



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN A LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE EPIDEMIOLOGÍA

Programa de Residencia Médica en Epidemiología

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en niños y adolescentes con problemas depresivos atendidos en un Hospital Psiquiátrico Infantil en el Distrito Federal.

T E S I S

Que para obtener el grado como Especialista Médico en Epidemiología

P R E S E N T A

Dra. Alejandra Jiménez Pacheco

DIRECTORA

Dra. María Elena Márquez Caraveo.

México, D.F. Julio del 2014



DGE DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA



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.

LIBERACIÓN DE TESIS

TITULO: Factores Asociados a la No Adherencia al Tratamiento en Niños y Adolescentes con Problemas Depresivos Atendidos en un Hospital Psiquiátrico Infantil en el Distrito Federal

ALUMNA: Dra. Alejandra Jiménez Pacheco

DIRECTORA: Dra. María Elena Márquez Caraveo

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA



DR. CUITLAHUAC RUIZ MATOS

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN EPIDEMIOLOGÍA



DR. JAVIER MONTIEL PERDOMO
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA



DRA. MARÍA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO
DIRECTORA DE TESIS

México, D.F. Julio 2014

TITULO: Factores asociados a la no adherencia al tratamiento en niños y adolescentes con problemas depresivos atendidos en un hospital psiquiátrico infantil en el distrito federal.

ALUMNO: Alejandra Jiménez Pacheco

DIRECTORA: Dra. María Elena Márquez Caraveo, Médico.
Jefa de la División en Investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

ASESOR: Dr. Felipe Sánchez Cervantes
Maestro en Investigación de Servicios de Salud.
Dirección General Adjunta de Epidemiología

Resumen

Introducción: La no adherencia al tratamiento es un problema de salud pública, la cual repercute al paciente, familia institución y sociedad, está determinado por varios factores; propios del paciente, socioeconómicos, relacionados con la enfermedad, con la atención médica, con el tratamiento, entre otros. **Objetivos:** Identificar los factores que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil. **Metodología:** Se realizó un estudio trasversal observacional, analítico, la fuente de recolección fue a través de un cuestionario, se obtuvo una muestra de 195 en niños y adolescentes con trastornos depresivos que acudieron a consulta externa en la clínica de emociones y clínica de adolescencia en marzo y abril del 2014. **Resultados:** La prevalencia de no adherencia al tratamiento fue del 61.5%, conforme al tipo de diagnóstico, el 94.2% tenía depresión moderada, la razón hombre mujer fue de 1.2:1, la mediana fue de 13 años de edad, los factores que estuvieron asociados fueron el costo mayor de 600 pesos al mes RMP 4.42(2.24 - 8.83), el soporte familiar inadecuado tiene una RMP de 4.27 (2.17- 8.53), diagnóstico de depresión moderada tuvo una RMP de 4.03(1.44- 12.27), entre otros como no tener derechohabencia RMP3.44(1.67-7.37), el que tenga alguna comorbilidad RMP 2.56(1.34-4.91), creencias negativas al medicamento RMP 3.38(1.71-6.82), cambio de tratamiento RMP 2.44(1.03-6.23), dificultad al surtir el medicamento RMP 4.58(2.32-9.07). **Conclusiones:** Es importante que se pongan las estrategias que permitan garantizar la adherencia al tratamiento terapéutico, en un enfoque individual, familiar, médico e incluso de políticas de salud, que contribuyan a favorecerla.

Palabras clave: no adherencia, depresión, tratamiento.

La presente tesis la dedico

Con todo mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr nuevamente esta especialidad que con mucho gusto elegí.

A mi familia les dedico esté logro por motivarme y darme más que un consejo, a ustedes por estar siempre a mi lado, por transmitirme todos los valores y aptitudes los amo y agradezco a Dios que los allá puesto en mi vida.

A mis padres; Raymundo Jiménez Cedillo y María Concepción Pacheco Aguilar.

A mis hermanos y sobrina; Areli, Raymundo, Isael, Luis Emilio y Mili.

Fuente de motivación e inspiración.

Agradecimientos

A la Dirección General de Epidemiología por formarme como futura epidemióloga, mejor sede donde se realiza la especialidad.

A la Dra. María Elena Márquez Caraveo, por estar al pendiente en la realización de la tesis, por su valiosa guía, experiencia y conocimientos.

Al Dr. Felipe Sánchez Cervantes, asesor de esta investigación, a quién agradezco toda la orientación, paciencia, conocimientos.

A la Dra Inés Nogales, por sus comentarios y recomendaciones durante la realización de la tesis.

A Dario Alaníz Cuevas, por ser mi mejor amigo incondicional y enseñarme a poner metas, que no hay obstáculo que no puedas vencer, con ahínco y perseverancia lo puedes lograr.

A mis amigos inolvidables de la residencia: María del Carmen Martínez de la O, Jan Gutiérrez Sereno, Diana Quiñones Jurado por compartir tres años de nuestras vidas en risas, aprendizaje, angustias, ansiedades y logros.

A la Dra. Zoila Silbaja y al Dr Javier Montiel Perdomó por estar al pendiente de este logro tan importante y valioso para mí.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto y también aquellas que participaron en mi formación.

Gracias.

Índice

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Planteamiento del problema	15
IV. Justificación	16
V. Objetivos	17
5.1 General	17
5.2 Específicos	17
VI. Diseño metodológico	18
6.1 Tipo de estudio	18
6.2 Población	18
6.3 Muestra	19
6.4 Variables del estudio	20
6.5 Recolección y procesamiento de datos	21
6.6 Recursos humanos, materiales y financieros	22
6.7 Logística	22
6.8 Análisis	22
VII. Aspectos éticos	23
VIII. Resultados	24
IX. Discusión	30
X. Conclusiones	36
XI. Limitaciones	37
XII. Recomendaciones	37
XIII. Referencias	38
XIV. Anexos	43

I. Introducción

En la actualidad, la depresión representa un grave problema de salud pública, tanto a nivel mundial como en nuestro país. El impacto trasciende los límites de lo individual y lo familiar por las consecuencias que provoca. Se estima que en las próximas décadas los costos sociales asociados a la misma se incrementarán, además que será la principal causa de discapacidad a nivel mundial.

La adherencia al tratamiento es uno de los factores claves en la recuperación y un posterior resultado clínico más favorable. Sin embargo la adherencia es un fenómeno multideterminado por varios factores; propios del paciente, socioeconómicos, relacionados con la enfermedad, con la atención médica, con el tratamiento, entre otros.

El tratamiento debe ser integral y multimodal; la participación activa del niño, el adolescente y los familiares en la toma de decisiones para la implementación del tratamiento es fundamental para lograr un buen apego (1). Estudios recientes indican que 80% de los pacientes responden al tratamiento y 60% presentan remisión de los síntomas en los primeros seis meses (2).

Se estima que la no adherencia a la medicación antidepresiva oscila entre el 30 al 60%, entre sus consecuencias esta el aumento de la tasa de recaídas y recurrencias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de adherencia es un tema prioritario de las instituciones de salud por las consecuencias negativas a las que lleva como el fracaso terapéutico, hospitalización y aumento de los costes sanitarios (3).

Este proyecto de investigación consistió en realizar un estudio descriptivo de corte transversal, en la cual participaron 195 pacientes con diagnóstico de depresión, que estaban tomando medicamentos y que se atendían en la consulta externa. El objetivo principal fue identificar los factores relacionados a lo no adherencia al tratamiento farmacológico en niños y adolescentes con depresión en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNNN).

II. Antecedentes

La depresión es considerada como un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente por las consecuencias fatales como el suicidio. Esta problemática ocurre, aproximadamente en 1 millón de personas anualmente (4). En México en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), realizada en el 2003, se estimó que el 8.4 % de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida (5). En el 2004 Benjet estimó que el 2 % de la población mexicana ha padecido un episodio depresivo mayor antes de los 18 años y que el 27.5 % tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia (6). En el 2009 la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente (EMSM) realizada en la Ciudad de México, reportó que el 15.6 % de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II y que la prevalencia de la depresión mayor fue de 2% en hombres y 7.6% en mujeres (7). En el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es el segundo diagnóstico más frecuente atendido en la consulta externa, su incidencia anual es del 10 a 15% en los últimos cinco años (8).

La depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante por su curso crónico. Además a nivel mundial, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludable, una gran proporción de pacientes no acuden a los servicios médicos para recibir tratamiento, otros se retrasan para buscar ayuda médica, no reciben la atención adecuada o no se apegan al tratamiento (9). Por lo que la falta de apego al tratamiento es un problema frecuente en la práctica médica de estos pacientes. (10) (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de adherencia al tratamiento en los padecimientos crónicos es un tema prioritario de salud pública (12), por sus consecuencias negativas clínicas y económicas. Dmyttenaere et al estimaron que la no adherencia antidepresiva oscila entre el 40-70% (13) y que los pacientes que sufren depresión tienen 3 veces más riesgo de no cumplir las terapias (14). Berezon y Stein-Sharachman estimaron que la falta de adherencia al tratamiento oscila entre el 13% y 52%, variación que posiblemente se le atribuya a las diferentes metodologías utilizadas que incluye; estimación clínica, autoreporte de los pacientes, estimación de los niveles del fármaco en sangre. A pesar de esto es claro que es un grave problema (9) (15), entre sus consecuencias se ha señalado el aumento de la tasa de recaídas y recurrencias (10) (16).

