adherencia terapéutica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	33	78.57%
No	9	21.43%
<b>Tabla1</b>		

## Adherencia terapéutica



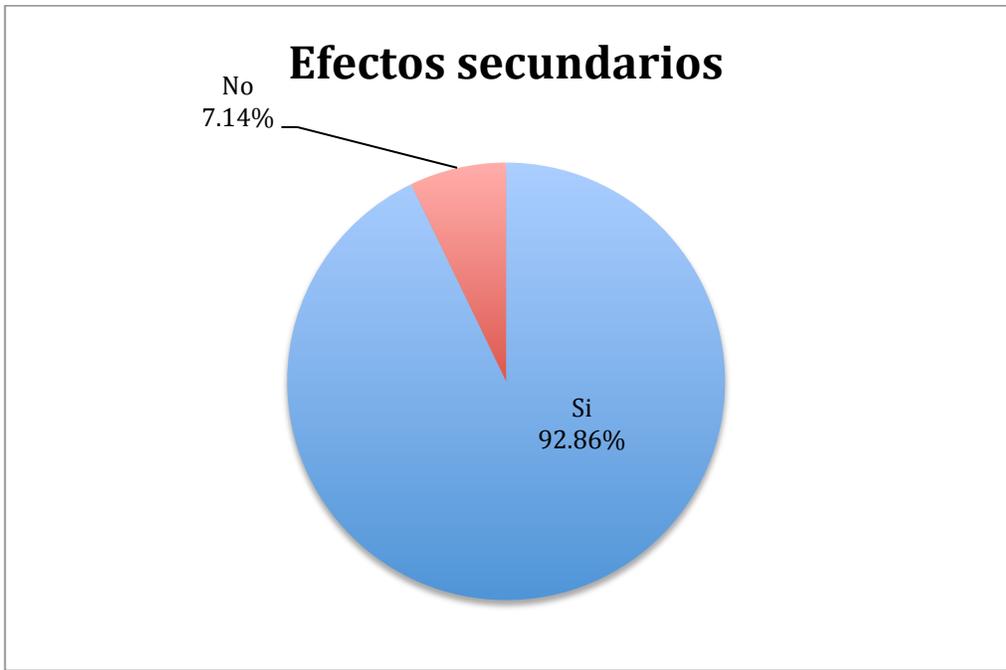
**Gráfico 1**

Las prevalencia para efectos secundarios de nuestra muestra fue de 92.86%. Ver tabla 2 y gráfico 2.

### Efectos secundarios.

Efectos secundarios	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	92.86%
No	3	7.14%

**Tabla 2**



**Gráfico 2**

En la proporción por sexo, el 67% de nuestra muestra fue femenino, ver tabla 3 y gráfico 3.

<b>Sexo</b>		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	67%
Masculino	14	33%
Total	42	100%

**Tabla 3**



**Gráfico 3**

La mayoría de los pacientes estaba casado, ver tabla 4 y gráfico 4.

<b>Estado civil</b>		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	24	57%
Soltero/a	12	29%
Divorciado/a	3	7%
Unión libre	3	7%
Total	42	100%
<b>Tabla 4</b>		



**Gráfico 4**

Más de la mitad de los pacientes no tenía un empleo remunerado, un 62%. Ver tabla 5 y gráfico 5.

<b>Ocupación</b>		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	26	62%
Empleado	16	38%
Total	42	100%
<b>Tabla 5</b>		



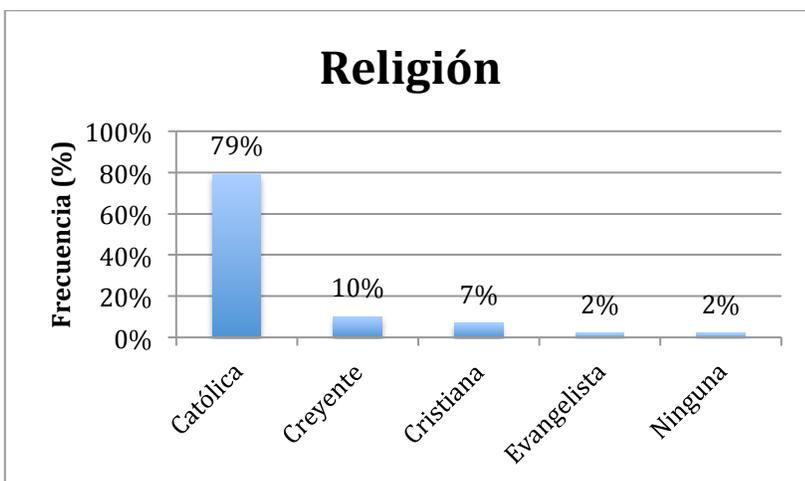
**Gráfico 5**

El 79% de los pacientes era católico. Ver tabla 6 y gráfico 6.

#### Religión.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	33	79%
Creyente	4	10%
Cristiana	3	7%
Evangelista	1	2%
Ninguna	1	2%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6**



**Gráfico 6**

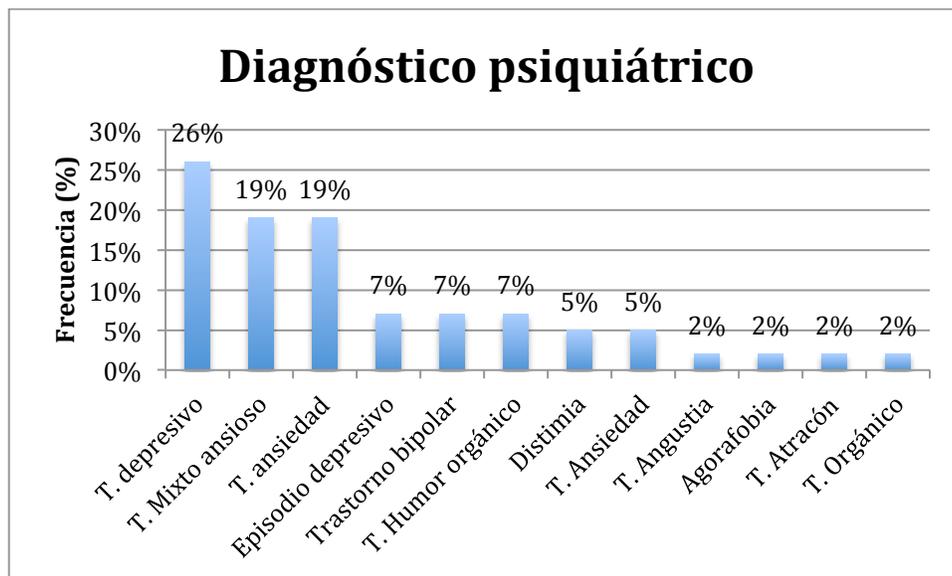
Los tres diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo, el trastorno mixto ansioso depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada, en un 26%, 19% y 19% respectivamente.

Ver tabla 7 y gráfico 7.

### Diagnóstico psiquiátrico

Diagnóstico Psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
T. depresivo recurrente	11	26%
T. Mixto ansioso depresivo	8	19%
T. ansiedad generalizada	8	19%
Episodio depresivo	3	7%
Trastorno bipolar	3	7%
T. Humor orgánico	3	7%
Distimia	2	5%
T. Ansiedad	2	5%
T. Angustia	1	2%
Agorafobia	1	2%
T. Atracón	1	2%
T. Orgánico personalidad	1	2%

**Tabla 7**

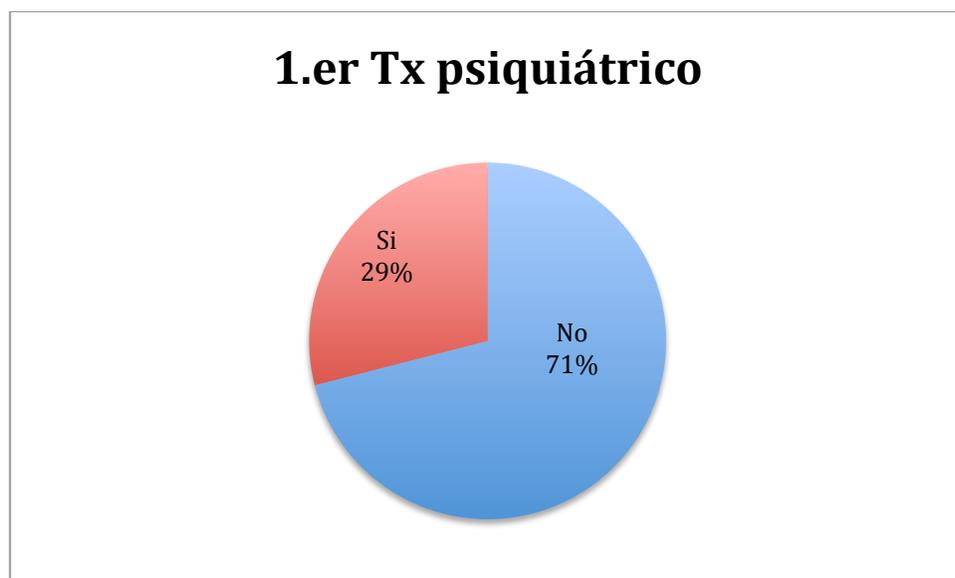


**Gráfico 7**

Solo una tercera parte de los pacientes iniciaba un tratamiento psiquiátrico por primera vez en su vida, un 29%. Ver tabla 8 y gráfico 8.

### 1.er tratamiento psiquiátrico

1.er tratamiento psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
No	30	71%
Si	12	29%
Total	42	100%
<b>Tabla 8</b>		



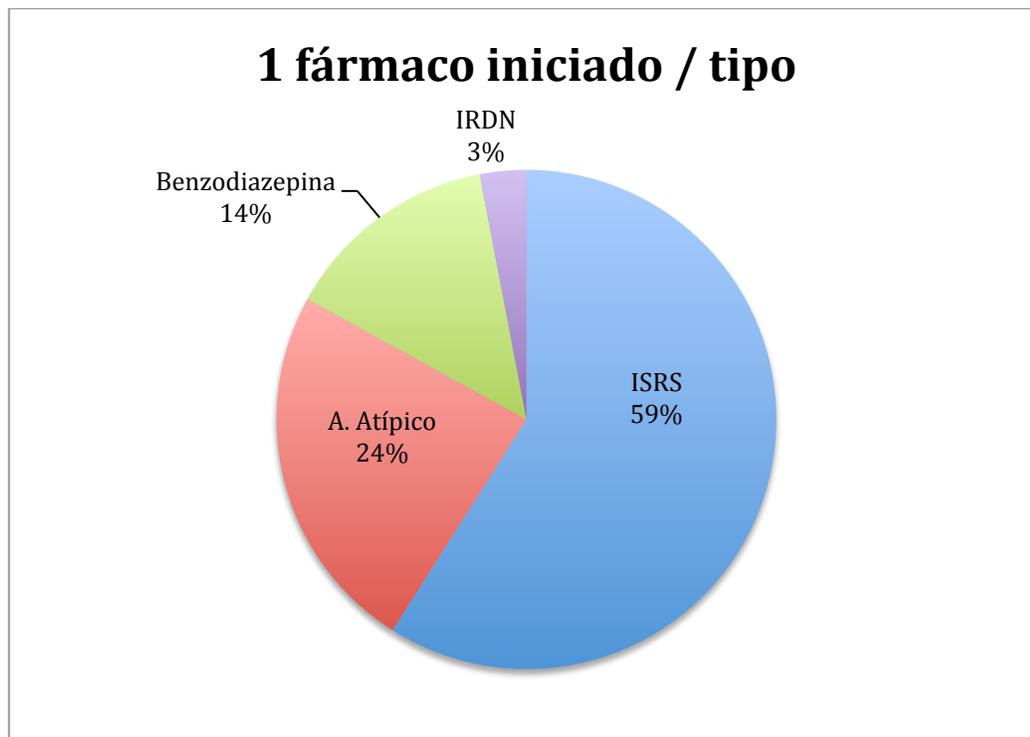
**Gráfico 8**

De un total de 29 pacientes a los que se les inició un solo fármaco, en un 59% de los casos el medicamento iniciado fue un Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (ISRS). Ver tabla 9 y gráfico 9.