A pesar de que el 49-84% de los pacientes perciben la necesidad de ser tratados con antidepresivos (17), un tercio lo abandona a los 3 meses por mejoría (18); a los 6 meses alcanza el 55% (19). Lit et al, encontraron que el 28% de los pacientes abandonan su medicación durante el primer mes de tratamiento y el 44% durante el tercero (20).

Las razones por la que los pacientes no se adhieren al tratamiento han sido por factores asociados como el bajo nivel educativo del paciente, bajos ingresos económicos, propios del paciente como la edad y sexo, el sentirse mejor y por sus efectos adversos. (13) (21) (22).

En la literatura internacional, el 1 o 2% de las publicaciones tocan el tema referente al tratamiento de los trastornos afectivos así como los factores asociados con la no-adherencia a la medicación (23).

En México no hay registros sobre la prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento en niños y adolescentes con algún problema depresivo. En efecto no se conocen las repercusiones que traen consigo las recaídas de la enfermedad al sistema de salud y a los familiares del paciente.

Adherencia

La OMS define a la adherencia como "El grado en que la conducta de una persona de tomar la medicación, seguir una dieta y/o la ejecución de los cambios de estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un proveedor de atención de la salud" (12). Otros la han definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para; asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas (24) (25) (12).

No adherencia

En contraparte la no adherencia es la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida. Se considera que la no adherencia a los esquemas de tratamiento prescritos es la mayor causa de falla terapéutica, generalmente atribuida al paciente.

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/ no cumplidor, adherencia/ no adherencia (26). Existen varios métodos que se usan para medirla que se clasifican en directos e indirectos. Todos tienen sus ventajas e inconvenientes, aunque ninguno se considera de referencia. Los métodos directos consisten en medir la cantidad de fármaco que hay en muestras biológicas, pero son caros y poco aplicables en atención primaria. Los métodos indirectos son los más utilizados, aunque tienen la desventaja de que son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, y en general, sobreestiman la adherencia al tratamiento. Dentro de los métodos indirectos, la entrevista personalizada o autocuestionario es el recomendado por la mayoría de los autores. Uno de ellos es el test de Morisky-Green (26).

En el año de 1986 Morisky y colaboradores, realizaron una investigación cuyo objetivo fue revisar las propiedades psicométricas y la validez concurrente y predictiva de una medida de autoreporte de adherencia al tratamiento compuesta por cuatro ítems: olvido en tomar el medicamento por el paciente, toma de la medicación a la hora indicada, suspensión de la medicación si el paciente se encuentra bien y suspensión de la medicación si el paciente se encuentra en malas condiciones (27). Este cuestionario es el más utilizado validado en su versión española y ha sido empleado en numerosos estudios de adherencia de fármacos en enfermedades como hipertensión arterial, sistémica, diabetes mellitus, dislipidemia, VIH/SIDA, osteoporosis, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar.

Se han realizado estudios para evaluar dicha escala en la práctica diaria, junto con versiones modificadas de la misma (Smith y colaboradores en el año 2006), identificando que esta herramienta constituye un método eficaz para detectar problemas de adherencia en pacientes con enfermedades crónicas por lo que recomiendan su inclusión en la práctica clínica diaria como método de tamizaje permanente (27) (28). La validez y fiabilidad de esta escala originalmente se establecieron en los pacientes con hipertensión, la cual mostró una consistencia interna, relativamente alta de 0,61, la sensibilidad y la especificidad fueron de 0,81 y 0,44, respectivamente (29).

El tratamiento mínimamente adecuado lo definen que debe llevarse a cabo durante 12 meses anteriores, con una terapia psicológica de cuatro o más consultas ambulatorias. Otros definen que un tratamiento mínimamente adecuado es aquel en el que se tiene

dos o más visitas ambulatorias, con cualquier medicación por cualquier periodo de tiempo (30) (31). También se usó tratamiento en el cual se requiere: ocho o más visitas a cualquier sector de servicios para la psicoterapia, o cuatro o más visitas a cualquier servicio sector y 30 o más días de tomar cualquier medicamentos para la farmacoterapia (32).

El incumplimiento o la falta de adherencia es un fenómeno multifactorial que incluye factores psicosociales, relacionados a la medicación o a los servicios de salud (33).

Según la OMS, la adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores de riesgo la cual la engloba en factores: (12)

- 1) Relacionados con el paciente
- 2) Socioeconómicos
- 3) Relacionados con la enfermedad
- 4) Relacionados con la atención médica
- 5) Relacionados con el tratamiento

1.- Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia. Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación

del monitoreo; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento asesoramiento, a las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

2. - Factores Socioeconómicos

Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico bajo, el analfabetismo o bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el costo del transporte, el alto costo de la medicación, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura, la disfunción familiar y las creencias populares acerca de la enfermedad y el tratamiento.

El nivel socioeconómico no es un factor predictivo para la adherencia al tratamiento, sin embargo en los países en vías de desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la situación de tener que elegir entre comprar su medicamento o elegir entre sus prioridades que tienen en ese momento. Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. No obstante los resultados de un estudio refieren que las variables de organización (tiempo que pasa con el médico, continuidad de la atención, estilo de comunicación y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) para afectar la adherencia terapéutica de los pacientes.

El papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Este puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo o grupos de autoayuda, estos lazos sociales con otros individuos, grupos o con la comunidad serán más beneficioso (34).

3.- Factores relacionados con la enfermedad

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (35). Algunos otros la definen como una existencia en la que persiste una disposición de ánimo triste o irritable, así como también anhedonia, pérdida de la habilidad de experimentar placer en casi todas las actividades (6).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor, que determina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento. El diagnóstico de la depresión se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (36).

De acuerdo al CIE-10 y DSM la depresión puede clasificarse en (36) (37) (38)

Cuadro1. Clasificación de la Depresión

CIE-10	DSM- IV y DSM-5
F32 Episodio depresivo leve	Trastorno depresivo mayor, episodio único
F32 Episodio depresivo leve	Trastorno depresivo mayor, recidivante
F33 Trastorno depresivo recurrente	Trastorno distímico
F33 Trastorno depresivo recurrente	Trastorno no especificado
F.34 Trastorno distímico	De acuerdo a la severidad:
F.34 Trastorno distímico	Leve
F.34 Trastorno distímico	Moderada
F.34 Trastorno distímico	Grave

Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Disorders (DSM-5), Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

El origen de la depresión es complejo, su etiología es multifactorial ya que es el resultado de factores genéticos, neuroquímicos, psicológicos y sociales (39).

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

Entre las perspectivas para tratar de comprender las causas de la depresión están: las teorías biológicas; suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia (4); los factores genéticos que intervienen en la presencia de la depresión aumentan el riesgo de presentar este trastorno si uno o ambos padres tuvieron depresión (40). Estudios muestran que hay marcadores genéticos potenciales para los trastornos del estado de ánimo, que se localizan en los cromosomas X, 4,5,11,18 y 21. Así también hay un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT), del cual en individuos con dos copias del alelo corto del 5-HTT muestran depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con los individuos con un solo alelo (41). Hay alteraciones neuroendocrinas que reflejan los signos y síntomas neurovegetativos que son aumento de la secreción de cortisol y de hormona liberadora de corticotropina (CRH), aumento del tamaño de las suprarrenales, descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides (42).

Diferentes estudios han demostrado que los factores psicosociales influyen en los trastornos mentales (43), lo cual interacciona directamente con factores neurobiológicos, entre los factores psicosociales como lo son: estrés externo que hace referencia a la tensión ocasionada por situaciones o sucesos impredecibles e incontrolables que ejercen un impacto perjudicial para el niño o adolescente; a la influencia que ejerce la familia, fundamentalmente los padres; a los conflictos familiares; el acoso escolar (bullying) la cual puede influir de manera positiva o negativa (44).

Existen teorías fisiopatológicas de los trastornos afectivos, la cual están involucradas alteraciones en los neurotransmisores, endocrinas y otros como alteraciones electrofisiológicas.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. También hay neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y así como en el bulbo las se proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo. Existe la hipótesis que en este tipo trastorno se presentan lesiones en estas estructuras especialmente en el hemisferio no dominante. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le

atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones en el sueño, apetito, y otros síntomas característicos de la depresión sugieren una disfunción del hipotálamo. La postura inclinada de los pacientes deprimidos, su enlentecimiento motor y las alteraciones cognitivas leves son similares a los signos observados en los trastornos de los ganglios basales (45). Se sugiere una disfunción hipotálamo-hipófisis en todos los trastornos afectivos, esta disfunción no específica parece alguna enfermedad depresiva. Otros sugieren que hay una cierta cantidad de aminas o un cierto nivel de sensibilidad de los receptores de las catecolaminas que genera un estado de ánimo normal. La insensibilidad de los receptores, disminución total de las aminas, o descenso en su síntesis o almacenamiento causa la depresión. Por el contrario cuando las aminas se encuentran en exceso o los receptores son hipersensibles, se desarrolla un estado de manía (42).