### 1 Fármaco iniciado /tipo

1 Fármaco iniciado / tipo	Frecuencia	Porcentaje
ISRS	17	59%
A. Atípico	7	24%
Benzodiazepina	4	14%
IRDN	1	3%

Total	29	100%
<b>Tabla 9</b>		



**Gráfico 9**

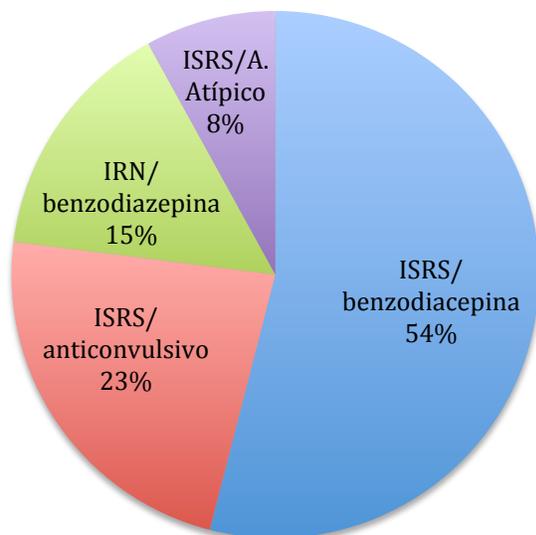
A los que se les iniciaron dos medicamentos, en un 54% de los casos fue una combinación de un ISRS con una benzodiazepina. Ver tabla 10 y gráfico 10.

**2 Fármacos iniciados / tipo**

2 Fármacos iniciados / tipo	Frecuencia	Porcentaje
ISRS/benzodiazepina	7	54%
ISRS/anticonvulsivo	3	23%
IRN/benzodiazepina	2	15%
ISRS/A. Atípico	1	8%
Total	13	100%

**Tabla 10**

## 2 fármacos iniciados / tipo



**Gráfico 10**

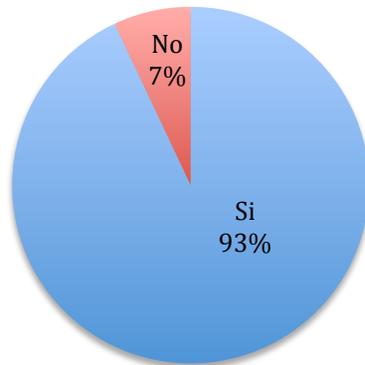
Solo un porcentaje mínimo de pacientes, un 7%, no presentó algún efecto secundario al medicamento iniciado. Ver tabla 11 y gráfico 11.

### Efectos secundarios

Efectos secundarios	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	93%
No	3	7%
Total	42	100%

**Tabla 11**

## Efectos secundarios



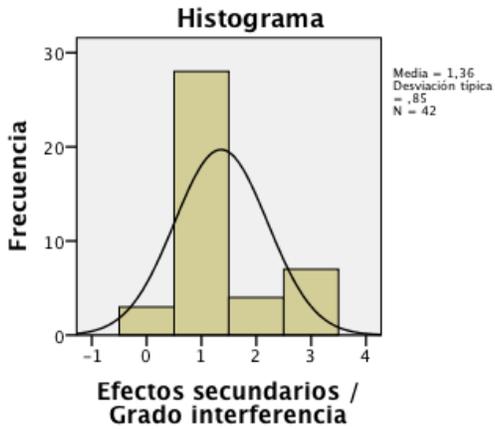
**Gráfico 11**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma de la escala de efectos secundario UKU se muestran en la tabla 12. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 12 y 13, respectivamente.

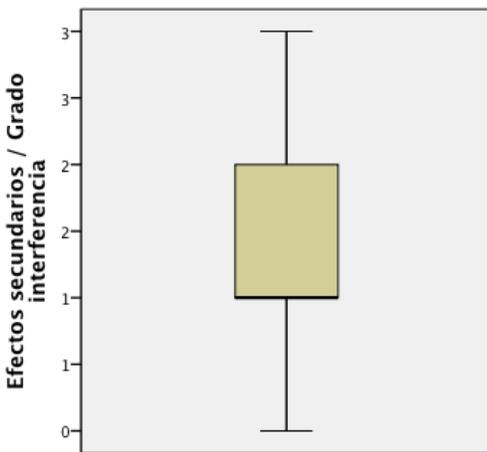
### Efectos secundarios / grado de interferencia.

Medidas tendencia central		Medidas de dispersión		Medidas de forma	
Media	1,36	Error típ. de la media	,131	Asimetría	,972
Mediana	1,00	Desv. típ.	,850	Error típ. de asimetría	,365
Moda	1	Varianza	,723	Curtosis	,133
		Rango	3	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	0		
		Máximo	3		

**Tabla 12**

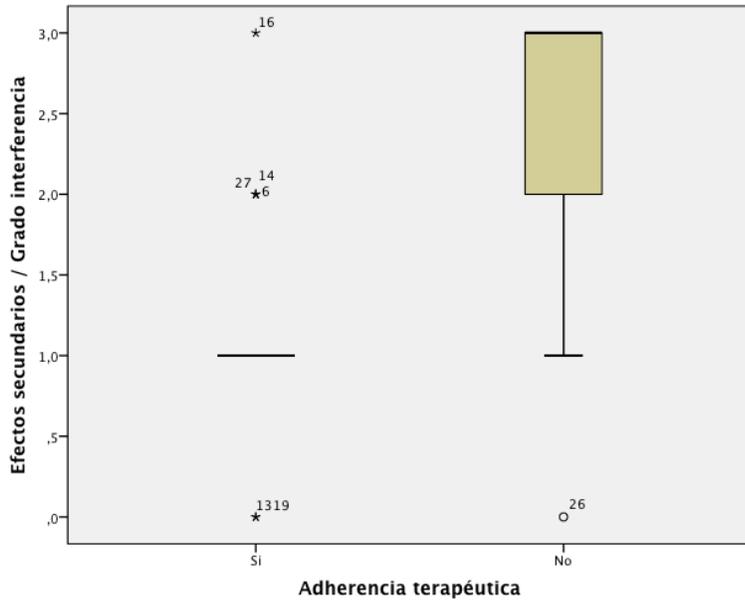


**Gráfico 12**

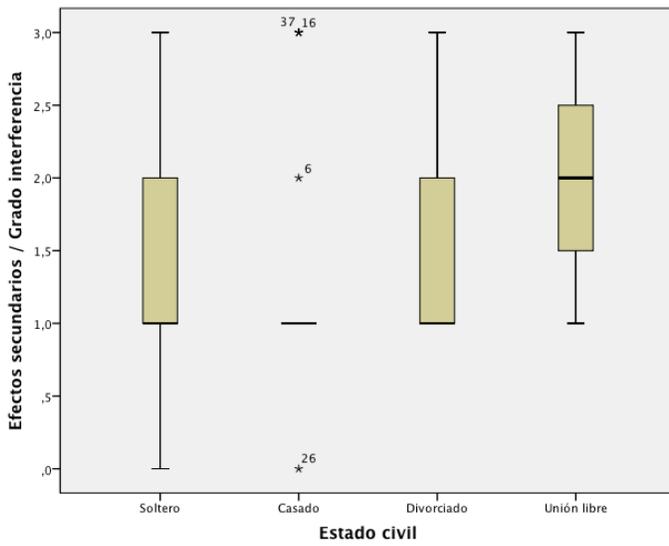


**Gráfico 13**

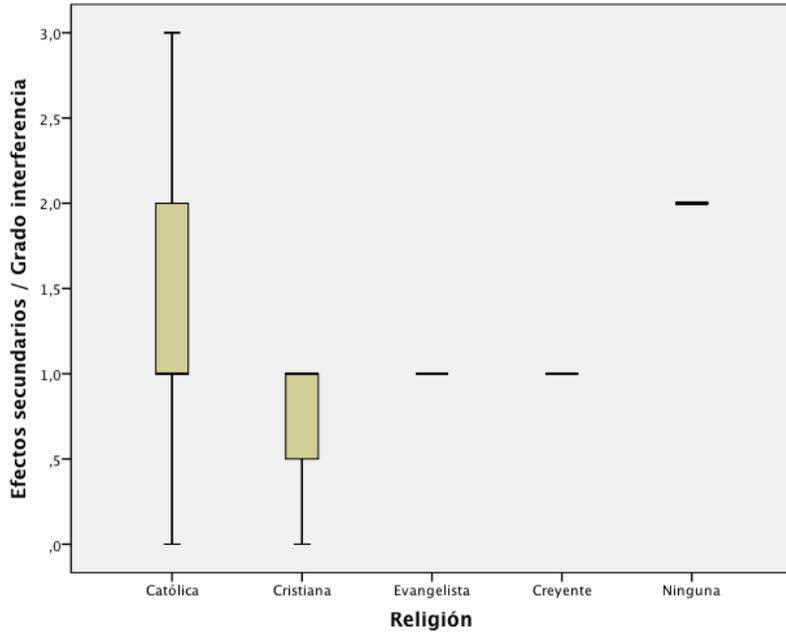
Los que no tuvieron adherencia al tratamiento, quienes vivían en unión libre, los que no tenían ninguna religión, quienes utilizaron un Inhibidor de la Recaptura de Dopamina y Noradrenalina (IRDN) y los que utilizaron la combinación ISRS/anticonvulsivo tendieron a puntuar una calificación más alta en la escala de efectos secundarios UKU. Ver gráficos 14, 15, 16, 17 y 18, respectivamente.