En estudios de los neurotransmisores fundamentan el éxito de los medicamentos para el tratamiento antidepresivo (42) (45). El 70% de los pacientes depresivos responden efectivamente a fármacos que aumentan los efectos excitadores de estos neurotransmisores en las terminaciones nerviosas, como los tricíclicos y los inhibidores de la MAO (IMAO's) que aumentan la disponibilidad de catecolaminas e indolaminas en el sistema nervioso central.

El diagnóstico de la depresión en la infancia y en la adolescencia es una condición recurrente que usualmente persiste en la adultez (46). No obstante la sintomatología de la depresión infantil tiene características propias. Por ejemplo, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste, la depresión afecta el crecimiento y el desarrollo del individuo, provocando bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en ciclos de sueño. El diagnóstico de la depresión se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (36).

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve, de 6 de 10 síntomas el nivel moderado y de 8 a 10, el nivel grave. Además de tener al menos 2 de 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de

energía para los episodios depresivos leve y moderado y 3 síntomas para los episodios graves.

Son determinantes importantes en la adherencia terapéutica factores que están relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Se ha reportado que las enfermedades crónicas producen menor tasa de cumplimiento, en comparación con las agudas ya que producen mayor sintomatología. Al parecer resulta más difícil seguir las recomendaciones profilácticas, como modificaciones de estilos de vida o cambios de comportamiento que aquellas indicaciones terapéuticas que atenúan el efecto de los síntomas que están produciendo malestar. Los síntomas constantes facilitan la adaptación y en consecuencia pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como las características de los propios síntomas, como ser alarmantes o percibirse como peligrosos pueden estimular el cumplimiento de las prescripciones (34).

4- Factores relacionados con la atención médica

Se ha realizado poca investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo de sistema asistencia médica. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica¹⁷, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo como : los servicios de atención médica poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.

5.- Factores relacionados con el tratamiento

La depresión es susceptible de ser tratada de muchas maneras, de acuerdo con las diferentes perspectivas (1). Las opciones terapéuticas recomendadas para la depresión

moderada a grave consisten en un apoyo psicosocial básico combinado con fármacos antidepresivos o psicoterapia, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal o las técnicas para la resolución de problemas (35). Actualmente, el algoritmo de tratamiento de la depresión utilizado en la guía clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil engloba al tratamiento farmacológico y al tratamiento psicoterapéutico.

Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos mejor estudiados en esta población son los inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina ISRSs. De entre ellos, la fluoxetina ha probado su eficacia frente a placebo en tres ensayos clínicos doble-ciego, aleatorizados y controlados 18-20, así como mayor prevención de recaídas hasta en 32 semanas; y fue superior a otros antidepresivos como la nortriptilina y a la terapia cognitivo conductual, por lo que la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) la aprobó para el tratamiento del TDM en niños y adolescentes. Recientemente, el escitalopram (10-20mg) también fue aprobado por la FDA para su uso en adolescentes.

La sertralina y la paroxetina no mostraron diferencias significativas contra placebo en niños y adolescentes deprimidos. La sertralina mostró menor eficacia que la terapia cognitivo-conductual y la paroxetina no mostró diferencias contra imipramina y clorimipramina en adolescentes deprimidos, por lo que aún no cuentan con suficiente evidencia para ser aprobadas como tratamiento antidepresivo en este grupo de edad (1) (36).

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina) no se recomienda su empleo en la infancia en la actualidad, al no haberse demostrado una eficacia superior al placebo en ensayos clínicos controlados y poseer, por contra, una capacidad de producir efectos adversos importantes, debido a su cardiotoxicidad, lo que los hace especialmente peligrosos en el caso de un intento de suicidio (13). Al igual que los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) no son aconsejables por las restricciones alimentarias ineludibles, las interacciones medicamentosas arriesgadas y la ausencia de ensayos clínicos con grandes muestras que apoyen su eficacia.

Este hecho ha contribuido a que en la guía clínica que edita el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico, se recomiende especialmente la asociación de

fluoxetina y psicoterapia cognitiva como primera opción para el tratamiento de las depresiones infantiles moderadas y graves (22). ISRSs cuya eficacia se ha probado en al menos un ensayo doble-ciego, aleatorizado y controlado son: citalopram, sertralina y paroxetina, si bien se ha vinculado a este último con una mayor emergencia de pensamientos suicidas en la adolescencia (7).

La AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) recomienda que los pediatras y los psiquiatras realicen un estrecho seguimiento de los niños que han empezado un tratamiento con antidepresivos para la detección temprana de pensamientos y conductas autolíticas. Se considera una población vulnerable, en este sentido, a los menores con antecedentes familiares de trastornos afectivos y de suicidio, así como a aquellos con alteraciones graves de conducta e impulsividad y a los que proceden de un medio social degradado. La propia AACAP señala como “signos de alarma” a tener en cuenta por parte de los padres, familiares y cuidadores de los niños en tratamiento con antidepresivos a los siguientes:

Aparición de ideas de suicidio en el menor (o aumento de su frecuencia si ya existían antes del tratamiento).

- Conducta autodestructiva
- Ansiedad persistente
- Agitación
- Agresividad
- Insomnio
- Irritabilidad
- Inquietud psicomotriz
- Euforia
- Verborrea
- Aparición de planes o metas fuera de la realidad (1).

Tratamiento psicosocial.

El tratamiento psicosocial de todos los pacientes debe comenzar con un proceso de psicoeducación. Ésta se ha definido como el conjunto de medidas dirigidas a que el paciente y sus familiares comprendan las causas y características de la enfermedad, conozcan las opciones de tratamiento y los posibles efectos secundarios de los medicamentos antidepresivos y aprendan estrategias de afrontamiento ante los síntomas (8).

La psicoterapia para la depresión infantil incluyen; la reducción de la gravedad de los síntomas al mejorar la autoestima, aumentar la tolerancia a la frustración, aumentar la autonomía, incrementar la capacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria y establecer buenas relaciones con los compañeros. Los ensayos clínicos controlados han mostrado que las terapias cognitivo-conductual e interpersonal son eficaces en el manejo de la depresión.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) incluye el análisis cognitivo (reconocimiento de emociones, la relación de éstas con la conducta y el cambio de atribuciones cognitivas negativas y las intervenciones conductuales (entrenamiento en habilidades sociales y la resolución de problemas), que se abordan a lo largo de 12 a 16 sesiones (1).

La terapia interpersonal (TI) es una psicoterapia breve centrada en las relaciones sociales del individuo y el estado actual de las mismas (47) (25). La TI ha demostrado, al igual que la TCC, una reducción en la gravedad de los síntomas a corto (25) y mediano plazo, (12) disminución en la aparición de síntomas depresivos en sujetos de alto riesgo y en la ideación suicida (1).

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con:

- Complejidad del régimen médico
- Duración del tratamiento
- fracasos de tratamientos anteriores
- Cambios frecuentes en el tratamiento
- Inminencia de los efectos beneficiosos
- Efectos colaterales
- Disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

Los factores del tratamiento tienen un carácter básicamente médico y se refiere a las características del régimen terapéutico. La complejidad del tratamiento, incluye el grado de cambio comportamental que exige el tratamiento, si implica cambios en los hábitos y estilos de vida o exige pautas nuevas de comportamiento. También son variables relacionadas con la complejidad el número, la frecuencia del consumo y la combinación de distintos tipos de medicamentos. Se reconoce que la medicación múltiple favorece el incumplimiento. Otra cuestión es la duración del tratamiento. Si es corto se fracasa menos

en el cumplimiento, mientras que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los enfermos al momento de comenzarlas y este incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También se destaca la presencia de efectos secundarios o indeseables. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia puesto que estos pueden llegar a ser más perturbadores que los propios síntomas de la enfermedad. Los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos, produciendo un descenso en la adherencia (34).

III. Planteamiento del problema

La falta de adherencia al tratamiento en los problemas depresivos es un tema prioritario de salud pública, ya que se presenta en pacientes de todas las edades y en la mayoría de las enfermedades crónicas.

En el hospital psiquiátrico Infantil uno de los problemas en la atención ambulatoria es la adherencia al tratamiento en pacientes que padecen algún trastorno de ánimo que implique una medicación diaria, continua y larga.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos otorgados por el paidopsiquiatra queda bajo la responsabilidad del padre, madre o tutor, y éste tiene autonomía para el manejo del tratamiento.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en niños y adolescentes de 6 a 17 años con problemas depresivos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil?

IV. Justificación

La depresión en la infancia y en la adolescencia, es un trastorno del estado de ánimo que debido a la elevada demanda en la consulta y a la discapacidad que provoca se coloca en una de las prioridades de la salud pública en nuestro país.

En el campo de la salud mental, se ha encontrado que el 26-50% de los pacientes no acuden a su primera cita psiquiátrica (48).

El Hospital Psiquiátrico Infantil atiende a población no derechohabiente, con algún trastorno mental, la depresión es el segundo diagnóstico más frecuentemente atendido (36), en la cual no se conoce la prevalencia de la no adherencia al tratamiento.

Puesto que el tratamiento resulta crucial para el restablecimiento del adolescente, la poca o nula adherencia es un fenómeno que se presenta en todas las edades, y genera consecuencias que pueden llegar a ser fatales como el suicidio, consecuencias físicas, psicosociales, reingresos hospitalarios, pérdida del control de la enfermedad, costos para el sistema de salud y costos catastróficos para la familia, por tal motivo la adhesión a los medicamentos antidepresivos es una ventaja importante para el éxito del tratamiento de la depresión (38).

De esta manera se deberá construir las estrategias que ayude a mejorar la adhesión al tratamiento y diseñar programas que promuevan el cumplimiento en base a la investigación y proporcionar a los profesionales de salud con un instrumento que les ayude a detectar desde la primera consulta a los pacientes que no se apegan al tratamiento por una baja o nula adherencia.

V. Objetivos

5.1 General

Identificar los factores que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico antidepresivo en niños y adolescentes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

5.2 Específicos

- Describir características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de la consulta externa, de la clínica de emociones y de adolescentes, en el período marzo – abril 2014 en el Hospital Psiquiátrico Infantil
- Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de depresión con clave CIE10; F32, F33, F34 con sus variantes atendidos en el servicio de la consulta externa.
- Estimar la prevalencia de la no adherencia a la depresión en pacientes atendidos en el servicio de la consulta externa, en el periodo de marzo – abril de 2014.
- Identificar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo
- Ponderar los factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento en problemas depresivos.

VI. Diseño metodológico

6.1 Tipo de estudio

- Observacional; el investigador no manipula ninguna de las variables.
- Transversal; se estudia simultáneamente la exposición y el efecto en una población bien definida en un momento determinado.
- Analítico; porque tiene una comparación que permite realizar un análisis estadístico.
- Prolectivo; el método de recolección de datos es prospectivo.

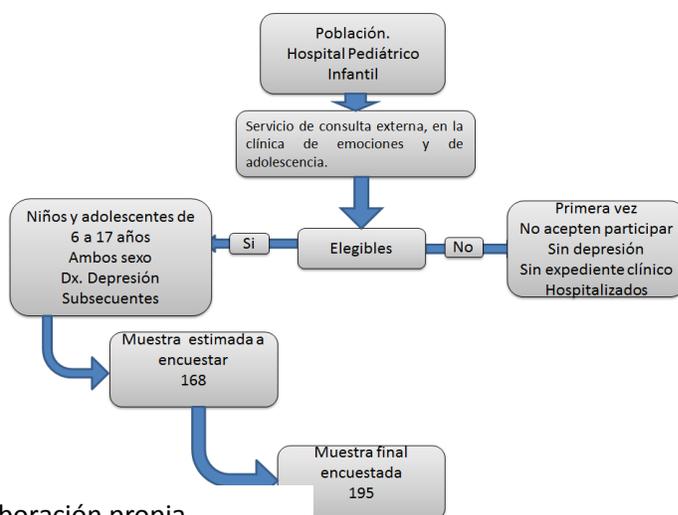
6.2 Población

Características de la sede donde se realizará el estudio

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", otorga atención primaria, secundaria y terciaria de forma continua e integral. Cuenta con un área de consulta externa, hospitalización, urgencias, neuropsiquiatría, pediatría, odontología, medicina física y rehabilitación, laboratorio, rayos "X", electroencefalografía, rehabilitación psicosocial, y psiquiatría comunitaria.

La consulta externa está constituida por 7 clínicas: 1.- Clínica del desarrollo, 2.- Clínica de las emociones, 3.- Clínica de los trastornos de la conducta, 4.- Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual), 5.- Clínica de adolescencia, 6.- Psiquiatría legal, 7.- Hospital de día. En la figura 1 se esquematiza a la población y muestra que se eligió.

Figura 1. Esquema de la población y muestra en niños y adolescentes con depresión, Hospital Psiquiátrico Infantil, 2014.



Fuente: Elaboración propia

Población diana o blanco

Niños y adolescentes que padezcan algún problema de depresión que reciban atención médica en el hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N Navarro”.

Población accesible

Pacientes que acudieron al servicio de consulta externa, en la clínica de emociones y de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil.

Población elegible

Que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Niños y adolescentes de 6 a 17 años de edad, ambos sexo, con diagnóstico de Depresión de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE-10), pacientes subsecuentes mayor de 3 consultas, valorados durante el periodo de estudio en el servicio de consulta externa (clínica de emociones y adolescencia) del Hospital Psiquiátrico Infantil del periodo marzo – abril del presente año.

Criterios de exclusión: Pacientes de primera vez, que no tengan problemas depresivos, atendidos fuera del periodo estudio, que no cumplan con la edad, que no cuenten con expediente clínico, que no acepten participar, que acudan a otro servicio diferente al de consulta externa.

6.3 Muestra

Marco muestral

Listado de pacientes programados para consulta externa, de la clínica de emociones y de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil JNN.

La unidad de muestreo es el paciente con algún problema depresivo.

La unidad de observación es el paciente con depresión.

Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + z^2pq}$$

n = tamaño de muestra

N= tamaño de la población

Z= Valor Z crítico, calculado en las tablas de área de la curva normal

d = nivel de precisión absoluta

El tamaño de la población (N) pertenece a una parte de los pacientes registrados en la consulta externa como subsecuentes, los cuales 500 reúnen las características necesarias.

Considerando una prevalencia de no adherencia al tratamiento antidepresivo como el 70 % de prevalencia, un 95% de nivel de confianza y el 5% de precisión.

Se sustituyen los valores;

$$n = \frac{500(1.96)^2(0.7)(0.3)}{(0.05)^2(500 - 1) + 1.96^2(0.7)(0.3)}$$

Obteniendo una muestra de 139.85, y aplicando un 20% de no respuesta, la muestra final la conforman 168 pacientes.

Tipo de muestreo

Por circunstancias del estudio se optó por realizar un muestreo no probabilístico, en forma consecutiva de los sujetos con diagnóstico de depresión del área de consulta externa, hasta completar el tamaño de la muestra requerido en el periodo de estudio.

6.4 Variables del estudio

La definición y operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 1.

Variable dependiente

No adherencia al tratamiento serán aquellos pacientes que tomen menos de 30 días su medicamento.

Variables Independientes

- Factores relacionados con el paciente:
Edad, sexo, grado de escolaridad, ocupación.
- Factores socioeconómicos de los padres:
Escolaridad, ocupación, ingreso mensual, derecho habiente, costo del transporte.
- Factores relacionados con la enfermedad:
Tipo de depresión, duración de la enfermedad, hospitalizaciones previas por enfermedad mental, comorbilidad.
- Factores relacionados a la atención médica:
Trato con el médico, consulta psicológica, tiempo de su casa al hospital, motivos de no acudir a consulta.

- Factores relacionados con el tratamiento:
Costo del medicamento, duración del tratamiento antidepresivo, cambio en el tratamiento, tipo de medicamentos recetado, efectos adversos de los medicamento, razones de la no ingesta.

6.5 Recolección y procesamiento de datos

Se identificaron los pacientes que cumplieron los criterios de selección, además se corroboró el diagnóstico a través del expediente clínico.

Se solicitó la aceptación del consentimiento informado por parte de su padre y/o tutor, mediante la firma de este documento.

Instrumentos de recolección de información y fuentes de información

Las fuentes de datos utilizadas fueron de dos tipos:

1. Fuente primaria: cuestionario aplicado al padre o tutor encargado del tratamiento del paciente subsecuente de la clínica de emociones y clínica de adolescencia (Anexo 2).
2. Fuente secundaria: revisión de expediente clínico del paciente encuestado.

Instrumento de recolección de información

El instrumento de recolección de información utilizado fue a través de un cuestionario estructurado que fue diseñado para este estudio. El instrumento se diseñó para ser administrado mediante entrevista individual y presencial por el mismo encuestador y ser aplicado en la sala de espera del área de la consulta externa.

El cuestionario tuvo un total de 30 preguntas orientadas para responder cada una de las siguientes dimensiones. Este cuestionario incluyó el test de Morisky-Green-Levine, con el cual se recopiló la información referente a la adherencia terapéutica farmacológica de los pacientes. (Anexo 2, Sección 5)

Procesamiento de información

- Los datos se capturaron a través de una máscara realizada en Microsoft Access 2010 (Anexo 3).
- Se exportó a Microsoft Excel 2010, donde se limpió la base, además se elaboró tablas y gráficos.
- Para el análisis estadístico se utilizó STATA SE versión 12.0.

6.6 Recursos humanos, materiales y financieros

- a. Humanos: Residente de epidemiología que realizó actividades esenciales del estudio que incluyen: generación, colección y análisis de los datos.
- b. Físicos: Hospital Psiquiátrico Infantil, área de consulta externa, archivo clínico, así como se utilizaron Hojas, lápices, bolígrafos, copias, libreta, expediente clínico, laptop, calculadora, programas de Microsoft Office; Access 2010, Excel 2010 y Word 2010. Programa estadístico Epi Info versión 7.0 y Stata 12.0.
- c. Financieros: Para traslado al HPIDJNN, copias.