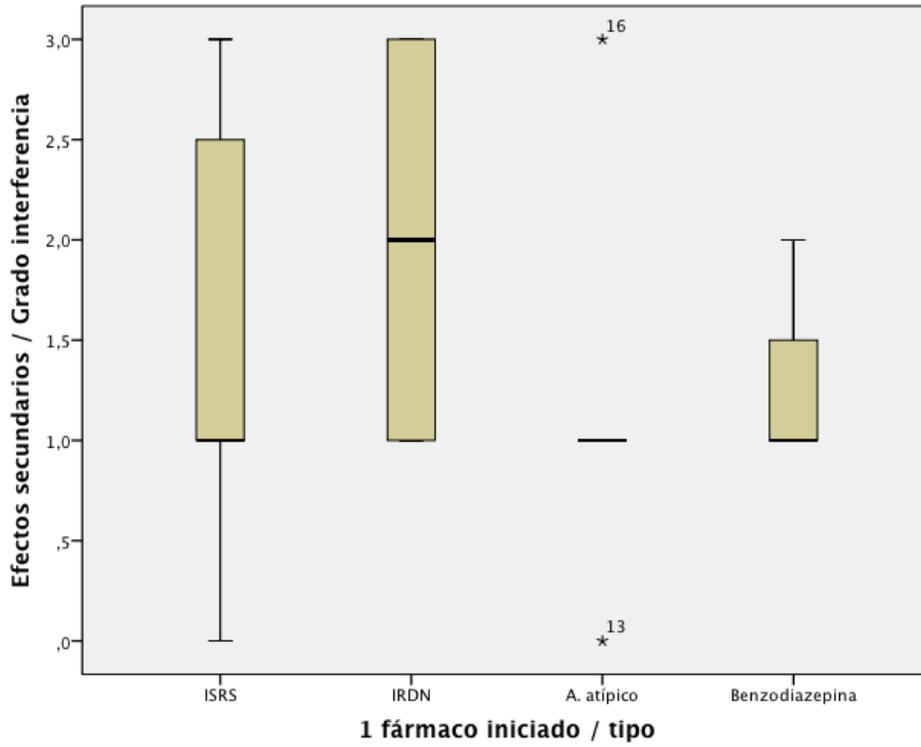
**Gráfico 14**



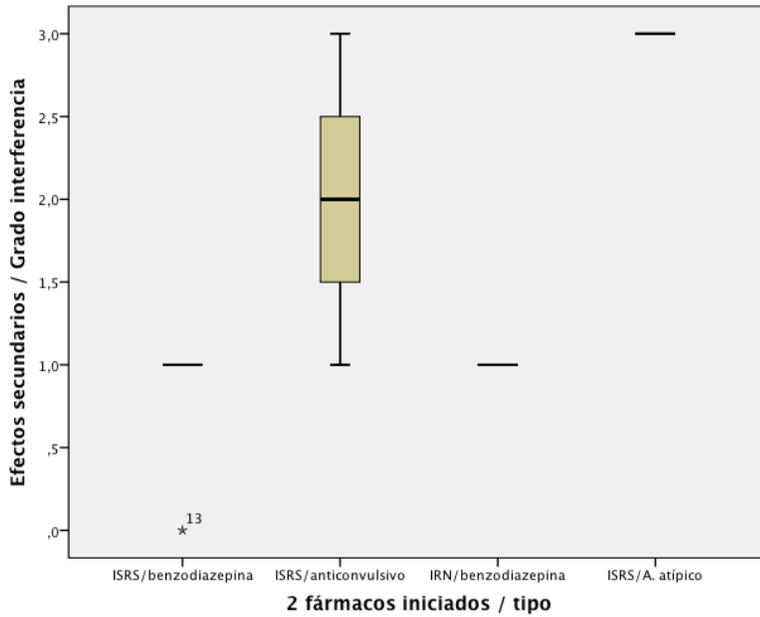
**Gráfico 15**



**Gráfico 16**



**Gráfico 17**



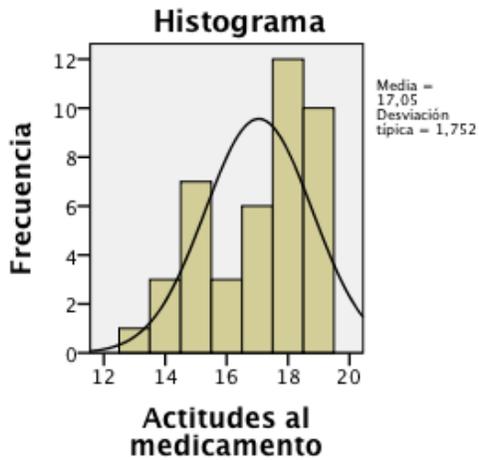
**Gráfico 18**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma del inventario de actitudes hacia la medicación se muestran en la tabla 13. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 19 y 20, respectivamente.

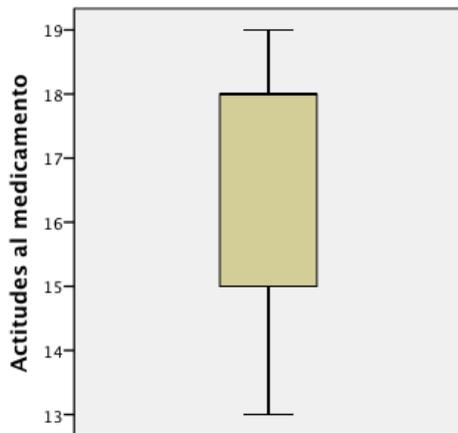
**Actitudes hacia la medicación**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	17,05	Error típ. de la media	,270	Asimetría	-,619
Mediana	18,00	Desv. típ.	1,752	Error típ. de asimetría	,365
Moda	18	Varianza	3,071	Curtosis	-,810
		Rango	6	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	13		
		Máximo	19		

**Tabla 13**

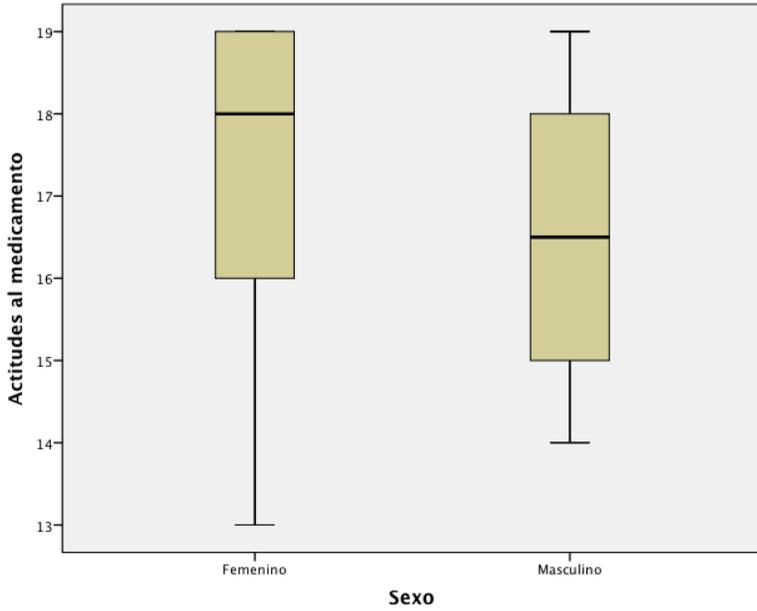


**Gráfico 19**

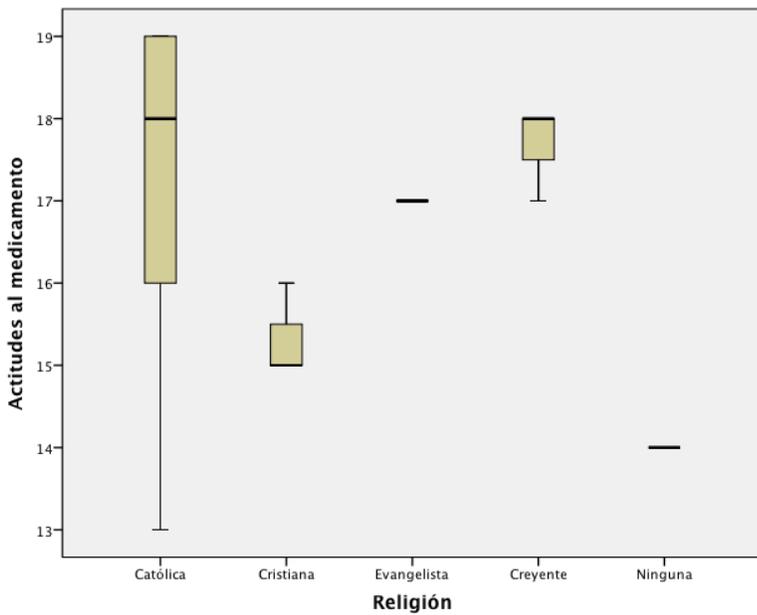


**Gráfico 20**

Quienes tendieron a reportar una calificación más baja en este inventario de actitudes hacia la medicación fueron: los hombres, los cristianos y los que no tenían ninguna religión. Ver gráficos 21 y 22.



**Gráfico 21**



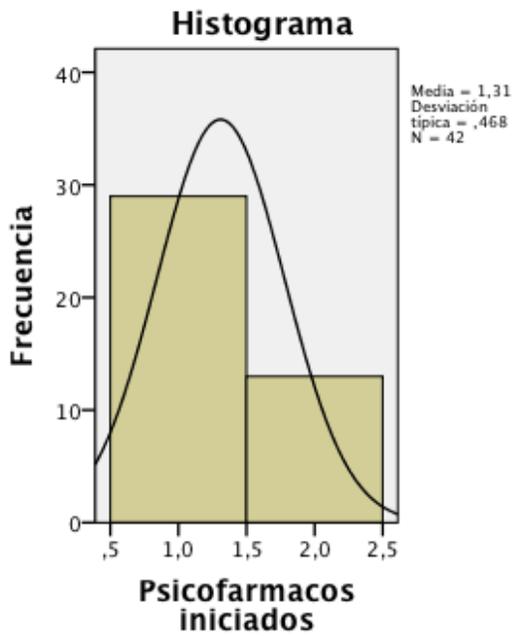
**Gráfico 22**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma de la cantidad de psicofármacos iniciados en el tratamiento se muestran en la tabla 14. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 23 y 24, respectivamente.