6.7 Logística

Después de ser aprobado por el comité de ética y de investigación del HPI en febrero del presente año se procedió a realizar los cuestionarios a los padres o tutores que acudían a la consulta con el paciente que cumplían con criterios de elegibilidad. Se obtuvieron los datos propuestos y se capturaron en máscara diseñada para el estudio, creando así la base de datos la cual posteriormente se realizó el tratamiento estadístico para la obtención de la proporción de la no adherencia al tratamiento, así como identificar los factores asociados.

6.8 Análisis

Para la elaboración de tablas y Gráficos se usó el programa de Excel 2010, también se utilizó los programa estadístico: Epi Info versión 7.0 y STATA SE versión 12.0.

En el análisis univariado, de acuerdo a las características de cada una de las variables, se analizó de la siguiente forma; las variables cualitativas se presentan en forma de frecuencias expresadas en porcentajes; las variables cuantitativas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para corroborar la normalidad, por lo que se e usó mediana y rango intercuartílico.

Se estableció una variable de no adherencia. La prevalencia de no adherencia al tratamiento antidepresivo se determinó como la medida de frecuencia relativa expresada en porcentaje (%) en la población total.

En el análisis bivariante, se evaluó la asociación entre los factores y la no adherencia al tratamiento antidepresivo con la prueba asintótica de Ji Cuadrado de Pearson ó el test exacto de Fisher. Adicionalmente, se evaluó la fuerza de asociación de los factores que presentaron una diferencia estadísticamente significativa a través de razones de prevalencia junto con su respectivo intervalo de confianza del 95%. El nivel de significancia utilizado fue del 5% ($p < 0.05$).

VII. Aspectos éticos

Esta investigación se fundamenta en garantizar el respeto a los derechos individuales de los pacientes. Por lo tanto, es específicamente importante asegurar la confidencialidad y privacidad de los datos, por lo que se realizará de acuerdo con el título primero, capítulo único en los artículos 2º, 3º, 4º y 5º del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud.

De acuerdo con el capítulo I, título segundo, artículos 16 al 23, de esta Ley esta investigación se considera de riesgo mínimo para los sujetos participantes, además en el capítulo III, artículos 36 al 39, para la realización de investigaciones en menores de edad se debe obtener por escrito la autorización por medio del consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad, en este proyecto será necesario aplicar un cuestionario para la recolección de datos, éste lo contestará el padre, madre o tutor.

Se contó además con la aprobación por parte del comité de investigación y de ética del Hospital donde se realizará el estudio (Anexo 2).

VIII. Resultados

Características sociodemográficas

El grupo de estudio lo conformaron 195 pacientes con diagnóstico de depresión, en donde el 55% corresponden al sexo masculino y 45% sexo femenino. La edad mínima fue de 6 años y la máxima de 17 años, la mediana de 13 años.

Con respecto a la escolaridad el 90.7% estudiaban; de los cuales el 44.6% cursaban la primaria, 34.3% secundaria y 10.7% acudía a preparatoria o bachillerato. De acuerdo a la ocupación el 90.7% se dedicaban al estudio, y el 7.2% en ese momento no tenían alguna ocupación.

Por lugar de residencia el 77.44% de los pacientes radicaban en el Distrito Federal, en el Estado de México 19%, en Morelos 1.54% y menos del 1% en Guanajuato, Guerrero, Hidalgo. En cuanto a la derechohabiencia, el 65.6% no tiene seguro social, el 24.5% tiene seguro popular, el 7.2% IMSS y el 2.6% ISSTE (Cuadro1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes encuestados, Hospital Infantil Psiquiátrico, marzo- abril 2014, (n=195)

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)	
Edad	6 – 11	78	40.0
	12 – 17	117	60.0
Sexo	Masculino	107	54.9
	Femenino	88	45.1
Derechohabiencia	Ninguno	128	65.6
	Otro	47	24.6
	IMSS	14	7.2
	ISSTE	5	2.6
Entidad de residencia	Distrito Federal	151	77.4
	México	38	19.5
	Morelos	3	1.5
	Guanajuato	1	0.5
	Guerrero	1	0.5
	Hidalgo	1	0.5
Ocupación	Estudia	177	90.7
	Trabaja	3	1.5
	Estudia y trabaja	1	0.5
	Ninguno	14	7.2
Escolaridad	Primaria	90	46.2
	Secundaria	78	40.0
	Bachillerato	26	13.3
	Ninguno	1	0.5

Fuente: Cuestionario para padre o tutor de pacientes con depresión. HPIJNN, México 2014.

Características sociodemográficas de los padres de familia

Con respecto a la escolaridad el nivel de estudios fue secundaria completa 62% en padres y el 36.4% en las madres, otros con menor porcentaje tenían bachillerato o licenciatura, de acuerdo a la ocupación en los padres el 53.8% tiene un empleo informal, el 7.2%, 1.5% se encontraban desempleados y más del 30% se ignora, en las madres el 47.2% se dedican al hogar, 44.1% tienen un empleo informal. En cuanto al tipo de familia el 49.7% de los pacientes tienen una familia nuclear. El 31.3% tiene una familia monoparental y de estos el 81% está bajo el cuidado de la madre.

En aspectos de traslado el 50% de los pacientes su recorrido aproximadamente es de 80 minutos de su casa al hospital y el gasto del transporte es de \$ 10 pesos mínimo y máximo \$ 1,400 cada vez que acuden al hospital.

Características clínicas de los pacientes

De acuerdo a las características clínicas de los pacientes el 87.1% de los pacientes estudiados tenían depresión moderada, el 10.3% depresión leve y 2.6% depresión grave. Más del 61% tenían alguna comorbilidad, de estos el 43.7% tenían trastorno por déficit de atención, el 12.0% ansiedad y el 42.2% presentaban soporte familiar inadecuado 42.2%, entre otras enfermedades 42.2% como; trastorno obsesivo compulsivo, trastorno oposicionista desafiante, enuresis. Una proporción de 17.7% tuvieron antecedente de hospitalización (Cuadro 2).

Cuadro 2. Características clínicas de los pacientes encuestados, (n=195)

Variable	CIE-10	Total		Adherente		No Adherente	
		n=195	%	n=75	%	n=120	%
Depresión leve	F32.0	17	8.7	13	17.3	4	3.4
Depresión moderada	F32.1	173	88.7	60	80.0	113	94.2
Depresión grave	F32.2	5	2.5	2	2.6	3	2.5
Comorbilidades		125	60.9	38	49.3	87	72.5
TDAH*	F90	90	46.1	25	33.3	65	54.1
Ansiedad	F41	24	12.3	8	10.6	16	13.3

Otras	--	11	8.8	0	0	11	8.8
Soporte familiar inadecuado	Z63	90	42.2	19	25.3	71	59.1
Hospitalizaciones previas	--	36	17.7	11	14.6	25	20.8

Fuente: Cuestionario para padre o tutor de pacientes con depresión. HPIJNN, México 2014.

Nota: * TDAH; Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Prevalencia de no adherencia al tratamiento antidepressivo

No adherencia al tratamiento

La prevalencia de no adherencia al tratamiento fue del 61.5%, conforme al tipo de diagnóstico, el 94.2% tenía depresión moderada, el 3.3% tenían depresión leve y el 2.5% tenían depresión grave (cuadro 3), de acuerdo al sexo la razón hombre mujer fue de 1.2:1, la mediana fue de 13 años de edad. El 89.0% de los pacientes eran estudiantes y el 39.0% se encontró cursando la primaria, en el 51.6% de los casos no tienen seguridad social y dos terceras partes residen en el Distrito Federal.

Cuadro 3. Frecuencia y Prevalencia de la depresión por clave CIE-10, (n=195)

Variable		Adherentes		No adherentes		X ²	p
		n=75	%	n=120	%		
Depresión Leve	F32.0	13	17.3	4	3.3	11.36	0.001
Depresión Moderada	F32.1	60	80	113	94.2	9.25	0.002
Depresión Grave	F32.2	2	2.6	3	2.5	0.01	0.943

Fuente: Cuestionario para padre o tutor de pacientes con depresión. HPIJNN, México 2014.

En los pacientes no adherentes tienen antecedente de hospitalizaciones previas de 21.0%, y más del 70.0% tiene una comorbilidad asociada a TDHA en el 54.1%, Ansiedad en el 13.3 % y el resto a otras enfermedades mentales y somáticas.

Factores asociados a lo no adherencia al tratamiento antidepressivo

Los factores asociados que tuvieron asociación con el grupo adherente y no adherente fueron de las variables socioeconómicas; en el caso de la no derechohabencia RMP 3.44 (1.67 -7.37), mostró tener 3.44 veces de riesgo para no adherirse, comparado con los que tienen derechohabencia. Los factores relacionados la enfermedad, entre ellos la depresión moderada tuvo una RMP de 4.03(1.44- 12.27), cuatro veces el riesgo de no adherirse comparado con los que tienen otro tipo de depresión, así también el tener

alguna comorbilidad tiene una RMP de 2.56 (1.34 -4.91), 2.56 veces el riesgo de no adherirse comparado con los que solamente van por depresión, el soporte familiar inadecuado tiene una RMP de 4.27 (2.17- 8.53), lo que significa que el tener soporte familiar inadecuado tienen 4.27 veces el riesgo de no adherirse comparado con los que se adhieren. Los factores relacionados al tratamiento los que tuvieron riesgo de no adherirse fueron; creencias negativas RMP 3.38(1.71 - 6.82), efectos secundarios RMP 2.033(1.03 - 4.07), cambio de tratamiento RMP 2.44(1.03 -6.23), dificultad al surtir su medicamento por motivos económico RMP 4.58 (1.68 - 9.01), el que tenga gasten más de 600 pesos al mes RMP 4.42(2.24 - 8.83),por otro lado el que tengan un buen trato con el médico RMP 0.209(0.09 - 0.43) tiene efecto protector , además el que tengan consulta psicológica RMP 0.52(0.027 - 0.97), tienen el 52% de ser un paciente adherente comparado con los que no tienen terapia psicológica.

Cuadro 4. Factores de riesgo asociados a la no adherencia al tratamiento antidepresivo, abril - marzo, 2014

Variable	RMP*	IC ⁺	P ⁺⁺	FEE ^{&}	FEP ^{&&}
Relacionados con el paciente					
Sexo masculino	1.31	0.70 - 2.44	0.3509	----	----
Adolescente	1.71	0.91 -3.21	0.0714	----	----
Socioeconómicos					
Sin derechohabencia	3.44	1.67 -7.37	0.0003	70.9	31.3
Relacionados con la enfermedad					
Depresión leve	0.02	0.03-0.56	0.0007	----	----
Depresión moderada	4.03	1.44 - 12.27	0.0023	75.2	70.8
Soporte Familiar Inadecuado	4.27	2.17 - 8.53	<0.0001	76.5	45.3
Comorbilidades	2.56	1.34 - 4.91	0.0020	61.04	44.2
Relacionados con el sistema de atención médica					
Consulta psicológica	0.52	0.27 - 0.97	0.0294	----	----
Adecuado trato con el médico	0.21	0.09 - 0.44	<0.0001	----	----
Relacionados con el tratamiento					
Dificultad al surtir el medicamento	4.58	2.32 -9.07	<0.0001	78.1	61.9
Costo más de \$ 600.00	4.42	2.24 - 8.83	<0.0001	77.38	46.42
Creencias negativas	3.38	1.71 - 6.82	0.0001	70.4	54.6
Cambio de tratamiento	2.44	1.03 - 6.23	0.0272	59.09	14.77
Efectos secundarios	2.03	1.03 - 4.07	0.0271	50.8	20.7
Monoterapia	0.29	0.15 - 0.56	<0.0001	----	----

Fuente: Cuestionario para padre o tutor de pacientes con depresión. HPIJNN, México 2014.

Nota: RMP: Razón de Momios Prevalencia, IC; Intervalo de Confianza a 95%; Valor de P: Nivel de significancia a 0.05 a dos colas, FEE; Fracción de Eliminación en Expuestos, FEP; Fracción de Atribución en Población.

Análisis de regresión logística

A partir de los resultados obtenidos con significancia estadística del análisis bivariado de la prueba chi 2, se realizó análisis de regresión logística de forma particular para cada una de las variables independientes con la variable dependiente. Posteriormente se construyó un modelo explicativo de la no adherencia, determinando que los factores que predicen la no adherencia fueron; soporte familiar inadecuado (OR=8.43) la cual tiene 8.43 veces la posibilidad de no adherirse, el tener creencias negativas (OR=7.77, el diagnostico depresión moderada(4.90), el no tener derechohabencia (OR=3.90), el costo del medicamento más de \$600.00 (OR=3.45) tiene 3.45 veces la posibilidad de no adherirse así como el padecer otra enfermedad (OR=3.27) y ser adolescente (OR=1.39) tienen la posibilidad de no adherirse(Cuadro 6).

Cuadro 6. Análisis de regresión logística múltiple, para variables que predicen la no adherencia al tratamiento antidepresivo

Variable	β	EE [#]	OR	Intervalo de Confianza	p*
Soporte familiar inadecuado	2.18	0.49	8.43	3.23 - 21.98	<0.001
Creencias negativas al medicamento	2.05	0.50	7.77	3.29 - 20.19	<0.001
Depresión moderada	1.59	0.67	4.90	1.27 - 16.71	0.019
No derechohabencia	1.36	0.53	3.90	1.44 - 10.66	0.010
Costo del medicamento > \$600.00	1.23	0.46	3.45	1.37 - 7.67	0.008
Otras enfermedades	1.19	0.54	3.27	1.36 - 8.43	0.012
Edad (adolescente)	0.32	0.10	1.39	1.15 - 1.69	0.001
Buen trato con el médico	-1.58	0.56	0.09	0.08 - 0.51	0.001
Consulta psicológica	-2.42	0.46	0.20	0.03 - 0.27	<0.001

Fuente: Cuestionario para padre o tutor de pacientes con depresión. HPIJNN, México 2014.

Nota: "BB; coeficiente de regresión, OR: Odds ratio, # EE; error estándar, * Valor de P: Nivel de Significancia a 0.05 a dos colas.

IX. Discusión

La depresión en niños y adolescentes es un problema de salud pública en México, en el 2004 Benjet estimó que el 2% de la población mexicana había padecido un episodio depresivo mayor antes de los 18 años y que el 27.5 % presentó su primer episodio en la infancia o adolescencia (6), a pesar que es un diagnóstico común en la práctica médica la prevalencia a nivel nacional se desconoce, solo se cuenta a nivel metropolitano que refleja el problema que se tiene en población infantil, puesto que el tratamiento es importante para el restablecimiento de la salud mental del niño o adolescente ya que disminuye sus síntomas, se evitan recaídas y disminuyen las conductas suicidas, sin embargo para que el tratamiento sea eficaz necesita cumplirse a corto y largo plazo las indicaciones señaladas por el médico especialista.

En el país existe poca literatura enfocada en el tema, se desconoce una prevalencia exacta de la no adherencia en la depresión, se ha reportado que en pacientes con esquizofrenia el 74% de los pacientes abandona su tratamiento con antipsicóticos en un periodo de 2 años (49). En el campo de la salud mental, se ha encontrado que 26-50% de los pacientes no acuden a su primera cita psiquiátrica, del 9 al 40% no acuden tras la primera cita, 30-60% abandonan el tratamiento en el primer año y la mayoría de ellos desertan antes de las cuatro primeras citas, 32-75% no acuden al especialista tras ser referidos desde urgencias, 35-50% no acuden a la cita tras el alta hospitalaria y la tercera parte de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico. En cuanto al manejo psicoterapéutico, el abandono es alto inicialmente, estabilizándose a medida que se suceden las sesiones (48). Según Sabate la prevalencia oscila entre el 10 a 62% (12), en el estudio que se realizó se obtuvo una prevalencia muy similar que fue de 61.5%, es decir más de la mitad de los pacientes que acuden a la consulta no se adhieren a su tratamiento como el médico lo indico, que si analizamos estas cifras son altas y se consideran un problema para la administración y economía de los sistemas de salud.

La no adherencia es un problema enorme a la cual se enfrenta el sistema de salud, el cumplir a corto y largo plazo constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se edifica esta posibilidad de un adecuado manejo de la enfermedad (50). Las razones del porque no se adhieren son múltiples y complejas, desde factores relacionados con el

paciente, sociodemográficos, relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento, con la atención médica, varias limitantes.

Los factores relacionados con el pacientes entre estos la edad la cual para algunos está relacionada con la adherencia al tratamiento, es decir hay una relación entre el aumento de la no adherencia al tratamiento a mayor edad. A pesar que no hay estudios entre niños y adolescentes, existen estudios que comparan la adherencia entre jóvenes y adultos mayores, donde se menciona que los adultos mayores tienden a adherirse menos al tratamiento antidepresivo en comparación los adultos más jóvenes, debido a que padecen varias comorbilidades, efectos secundarios, ingesta de múltiples fármacos, entre otros, uno de ellos es el de Ackincgil y colaboradores en el 2007 que examinaron la adherencia al tratamiento entre los 4,312 pacientes con depresión (18 años y más) y se encontró que el grupo de edad más joven se asoció con tasas de cumplimiento más bajas. Una tendencia similar se encontró en un estudio reciente que incluyó 4,349 personas con depresión y 18 a 70 años (51). Estos hallazgos podrían estar asociados con la mayor experiencia de vida de los adultos mayores, lo que podría contribuir a su subestimación de la importancia de la adherencia al tratamiento. Sin embargo se observa en el análisis bivariado la edad no muestra alguna asociación estadística significativa.