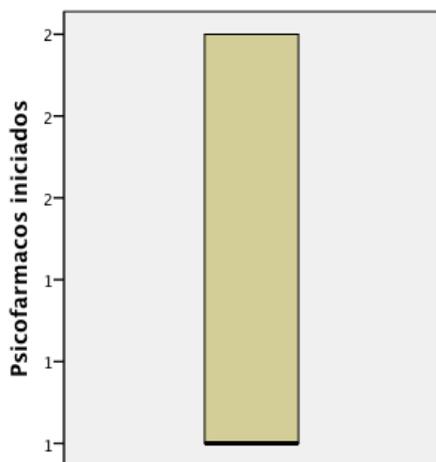
**Cantidad de psicofármacos iniciados.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	1,31	Error típ. de la media	,072	Asimetría	,855
Mediana	1,00	Desv. típ.	,468	Error típ. de asimetría	,365
Moda	1	Varianza	,219	Curtosis	-1,335
		Rango	1	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	1		
		Máximo	2		

**Tabla 14**



**Gráfico 23**



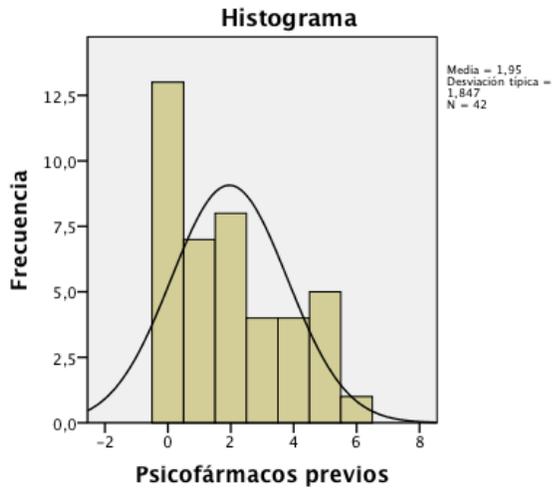
**Gráfico 24**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma de la cantidad de fármacos psicotrópicos utilizados previo al inicio del nuevo tratamiento psicofarmacológico se muestran en la tabla 15. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 25 y 26, respectivamente.

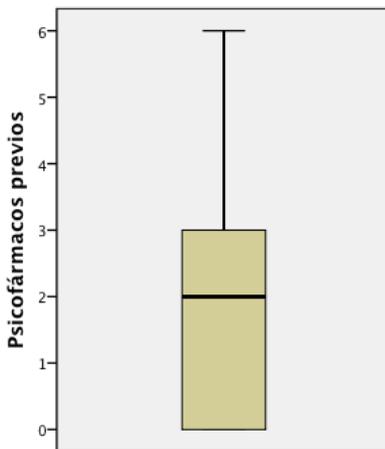
**Psicofármacos previos.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	1,95	Error típ. de la media	,285	Asimetría	,585
Mediana	2,00	Desv. típ.	1,847	Error típ. de asimetría	,365
Moda	0	Varianza	3,412	Curtosis	-,882
		Rango	6	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	0		
		Máximo	6		

**Tabla 15**

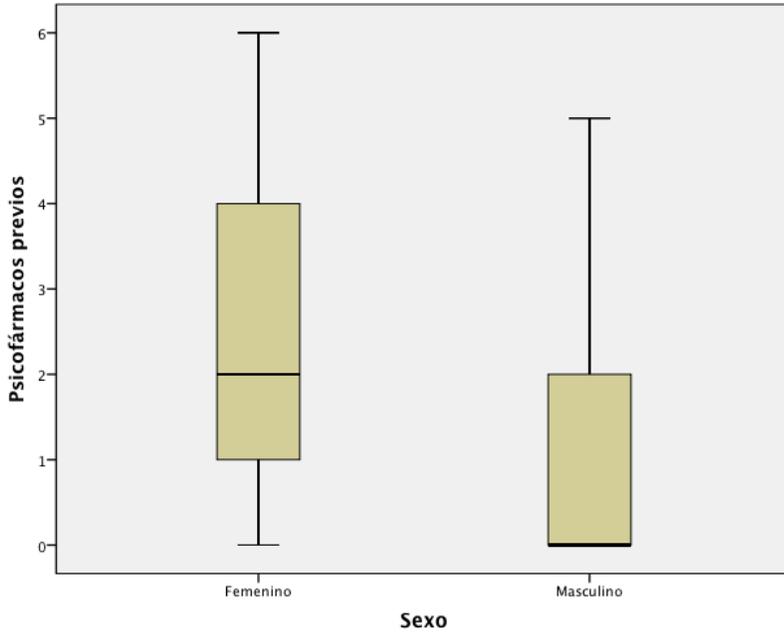


**Gráfico 25**



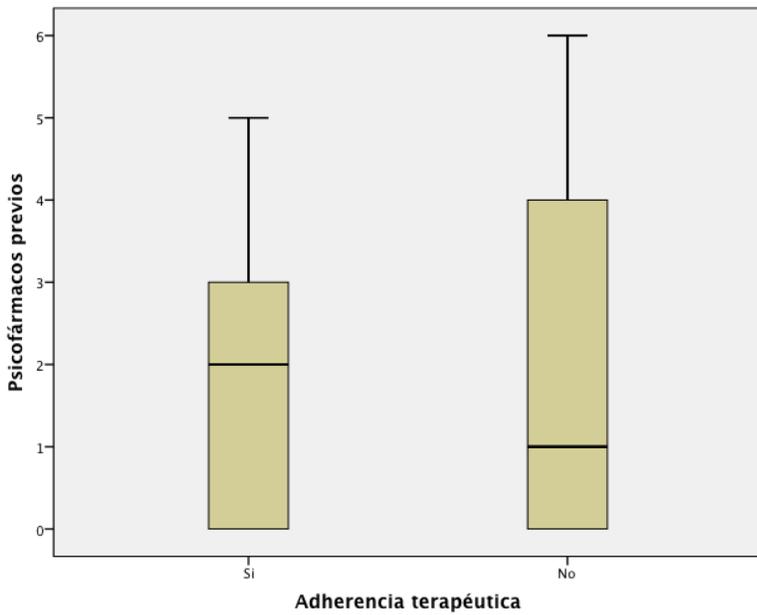
**Gráfico 26**

En promedio, las mujeres habían utilizado dos fármacos psicotrópicos previo al inicio del nuevo psicofármaco, en comparación de los hombres, con un promedio de ninguno. Ver gráfico 27.



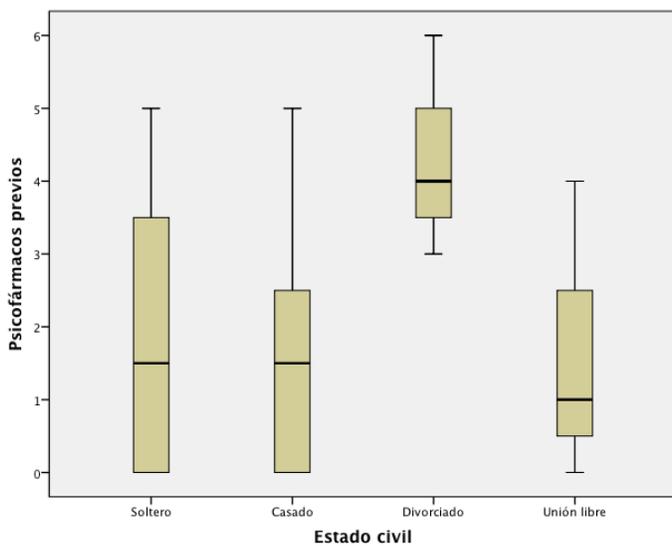
**Gráfico 27**

En promedio, los pacientes que tuvieron adherencia al tratamiento habían tenido una experiencia previa con 2 psicofármacos, y los que no tuvieron adherencia al tratamiento en promedio solo habían tenido experiencia previa con 1 psicofármaco. Ver gráfico 28.



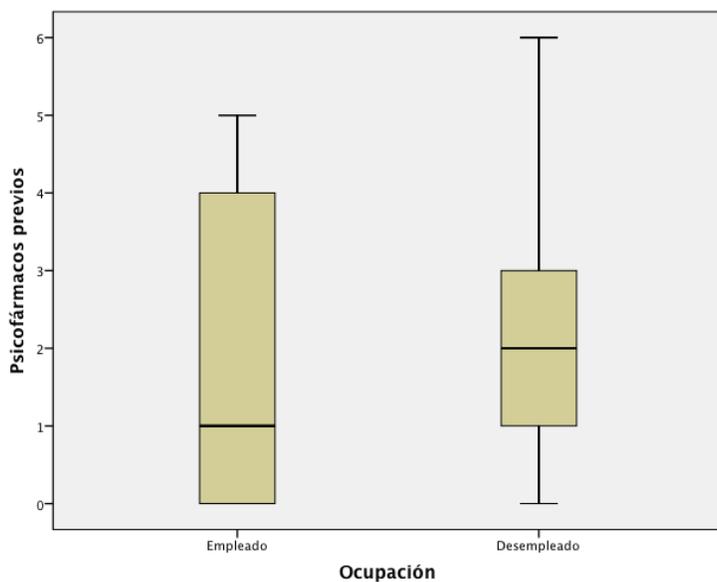
**Gráfico 28**

Los pacientes que estaban divorciados reportaron un promedio mayor de psicofármacos utilizados previamente al inicio del tratamiento. Ver gráfico 29.



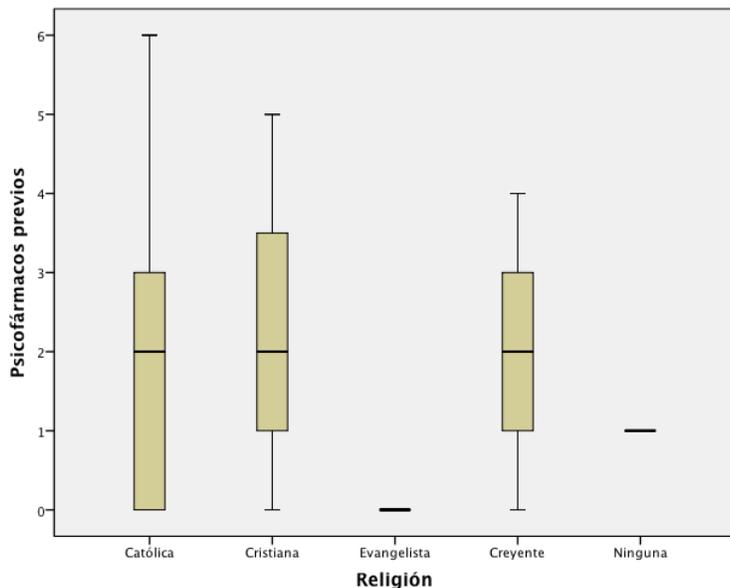
**Gráfico 29**

Los empleados asalariados en promedio solo habían utilizado previamente un psicofármaco. Ver gráfico 30.



**Gráfico 30**

Los evangelistas no habían utilizado ningún psicofármaco previamente, y tan solo uno los que no profesaban ninguna religión, en promedio. Ver gráfico 31.