Los factores relacionados al incumplimiento con antidepresivos como nivel educativo, ingreso familiar , sexo han resultado significativos en otros estudios, tal es el caso de un estudio realizado en Santiago de Chile, donde el abandono del tratamiento se asoció al bajo ingreso económico, el mayor riesgo de incumplimiento fue nivel bajo de escolaridad, especialmente en hombres, posiblemente a que los sujetos con baja escolaridad requieren instrucciones especiales sobre sus terapias (52) . Como dice Lorant y Charlson la depresión es problemática que particularmente afecta a personas con nivel socioeconómico bajo, puesto que es una determinante para el acceso a la atención médica y con esto al tratamiento (53) (54). Sin embargo en nuestro estudio estas variables no resultaron significativas debido a que más del 80% tiene una escolaridad baja, ingresos familiares mínimos, por los cuales no tuvo una diferencia con el grupo comparativo. De los factores sociodemográficos que mostró significancia estadística fue la derechohabencia, la cual el no contar con algún servicio de seguridad social es un factor de riesgo para no adherirse.

Las comorbilidades es otro factor de riesgo que debe tener consideración para la adherencia, Peña y colaboradores menciona que las personas con múltiples morbilidades tienen problemas con la adherencia al tratamiento, como los porcentajes más altos de falta de adherencia a los costes de medicación (48). En un reciente estudio realizado en Finlandia, tanto como el 79% de los pacientes deprimidos también tenían una enfermedad, las más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad, las investigaciones demostraron que la depresión es un factor de riesgo para la falta de adherencia al tratamiento médico en general (31). En nuestro estudio una alta proporción de los pacientes presentó tener alguna comorbilidad como; TDAH, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, enuresis, entre otros, que además algunos pacientes mostraban tener más de dos comorbilidades, en el análisis estadístico el tener alguna comorbilidad es un riesgo para no adherirse comparado con la que no presentan, lo que hace suponer que tal vez deben tomar más de un medicamento lo que dificulta la toma, y aumenta los costos al mes. Otro factor interesante fue el soporte familiar inadecuado que el presentar aumenta el riesgo de no adherirse al tratamiento.

Los efectos secundarios los cuales en el estudio mostro estar asociado a la no adherencia igual como en otros estudios que han reportado que la misma asociación, sin embargo un estudio realizado por Van Geffen y colaboradores en el 2008 muestra que el temor a los efectos adversos es la principal razón de abandono de las terapias antidepresivas, sobre todo si se trata de ISRS (22), lo cual los ISRS en población infantil son los de primera elección que además cuenta con la aprobación de la FDA, sin embargo pese a que también trae consigo las creencias negativas al fármaco y mencionando que el buen trato del médico con el paciente podría influir de manera positiva para que se apegue al tratamiento, así también Jirón y colaboradores en un estudio realizado en Santiago de Chile, menciona la importancia de reforzar la comunicación médico-paciente cuando se decida utilizar estos medicamentos.

Factores relacionados con el tratamiento los cuales incluye el costo del medicamento, monoterapia, creencias negativas, un estudio reciente que fue publicado por la Organización Mundial de la Salud en el 2003 y en una cumbre que incluyó 287 estudios publicados entre los años 1990 y 2001, encontró que los factores relacionados con el tratamiento (por ejemplo, altas frecuencias de dosificación y la coprescripción de benzodiazepinas) fueron los principales factores que disminuyen la adherencia al tratamiento antidepresivo (55).

Además el que los pacientes tengan creencias negativas ya sea en la enfermedad o al tratamiento constituye una barrera, casi determinante para que se adhiera al tratamiento, en este caso debemos recordar que, los pacientes que fueron estudiados son menores de edad, los cuales el encargado de otorgar el medicamento es el padre o tutor y este depende de las creencias que este tenga para que cumpla con el tratamiento, en una revisión sistemática de 71 estudios que examinan las creencias de salud en relación con la ansiedad y la depresión, que se describe la importancia de las creencias de enfermedad (incluyendo la identidad, causas, línea del tiempo, las consecuencias, el control y necesidad percibida) para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad (56). Otro factor son las creencias de tratamiento que incluyen creencias específicas sobre la necesidad de la medicación y las preocupaciones acerca de los efectos negativos que pueda tener, así como las creencias generales, como las preocupaciones sobre la forma en que los médicos utilizan medicamentos y creencias que la medicación es perjudicial (57).

Las creencias negativas al tratamiento en los niños y adolescentes son un factor de riesgo para no adherirse, las principales creencias son las posibilidades adictivas (en especial en los varones), la sobre medicación y la prescripción abusiva de los antidepresivos (57). Un estudio realizado en España mostró que más de dos tercios de la población encuestada presentó creencias sobre la dependencia causada por los antidepresivos, siendo el principal efecto adverso alegado para no tomarlos durante largo tiempo (58). Otros estudios similares se obtuvieron en pacientes mayores de 60 años deprimidos, con actitudes negativas al tratamiento, los dos motivos principales fueron el temor a la dependencia y la resistencia a ver los síntomas depresivos como una enfermedad médica (59). Un estudio realizado en adolescentes mostró que preferían la psicoterapia en lugar de fármacos, los principales efectos adversos que les dificultarían la adherencia al tratamiento antidepresivo fueron el aumento de peso en las chicas y los sexuales en los chicos (60). Los pacientes con trastorno depresivo parecen tener una visión más negativa de los antidepresivos que aquellos con trastorno bipolar (61).

La carga económica de las enfermedades crónicas constituye un problema para la sociedad, debido a su alta prevalencia y por sus consecuencias, investigaciones recientes demostraron un aumento en los costos directos e indirectos de la enfermedad. En los resultados de nuestra investigación, se determinó el costo del medicamento y el tener

dificultades económicas para surtir el medicamento son un factor de riesgo para no adherirse, por lo que es uno de los predictores de mala adherencia a la medicación antidepresiva.

Por otro lado se encuentra el costo del tratamiento para la depresión que en esta investigación es un riesgo para no adherirse, el 50% de los padres de familia gastan al mes más de 600 pesos, para el medicamento que debemos considerar que aparte alguno de los otros integrantes de esa familia también padecen otra enfermedad que al igual debe comprar cada mes su medicamento, un estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México señala que la intervención más costosa fue la combinación de ISRS con psicoterapia breve, con un monto total de \$12,256 millones de pesos (972 millones de dólares) y la menos costosa fue el tratamiento con antidepresivos tricíclicos, que implicó \$4,523 millones de pesos (359 millones de dólares). De los costos, más de 99% corresponden al costo del paciente por medicamentos, y menos de 1% corresponde a los costos del programa y del entrenamiento, sin embargo a pesar de que el costo es elevado resulta efectivo pues se evita recaídas y aumenta el tiempo libre de enfermedad, lo que se traduce en mayor beneficio para el paciente, su familia y la sociedad en general (62).

La relación médico-paciente incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio, hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento (63) (64) (26). El adecuado trato con el médico, en general, un gran número de estudios cuantitativos que examinan estas creencias consistentemente mostraron que las actitudes positivas de los pacientes respecto a la medicación se asociaron con una mayor adherencia al tratamiento, ya sea directamente (55) o indirectamente, a través del impacto en el estilo de comunicación médico-paciente (65).

X. Conclusiones

El problema de la no adherencia terapéutica es de gran importancia en todas las patologías sobre todo que tienden a la cronicidad, que si bien repercute directamente al paciente y a familiares, también lo hace a nivel institucional sobre todo por las consecuencias que conlleva clínicas, epidemiológicas y económicas.

En nuestro país, los factores económicos todavía juegan un papel determinante, ya que los costos directos e indirectos que provoca la enfermedad a las instituciones de salud, pero además el gasto en el medicamento que se encuentra cargo de los pacientes, considerado que la mayor parte tienen ingresos familiares bajos lo que dificulta el mantenimiento terapéutico.

Existen varios factores relacionados a la no adherencia los cuales en esta investigación concuerdan con lo ya reportado en otros estudios, los factores que se asociaron significativamente fueron principalmente los relacionados al tratamiento, con mayor asociación creencias negativas al tratamiento y costo de medicamento, en los factores relacionados a la enfermedad destaca el presentar soporte familiar inadecuado. Con relación al tipo de medicamentos prescritos a los pacientes para el control de la patología, no se encontró asociación con la no adherencia al tratamiento farmacológico, sin embargo el que tengan como tratamiento un solo fármaco es un factor protector.

El buen trato con el médico y la terapia psicológica se asoció con la no adherencia, comportándose como un factor protector, principalmente relacionados con el tratamiento y con la enfermedad, los cuales ayudaran para planear estrategias para mejorar el apego.

XI. Limitaciones

Este estudio tiene varias posibles limitaciones. En primer lugar, es el cuestionario que se utilizó, aunque ha sido aplicado en algunas enfermedades crónicas como esquizofrenia, diabetes, hipertensión, este no ha sido validado en nuestro país específicamente para depresión.

En segundo lugar, en todo estudio transversal puede haber sesgo de selección, debido a que no se seleccionó a los participantes en un periodo más largo por lo consiguiente el tipo de muestreo no fue probabilístico. Aunque se hizo verificación de los datos por medio de la historia clínica, puede haber sesgos de memoria para algunos de los variables ya que los pacientes podrían no recordar con exactitud.