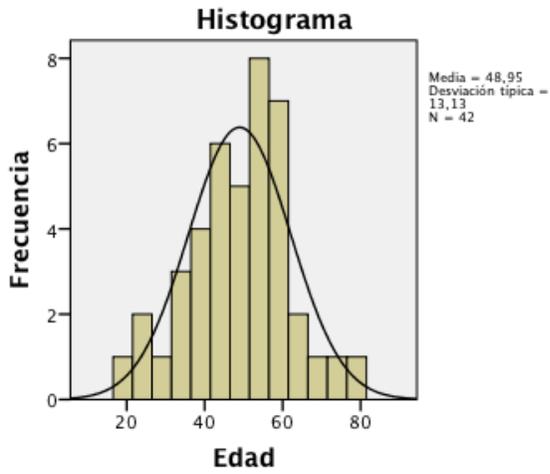
**Gráfico 31**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma en relación a la edad se muestran en la tabla 16. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 32 y 33, respectivamente.

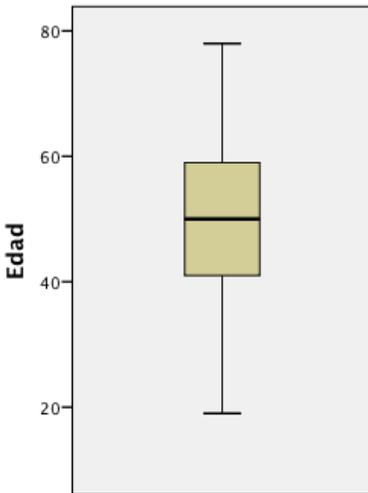
**Edad.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	48,95	Error típ. de la media	2,026	Asimetría	-,223
Mediana	50,00	Desv. típ.	13,130	Error típ. de asimetría	,365
Moda	60	Varianza	172,388	Curtosis	,028
		Rango	59	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	19		
		Máximo	78		

**Tabla 16**

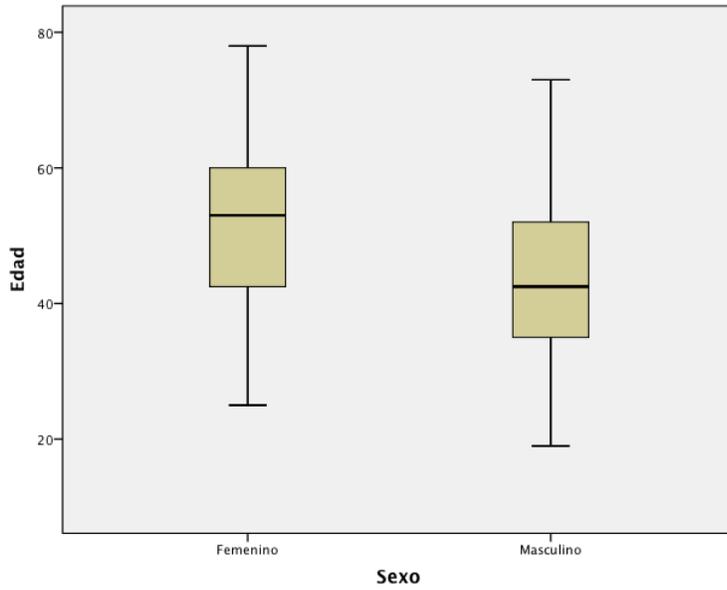


**Gráfico 32**



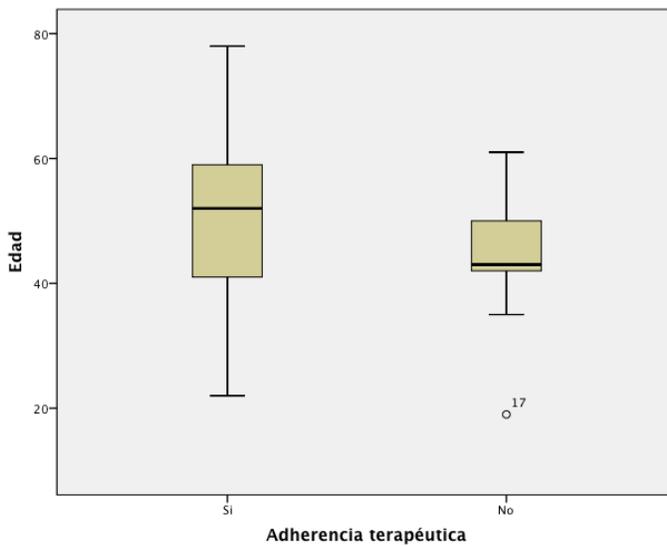
**Gráfico 33**

Los hombres tendían a ser más jóvenes que las mujeres. Ver gráfico 34.



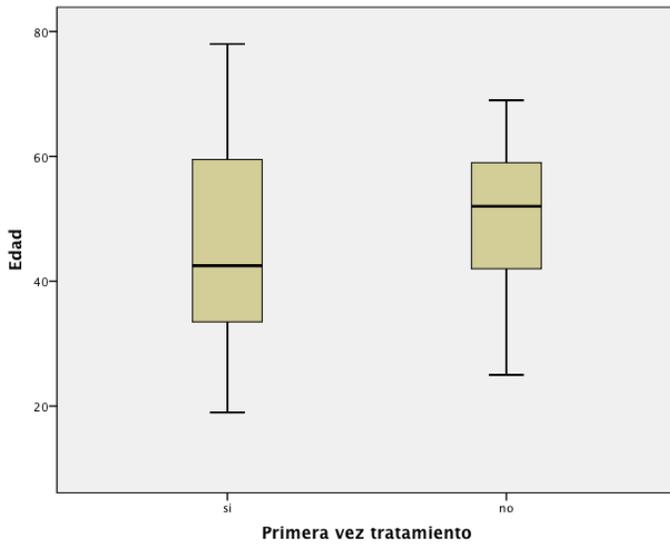
**Gráfico 34**

Los pacientes que no tuvieron adherencia tendían ligeramente a ser más jóvenes. Ver gráfico 35.



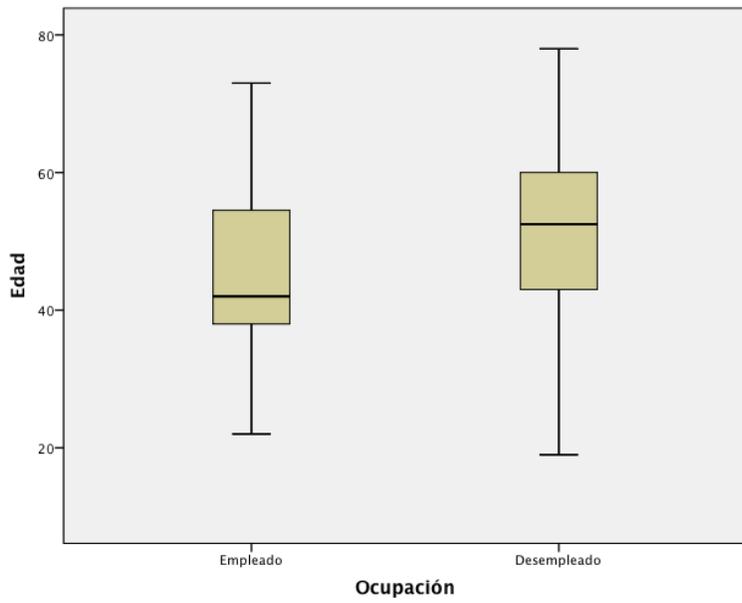
**Gráfico 35**

Los que iniciaban el tratamiento psicofarmacológico por primera vez en su vida tendían a ser más jóvenes. Ver gráfico 36.



**Gráfico 36**

Los que tenían un empleo con salario tendían a ser más jóvenes. Ver gráfico 37.



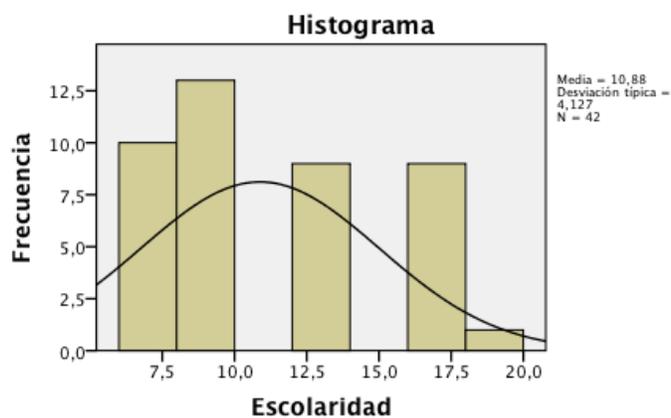
**Gráfico 37**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma en relación a la escolaridad se muestran en la tabla 17. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en las gráficas 38 y 39, respectivamente.

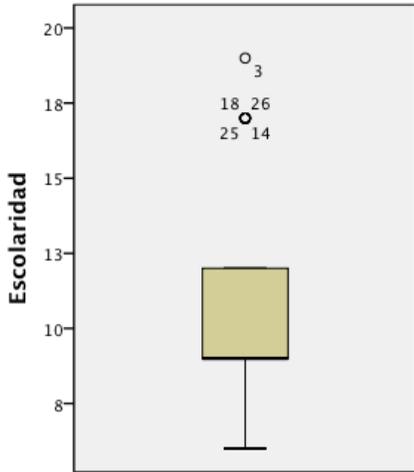
**Escolaridad.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	10,88	Error típ. de la media	,637	Asimetría	,496
Mediana	9,00	Desv. típ.	4,127	Error típ. de asimetría	,365
Moda	9	Varianza	17,034	Curtosis	-1,012
		Rango	13	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	6		
		Máximo	19		

**Tabla 17**

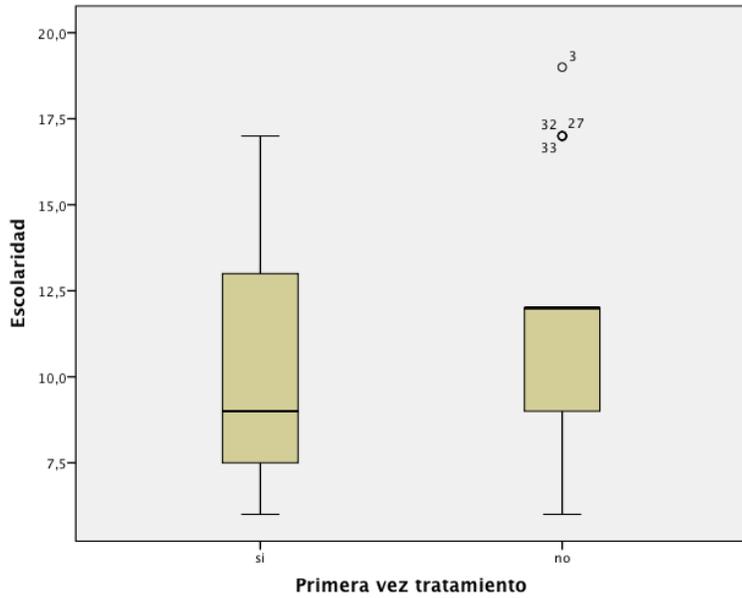


**Gráfico 38**



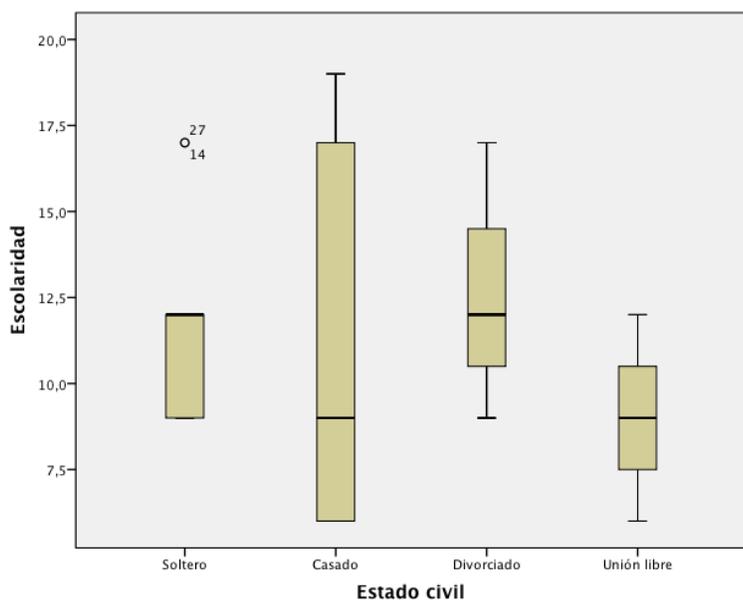
**Gráfico 39**

Los pacientes que iniciaban el tratamiento psicofarmacológico por primera vez en promedio tenían una menor escolaridad. Ver gráfico 40.



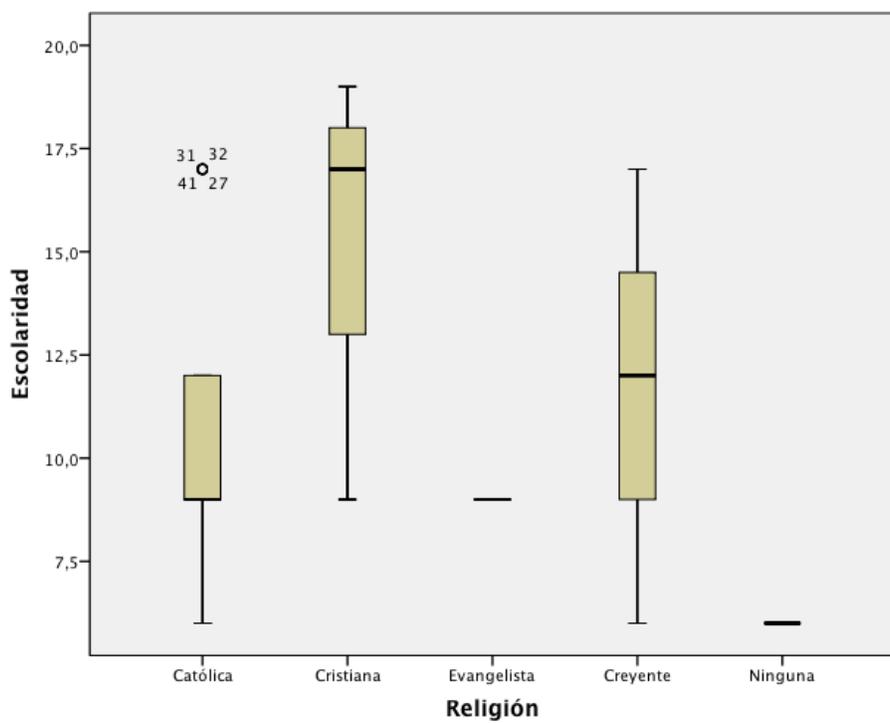
**Gráfico 40**

Los que tenían mayor escolaridad eran los solteros y los divorciados. Ver gráfico 41.



**Gráfico 41**

Los cristianos en promedio tenían una mayor escolaridad. Ver gráfico 42.



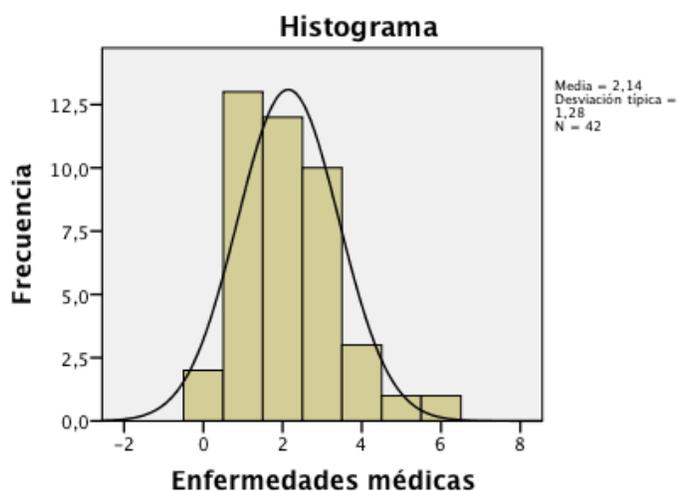
**Gráfico 42**

Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma en relación a la cantidad de enfermedades médicas que los pacientes portaban se muestran en la tabla 18. El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en los gráficos 43 y 44, respectivamente.

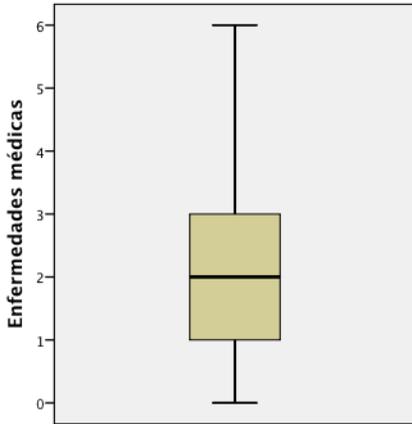
**Enfermedades médicas.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	2,14	Error típ. de la media	,197	Asimetría	,820
Mediana	2,00	Desv. típ.	1,280	Error típ. de asimetría	,365
Moda	1	Varianza	1,638	Curtosis	,910
		Rango	6	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	0		
		Máximo	6		

**Tabla 18**

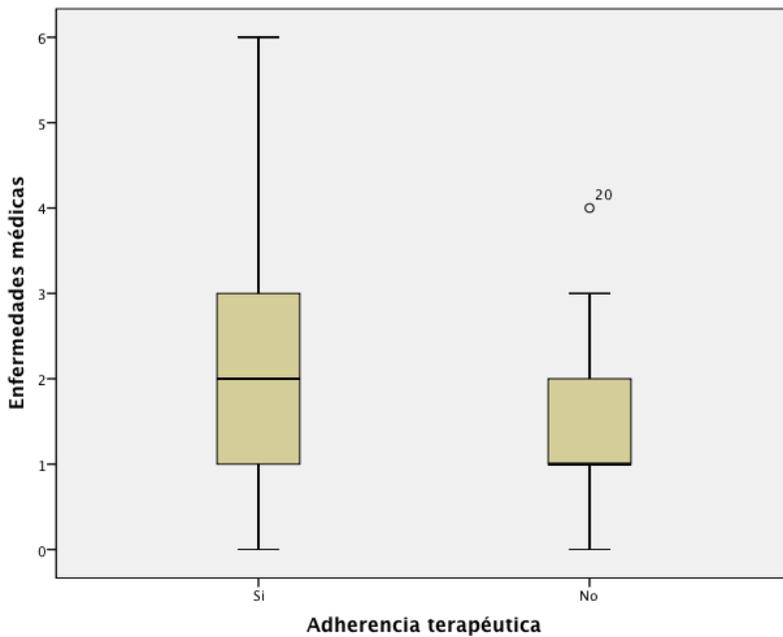


**Gráfico 43**



**Gráfico 44**

Los que no tuvieron adherencia al tratamiento psicofarmacológico en promedio solo tenían una sola enfermedad médica. Ver gráfico 45.



**Gráfico 45**

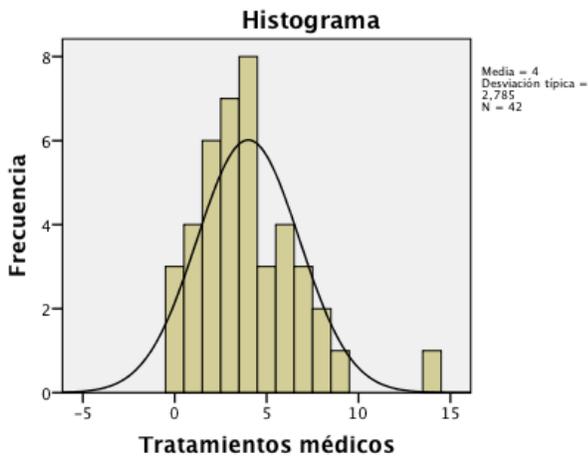
Las medidas de tendencia central, de dispersión y de forma en relación a la cantidad de tratamientos farmacológicos que los pacientes estaban utilizando se muestran en la tabla 19.

El histograma y el diagrama de caja y bigotes se muestran en los gráficos 46 y 47, respectivamente.

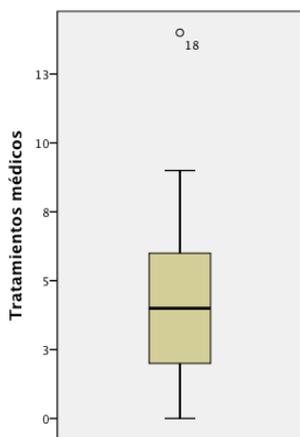
**Tratamientos farmacológicos.**

Medidas tendencia central		Medidas dispersión		Medidas forma	
Media	4,00	Error típ. de la media	,430	Asimetría	1,202
Mediana	4,00	Desv. típ.	2,785	Error típ. de asimetría	,365
Moda	4	Varianza	7,756	Curtosis	2,701
		Rango	14	Error típ. de curtosis	,717
		Mínimo	0		
		Máximo	14		

**Tabla 19**



**Gráfico 46**



**Gráfico 47**

El estudio establece una relación entre la no adherencia terapéutica y el hecho de que se inicie una combinación con un ISRS y un anticonvulsivo. ( $p < 0.049$ ). Ver tablas 20 y 21.

**Tabla de contingencia Adherencia terapéutica \* 2 fármacos iniciados / tipo**

		2 fármacos iniciados / tipo				Total	
		ISRS/benzodiazepina	ISRS/anticonvulsivo	IRN/benzodiazepina	ISRS/A. atípico		
Adherencia terapéutica	Si	Recuento	7	2	2	0	11
		% dentro de 2 fármacos iniciados / tipo	100,0%	66,7%	100,0%	0,0%	84,6%
	No	Recuento	0	1	0	1	2
		% dentro de 2 fármacos iniciados / tipo	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%	15,4%
Total		Recuento	7	3	2	1	13
		% dentro de 2 fármacos iniciados / tipo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 20**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,879 <sup>a</sup>	3	,049

a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

#### Tabla 21

Los padecimientos menos asociados a la presencia de efectos secundarios son el trastorno depresivo recurrente, el trastorno de ansiedad y el trastorno por atracones, siendo una asociación significativa. ( $p < 0.023$ ). Ver tablas 22 y 23.

**Tabla de contingencia Efectos secundarios \* Diagnóstico psiquiátrico**

		Diagnóstico psiquiátrico										Total		
		Episodio depresivo	Distimia	T. depresivo recurrente	T. mixto ansioso depresivo	T. bipolar	T. humor orgánico	T. ansiedad generalizada	T. ansiedad	Agorafobia	T. atracción		T. orgánico personalidad	
Efectos secundarios	Si Diagnóstico psiquiátrico	Recuento	3	2	10	8	3	3	7	1	1	0	1	39
	% dentro de Diagnóstico psiquiátrico		100,0%	10,0%	90,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%	0,0%	100,0%	92,9%
Efectos secundarios	No Diagnóstico psiquiátrico	Recuento	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	3
	% dentro de Diagnóstico psiquiátrico		0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%	0,0%	7,1%
Total		Recuento	3	2	11	8	3	3	7	2	1	1	1	42
		% dentro de Diagnóstico psiquiátrico	100,0%	10,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tablas 22**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,755 <sup>a</sup>	10	,023

a. 19 casillas (86,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

### Tabla 23

El no tener un empleo remunerado estaba asociado significativamente con el hecho de presentar efectos secundarios. ( $p < 0.022$ ). Ver tablas 24 y 25.

### Tabla de contingencia Efectos secundarios \* Ocupación

			Ocupación		Total
			Empleado	Desempleado	
Efectos secundarios	Si	Recuento	13	26	39
		% dentro de Ocupación	81,3%	100,0%	92,9%
	No	Recuento	3	0	3
		% dentro de Ocupación	18,8%	0,0%	7,1%
Total		Recuento	16	26	42
		% dentro de Ocupación	100,0%	100,0%	100,0%

### Tabla 24

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,250 <sup>a</sup>	1	,022

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,14.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

### Tabla 25

Una calificación de 2 (interferencia moderada) por parte de los pacientes en la escala de

efectos secundarios UKU estaba significativamente asociado a abandono terapéutico. (p<0.000). Ver tablas 26 y 27.

### Estadísticos de grupo

	Adherencia terapéutica	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Efectos secundarios /	Si	33	1,09	,522	,091
Grado interferencia	No	9	2,33	1,118	,373

**Tabla 26**

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Efectos secundarios / Grado interferencia	Se han asumido varianzas iguales	11,600	,002	-4,829	40	,000	-1,242	,257	-1,762	-,722
	No se han asumido varianzas iguales			-3,239	8,972	,010	-1,242	,384	-2,111	-,374

**Tabla 27**

Una mayor edad en los pacientes estuvo relacionada con la presencia de efectos secundarios a los psicofármacos, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística (p registrada en el estudio de <0.06, siendo la p ideal de <0.05). Ver tablas 28 y 29.

### Estadísticos de grupo

	Efectos secundarios	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	Si	39	50,00	12,775	2,046
	No	3	35,33	11,547	6,667

**Tabla 28**

### Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,073	,789	1,925	40	,061	14,667	7,619	-,732	30,066
Edad No se han asumido varianzas iguales			2,103	2,393	,149	14,667	6,973	-11,075	40,408

**Tabla 29**

Iniciar un tratamiento psicofarmacológico por primera vez estuvo relacionado con una mayor calificación en la escala de efectos secundarios UKU, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística ( $p$  registrada en el estudio de  $<0.085$ , siendo la  $p$  ideal de  $<0.05$ ). Ver tablas 30 y 31.

### Estadísticos de grupo

	Primera vez tratamiento	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Efectos secundarios /	si	12	1,00	,739	,213
Grado interferencia	no	30	1,50	,861	,157

**Tabla 30**

### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilate ral)	Difere ncia de media s	Error típ. de la dife rencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferio r	Superi or
Efectos secundario s / Grado interferenci a	Se han asumido varianzas iguales	5,467	,024	- 1,7 65	40	<b>,085</b>	-,500	,283	-1,072	,072
	No se han asumido varianzas iguales			- 1,8 88	23, 570	,071	-,500	,265	-1,047	,047

**Tabla 31**

## CONCLUSIONES.

Lo que podemos concluir en este estudio descriptivo que se considera el primer eslabón de una cadena de acciones que nos permitan mejorar la adherencia terapéutica en nuestra población psiquiátrica es lo siguiente:

a) La prevalencia registrada para la adherencia terapéutica fue de:

- 78.57%

b) La prevalencia registrada para la presencia de efectos secundarios fue:

- 92.86%

c) Existió una mayor proporción de mujeres en el estudio, un 67%.

d) La mayoría de los pacientes estaba casado, un 57%.

e) Más de la mitad de los pacientes no tenía un empleo remunerado, un 62%.

f) El 79% de los pacientes era católico.

g) Los tres diagnósticos más frecuentes fueron el trastorno depresivo, el trastorno mixto ansioso depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada, en un 26%, 19% y 19% respectivamente.

h) Solo una tercera parte de los pacientes iniciaba un tratamiento psiquiátrico por primera vez en su vida, un 29%.

i) De un total de 29 pacientes a los que se les inició un solo fármaco, en un 59% de los casos el medicamento iniciado fue un ISRS.

j) A los que se les iniciaron dos medicamentos, en un 54% de los casos fue una combinación de un ISRS con una benzodiacepina.

k) Solo un porcentaje mínimo de pacientes, un 7%, no presentó algún efecto secundario al medicamento iniciado.

l) Escala de efectos secundarios UKU:

1. La media en la calificación de la escala de efectos secundario UKU fue de 1, es decir, sin una interferencia significativa sobre el funcionamiento diario del paciente.

2. Los que no tuvieron adherencia al tratamiento, quienes vivían en unión libre, los que no tenían ninguna religión, quienes utilizaron un IRDN y los que utilizaron la combinación de ISRS/anticonvulsivo tendieron a puntuar una calificación más alta en la escala de efectos secundarios UKU.

m) Inventario de actitudes hacia la medicación:

1. La media para la calificación del inventario de actitudes hacia la medicación fue de 17. Sin olvidar que para este inventario no existen puntos de corte definidos. A mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo.

2. Quienes tendieron a reportar una calificación más baja en este inventario fueron: los hombres, los cristianos y los que no tenían ninguna religión

n) En promedio se inició un fármaco por paciente que se atendió.

ñ) Psicofármacos previamente utilizados:

1. Antes de iniciar el tratamiento farmacológico los pacientes ya previamente habían utilizado 2 psicofármacos en promedio.

2. En promedio, las mujeres habían utilizado dos fármacos psicotrópicos previo al inicio del nuevo psicofármaco, en comparación de los hombres, con un promedio de ninguno.

3. En promedio, los pacientes que tuvieron adherencia al tratamiento habían tenido una experiencia previa con 2 psicofármacos, y los que no tuvieron adherencia al tratamiento

en promedio solo habían tenido experiencia previa con 1 psicofármaco.

4. Los pacientes que estaban divorciados reportaron un promedio mayor de psicofármacos utilizados previamente al inicio del tratamiento.

5. Los empleados (que recibían un salario) en promedio solo habían utilizado previamente un psicofármaco.

6. Los evangelistas no habían utilizado ningún psicofármaco previamente, y tan solo uno los que no profesaban ninguna religión, en promedio.

o) Edad:

1. La edad promedio de los pacientes era de 49 años.

2. Los hombres tendían a ser más jóvenes que las mujeres.

3. Los pacientes que no tuvieron adherencia tendían ligeramente a ser más jóvenes.

4. Los que iniciaban el tratamiento psicofarmacológico por primera vez en su vida tendían a ser más jóvenes.

5. Los que tenían un empleo con salario tendían a ser más jóvenes.

p) Escolaridad:

1. La media de escolaridad era de 11 años, es decir, el equivalente a preparatoria incompleta.

2. Los pacientes que iniciaban el tratamiento psicofarmacológico por primera vez en promedio tenían una menor escolaridad.

3. Los solteros y los divorciados tendían a tener mayor escolaridad.

4. Los cristianos en promedio tenían una mayor escolaridad.

q) Enfermedades médicas:

1. En promedio, los pacientes eran portadores de 2 enfermedades médicas.

2. Los que no tuvieron adherencia al tratamiento psicofarmacológico en promedio solo tenían una sola enfermedad médica.

r) En promedio, los pacientes estaban utilizando 4 medicamentos al momento de iniciarse el tratamiento psicofarmacológico.

En resumen, los que no tuvieron adherencia al tratamiento solían ser con mayor frecuencia más jóvenes, haber utilizado un solo psicofármaco previamente en su vida, haber obtenido una calificación más alta en la escala de efectos secundario UKU y de poseer una sola enfermedad médica comórbida. Y entre los que tuvieron calificaciones más elevadas en la escala de efectos secundarios de UKU con mayor frecuencia están los que no tuvieron adherencia terapéutica, los que viven en unión libre, los que no tienen religión, los que se les inició un IRDN o a los que se les inició la combinación ISRS/anticonvulsivo.

Encontramos las siguientes relaciones significativas:

A) El estudio indica una relación significativa entre la no adherencia terapéutica y el hecho de que se inicie una combinación con un ISRS y un anticonvulsivo. ( $p < 0.049$ )

B) Los padecimientos menos asociados a la presencia de efectos secundarios son el trastorno depresivo recurrente, el trastorno de ansiedad y el trastorno por atracones, siendo una asociación significativa. ( $p < 0.023$ ).

C) El no tener un empleo remunerado estaba asociado significativamente con el hecho de presentar efectos secundarios. ( $p < 0.022$ ).

D) Una calificación de 2 (interferencia moderada) por parte de los pacientes en la escala de

efectos secundarios UKU estaba significativamente asociado a abandono terapéutico.  
( $p < 0.000$ )

F) Una mayor edad en los pacientes estuvo relacionada con la presencia de efectos secundarios a los psicofármacos, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística ( $p$  registrada en el estudio de  $< 0.06$ , siendo la  $p$  ideal de  $< 0.05$ ).

G) Iniciar un tratamiento psicofarmacológico por primera vez estuvo relacionado con una mayor calificación en la escala de efectos secundarios UKU, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística ( $p$  registrada en el estudio de  $< 0.085$ , siendo la  $p$  ideal de  $< 0.05$ ).

## **DISCUSIÓN.**

Los alcances de este estudio son el de tomar una fotografía de los fenómenos que tienen que ver con la adherencia terapéutica y la presencia de efectos secundarios que se están presentando en la consulta externa de nuestro servicio en aquellos pacientes a los cuales se les inicia un tratamiento psicofarmacológico. Así, solo se describen estos fenómenos en sus prevalencias, frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, así como el descubrimiento de relaciones entre las algunas variables; relaciones que no son causales, pero que nos permiten plantearnos hipótesis de investigación para futuros estudios mejor controlados y elaborados. Este estudio sería el primer paso del esfuerzo dirigido a mejorar la adherencia terapéutica en nuestra población, en el cuál ya nos posibilita para configurar algunas acciones concretas e inmediatas destinadas a disminuir el riesgo de abandono terapéutico en relación a los efectos secundarios de los psicofármacos.

Lo primero que identificamos es una prevalencia de falta de adherencia al tratamiento

psicofarmacológico de un 21%, muy parecida a la registrada en otros estudios, los cuales reportan prevalencias incluso de hasta el 50% en promedio, lo cual pone a nuestra población en el límite bajo, pero aún siendo importante. A pesar de que los pacientes de nuestra población no tienen que comprar su tratamiento psicofarmacológico pues el gobierno se los proporciona como derechohabientes, la prevalencia de abandono terapéutico fue mucho mayor de lo registrado en poblaciones similares en que el gobierno por distintos programas proporcionaba el tratamiento, las prevalencias de esos dos estudios eran del 5.4% y 12.2% (los estudios de Kennedy y Fortney)<sup>20, 24</sup>.

Casi la totalidad de la muestra presentó algún efecto secundario al psicofármaco, con una prevalencia registrada del 93%. Más también se puede constatar que al momento de valorar el grado en que estos efectos secundarios interferían en el funcionamiento diario de los pacientes, en promedio se respondió que no interferían de manera significativa en dicho funcionamiento.

¿Qué asociaciones significativas encontramos en este estudio descriptivo?

- 1) Que hubo una relación entre la no adherencia terapéutica y el hecho de que se inicie una combinación con un ISRS y un anticonvulsivo. ( $p < 0.049$ ). Por lo cual se puede sugerir –con todas las limitaciones que estudios como estos contienen-, evitar en la medida de lo posible el uso de anticonvulsivos, siempre habrá que valorar el riesgo-beneficio.
- 2) Que los padecimientos menos asociados a la presencia de efectos secundarios son el

trastorno depresivo recurrente, el trastorno de ansiedad y el trastorno por atracones, siendo una asociación significativa. ( $p < 0.023$ ).

3) Que el no tener un empleo remunerado está asociado significativamente con el hecho de presentar efectos secundarios. ( $p < 0.022$ ).

4) Que tener una calificación de 2 (interferencia moderada) en la escala de efectos secundarios UKU está significativamente asociado a abandono terapéutico. ( $p < 0.000$ ).

Lo cual nos indica que no solo tenemos que medir la presencia o ausencia de efectos secundarios a tal o cual tratamiento psicofarmacológico, sino también medir el tipo de efectos secundarios que se presentan, pero principalmente, la valoración que el paciente hace de dichos efectos secundarios, pues cada paciente vive un contexto específico, el cual influirá de manera importante en el significado que el paciente le da a los efectos secundarios el medicamento.

5) Aunque no se alcanzara la significancia estadística, podemos observar que una mayor edad en los pacientes estuvo relacionada con la presencia de efectos secundarios a los psicofármacos ( $p < 0.06$ ). Hecho a tener en cuenta a la hora de indicar un tratamiento psicofarmacológico, pues el simple hecho iniciar los tratamientos psicofarmacológicos a dosis pequeñas y escalonadas en el tiempo nos permitirá evitar la aparición de efectos secundarios graves en personas de edad mayor, e incluso, de mantener dosis más pequeñas en los adultos mayores en comparación a los adultos jóvenes, pues como es bien sabido, la capacidad de metabolizar los fármacos es menor conforme mayor edad se tiene; por lo cual este estudio constata lo reportado por gran cantidad de estudios epidemiológicos y de farmacocinética al respecto.

6) También, sin alcanzar la significancia estadística, pero para mantener en cuenta, iniciar

un tratamiento psicofarmacológico por primera vez en la vida estuvo relacionado con una mayor calificación en la escala de efectos secundarios UKU, con una  $p$  de  $<0.085$ .

Con toda esta información podemos concluir e hipotetizar que presentar efectos secundarios al tratamiento psicofarmacológico que interfieran en un grado significativo con el funcionamiento diario del paciente influye de manera importante para que un paciente abandone su tratamiento psicofarmacológico, principalmente cuando se es adulto mayor y/o cuando se inicia el tratamiento por primera vez en la vida del sujeto. Estos podrían ser los dos principales factores de riesgo para suspender el tratamiento, y por ende deben abordarse de algún modo; como ya especificaba, una manera podría ser a través de adecuación de las posologías según grupos de edad, o bien, para los que inician un tratamiento psicofarmacológico por primera vez en su vida, a través de programas de psicoeducación que orienten y brinden mayor confianza al paciente para continuar con el tratamiento; por mencionar algunas estrategias. Todas, líneas que pueden ser abordadas en posteriores estudios.

La utilidad de este estudio es que nos permite hacer una descripción detallada de los fenómenos adherencia terapéutica y efectos secundarios a los psicofármacos cuando recién se inician, así como generar hipótesis explicativas y de trabajo.

Las limitaciones de este estudio por su diseño son que aún no nos permite establecer direccionalidad y causalidad de las asociaciones observadas. La muestra que utilizamos fue por conveniencia, además de que existe el sesgo de supervivencia de nuestra muestra.

## Bibliografia.

---

- <sup>1</sup> Day JC, Wood G, Dewey M, et al. A Self-Rating Scale for Measuring Neuroleptic Side-Effects. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 650-653.
- <sup>2</sup> Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 672-676.
- <sup>3</sup> Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics. *Psychol Med* 1983; 13: 177-183.
- <sup>4</sup> Simpson GM, Angus JWS. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand* 1970; 212: 11-19.
- <sup>5</sup> Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, et al. What did STAR\*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv* 2009; 60:1439–1445.
- <sup>6</sup> Bambauer KZ, Soumerai SB, Adams AS, et al. Provider and patient characteristics associated with antidepressant nonadherence: the impact of provider specialty. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:867–873.
- <sup>7</sup> Yeh MY, Sung SC, Yorker BC, et al. Predictors of adherence to an antidepressant medication regimen among patients diagnosed with depression in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29:701–717.
- <sup>8</sup> Sawada N, Uchida H, Suzuki T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9:38.
- <sup>9</sup> Shigemura J, Ogawa T, Yoshino A, et al. Predictors of antidepressant adherence: results of a Japanese Internet-based survey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 64:179–186.
- <sup>10</sup> Lee MS, Lee HY, Kang SG, et al. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord* 2010; 123:216–221.
- <sup>11</sup> Trivedi MH, Lin EH, Katon WJ. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectr* 2007; 12:S1–27.
- <sup>12</sup> Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry* 2001;62:S30–33.
- <sup>13</sup> Hansen DG, Vach W, Rosholm JU, et al. Early discontinuation of antidepressants in general practice: association with patient and prescriber characteristics. *Fam Pract* 2004;21:623–629.
- <sup>14</sup> Cantrell CR, Eaddy MT, Shah MB, et al. Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy: a real-world comparison of adherence and economic outcomes. *Med Care* 2006;44:300–303.
- <sup>15</sup> Akincigil A, Bowblis JR, Levin C, et al. Adherence to antidepressant treatment among privately insured patients diagnosed with depression. *Med Care* 2007; 45:363–369.
- <sup>16</sup> Bambauer KZ, Soumerai SB, Adams AS, et al. Provider and patient characteristics associated with antidepressant nonadherence: the impact of provider specialty. *J Clin Psychiatry* 2007;68:867–873.

- 
- <sup>17</sup> Hansen DG, Gichangi A, Vach W, et al. Early discontinuation: more frequent among general practitioners with high levels of prescribing. *Eur J Clin Pharmacol* 2007;63:861–865.
- <sup>18</sup> Sheehan DV, Keene MS, Eaddy M, et al. Differences in medication adherence and healthcare resource utilization patterns: older versus newer antidepressant agents inpatients with depression and/or anxiety disorders. *CNS Drugs* 24. 2008;22:963–973.
- <sup>19</sup> Vanelli M, Coca-Perraillon M. Role of patient experience in antidepressant adherence: a retrospective data analysis. *Clin Ther* 2008;30:1737–1745.
- <sup>20</sup> Kennedy J, Tuleu I, Mackay K. Unfilled prescriptions of Medicare beneficiaries: prevalence, reasons, and types of medicines prescribed. *J Manag Care Pharm* 2008; 14:553–560.
- <sup>21</sup> Hrique A, Kahn J-P. Guidelines and reality in practical use of and compliance to antidepressants in the treatment of depression: incidence survey in Lorraine and Champagne-Ardenne. *Encephale* 2009; 35:73–79.
- <sup>22</sup> Bulloch AG, Patten SB. Nonadherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45:47–56.
- <sup>23</sup> Serna MC, Cruz I, Real J, et al. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003–2007) based on prescription database. *Eur Psychiatry* 2010; 25:206–213.
- <sup>24</sup> Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, et al. Reasons for antidepressant nonadherence among Veterans treated in primary care clinics. *J Clin Psychiatry* 2011;72:827–834.
- <sup>25</sup> Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci* 2012; 9(4-5):41-46.
- <sup>26</sup> Cohen S, Khn KU, Strter B, et al. Adverse side-effect on sexual function caused by psychotropic drugs and psychotropic substances. *Nervenarzt* 2010; 81:1129–1139.
- <sup>27</sup> Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:482–488.
- <sup>28</sup> Hoencamp E, Stevens A, Haffmans J. Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1180–1181.
- <sup>29</sup> Keller MB, Hirschfeld RMA, Demyttenaere K, Baldwin DS. Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17:265–271.
- <sup>30</sup> Woolley SB, Fredman L, Goethe JW, et al. Hospital patients' perceptions during treatment and early discontinuation of serotonin selective reuptake inhibitor antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30:716–719.
- <sup>31</sup> Cohen NL, Ross EC, Bagby RM, et al. The 5-factor model of personality and antidepressant

---

medication compliance. *Can J Psychiatry* 2004; 49:106–113.

<sup>32</sup> Holma IA, Holma KM, Melartin TK, et al. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: a five-year prospective study. *J Affect Disord* 2010; 127:102–112.

<sup>33</sup> Akerblad AC, Bengtsson F, Holgersson M, et al. Identification of primary care patients at risk of nonadherence to antidepressant treatment. *Patient Prefer Adherence* 2008; 2:379-386.

<sup>34</sup> Brown C, Battista DR, Bruehlman R, et al. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care* 2005; 43:1203–1207.

<sup>35</sup> Demyttenaere K, Adelin A, Patrick M, et al. Six-month compliance with antidepressant medication in the treatment of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23:36–42.

<sup>36</sup> Massand PS. Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clin Ther* 2003; 25:2289–2304.