En tercer lugar, el diseño transversal no permite estimar una asociación causal, por lo que no se puede especular ni dar afirmaciones sobre la exactitud de la correspondencia entre uno y otra variable, solo se pueden generar hipótesis a partir de la multiplicidad de variables que se conjugan y determinan este fenómeno.

XII. Recomendaciones

A partir de los resultados es necesario continuar con la investigación ya que se debe realizar un estudio epidemiológico que pueda tener mayor causalidad en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, así como también la validez de un instrumento para trastornos mentales que pueda identificar la no adherencia.

Es importante que se pongan las estrategias que permitan garantizar la adherencia al tratamiento terapéutico, en un enfoque individual, familiar, médico e incluso de políticas de salud, que contribuyan a favorecerla.

Los resultados a los que se arribó a partir de este estudio dan cuenta de la necesidad de complementar los hallazgos con estudios con un abordaje cualitativo, que permitan considerar otros aspectos de la problemática, como las percepciones de los pacientes y del equipo de salud respecto de la enfermedad, el estigma, la influencia del entorno social y familiar, las redes sociales de apoyo y el rol de la comunidad.

XIII. Referencias

1. Ulloa Flores RE, De la Peña Olvera F, Nogales Imaca I. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental* 2011; 34:403-407.
2. Maalouf F, Brent D. Pharmacotherapy and psychotherapy of pediatric depression. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11:2129–2140.
3. Salud, Organización Mundial de la. Organización Mundial de la Salud Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. . Ginebra, Suiza : s.n., 2003.
4. Acosta Hernández ME, Mancilla Percino T, Correa Basurto J, Saavedra Vélez and cols. Depresión en la infancia y adolescencia: Enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex)INNN*, 2011;16(3).p2-6.
5. Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios:Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mnetal* 2003;26:1-6.
6. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424.
7. Benjet C, Borges G, Medina –Mora ME, Méndez E et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 31: 155-163.
8. Nogales I, Ulloa R, Fernández C, Gómez H, Ramírez J, Reséndiz J. Depresión en niños y adolescentes. En Ulloa R, Fernández C, Gómez H,Ramírez J. Reséndiz J. Guías clínicas. México DF: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 2010; pp 63 - 85.
9. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Méx* 2013; Vol. 55(1):74-80.
10. Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:1128-32.
11. S., Damrosch. Facilitating adherence to preventive and treatment regimens. En Wedding D (editors). *Behavior and Medicine*.St Louis, Mosby, 1995.
12. E, Sabaté. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud/OMS, 2004; traducción de la Organización Panamericana de la Salud/OPS.
13. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;403: 50-6.

14. DiMatteo MR, Lepper H, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101–7.
15. Stein-Shvachman I, Segel Karpas D, Werner P. Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults?. *Rev Aging and Disease* 2013. Vol. 4 (6): 329-336.
16. Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ. Relationship of pharmacologic compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacol Bull.* 1992;28:231---5.
17. Prins MA, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1038---58.
18. Maddox JC, Levi M, Thompson C. The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol.* 1994;8:48-52.
19. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry.* 2009;9:38.
20. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, Robinson P. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33:67-74.
21. Demyttenaere, K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13(Suppl.3):S69–75.
22. van Geffen EC, van Hulten R, Bouvy ML, et al. Characteristics and reasons associated with nonacceptance of selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Ann Pharmacother* 2008;42:218–25.
23. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105: 164---72.
24. Enrique Silval G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana* .2005; 30(4). Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>> ISSN 0120-2448.
25. Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med.* 2007; 167:540-550.
26. Peralta ML, Carbajal Prueda P. Adherencia al tratamiento. *Rev Cent Dermatol Pascua.* Vol. 17(3), Sep-Dic 2006.

27. Morisky DE, Verde LW, Levine DM. La validez concurrente y predictiva de una medida de auto-reporte de la adherencia a la medicación. *Med Care*, 1986 . 24:67-74.
28. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.
29. Stacey M. Lavsa, PharmD, Ashley Holzworth, PharmD, Nicole T. Ansani, PharmD. Selection of a Validated Scale for Measuring Medication Adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2011;51(1):90-94.
30. Sturm R, Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? *JAMA* 1995;273:51-8. PMID:7996651 doi:10.1001/jama.273.1.51.
31. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:55-61. PMID:11146758 doi:10.1001/archpsyc.58.1.55.
32. Borges G, Benjet C, Medina Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, October 2008,86(10).
33. Jirón M, Escobar L, Arriagada L, Orellana S, Castro A. Factores asociados al incumplimiento de los tratamientos con antidepresivos en Santiago , Chile. *Value in Health* 14 (2011), s115- s118. .
34. Vargas Muga H, Vega-Diensiemaer J, Carpio Tapia J, Leyva W, Mendoza C, et al. Estudio de cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Rev. de Neuro-Psiquiat.*68(1-2) 2005.
35. Salud, Organización Mundial de la. Nota descriptiva No 369. Octubre 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
36. clínicas, Guías. del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N Navarro". Depresión en niños y adolescentes;2010.
37. Association, American Psychiatric. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª Edición) Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2002; pp. 323-352.
38. Association, American Psychiatric. Diagnostic and Statistical Manual Disorders (DSM-5), Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.
39. Ralph E, Cash, PhD. Depresión en niños y adolescentes: Información para padres y educadores: Universidad de Novo Southeastern.
40. Baena ZA, Sandoval VM, Juárez N, Villaseñor BSJ. Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Digital Universitaria*.2005.Vol 11.

41. Lieb R, Isensee B, Hofler M, et al. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:365–74.
42. Mac Phee AR, Andrew JJ. Risk Factors for depression in early adolescence. *Adolescence* 2006;41(163):435-66.
43. 38- Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de La Fuente”, México, 2010.
44. Parés A, Brindis D, Angeles L, Sanabria X. Factores Psicosociales de Riesgo de Depresión Mayor en la Adolescencia. Disponible en: http://admin.udla.mx/mrs/index.php?option=com_content&view=article&id=97%3Aarticulo-97&catid=19%3Aartemprensa&Itemid=24&lang=es.
45. Nonacs R, Cohen L. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(Suppl 7): 24-30.
46. Vargas H, Tovar H, Valverde J. Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Peru de Epidemiol*.2010;14(2)[p.8].
47. Silval G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana* .2005; 30(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004> ISSN 0120-2448.
48. MA, López Peña. Conociendo la Salud Mental: Abandono al tratamiento. *Boletín Atención Psiquiátrica*. 2011, Vol 3(6). .
49. Sotelo Monroy G, Pereyra Macías J. *Boletín Atención Psiquiátrica*. Editorial. Secretaría de Salud.2011, Vol(3).6.
50. Kane JM, Leucht S, Carpenter D. . The expert consensus guidelines series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl. 12):1-100.
51. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical medicine & research*. 2013;11:54–5.
52. Jirón M, Escobar L, Arriagada L, Orellana S, Castro A. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con antidepresivos en Santiago de Chile, *Value in health*, 2011; 115-118.
53. M, Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003;157:98- 112.

54. JC, Charlson MP, Peterson. Medical comorbidity and late life depression: what is known and what are the unmet needs? *Biol Psychiatry* 2002;52:226-235.
55. Ifat Stein-Shvachman, Dikla Segel Karpas, and Perla Werner. Depression Treatment Non-adherence and its Psychosocial Predictors: Differences between Young and Older Adults?. *Aging Dis.* Dec 2013; 4(6): 329–336.
56. Prins MA, Verhaak PF, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression—The patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1038–58.
57. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: Relationship to self-reported adherence. *Med Care.* 2005;43:1203–7.
58. Comas A, Álvarez E. Knowledge and perception about depression in the Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004; 32:371-6.
59. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et-al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2006; 21:146-51.
60. Bradley KL, McGrath PJ, Brannen CL, Bagnell AL. Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment. *Community Ment Health J.* 2010; 46:242-51.
61. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med.* 2005; 35:1205-13.
62. Lara Muñoz MC, Robles García R, Orozco R, Real T, Chishilm D, Medina Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental* 2010;33:301-308.
63. Gene J, Font M. Utilización de los medicamentos. En: Martín A y Cano JF. *Aten. Primaria.* 3ª edición. Madrid; Mosby-Doyma, 1994:220-35.
64. Palop L, Martínez M. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano: *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 113-20.
65. Bultman DC, Svarstad BL. Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Educ Couns.* 2000;40:173–85.

XIV. Anexos

Anexo 1. Definición de variables de estudio.

Nombre	Tipo	Escala de Medición	Operacionalización	Catálogo
Factores relacionados con el paciente				
Sexo	Independiente, Cualitativa	Nominal Dicotómica	Es la condición orgánica que distingue de hombres y mujeres	1- Masculino 2- Femenino
Edad	Independiente, Cuantitativa	Continúa	Es el tiempo transcurrido, desde la fecha de nacimiento del individuo al momento actual en años.	Número continuo
Escolaridad	Independiente, Cualitativa	Ordinal, Politómica	Grados de estudio aprobados, en cualquiera de los sistemas de enseñanza.	1- Primaria 2- Secundaria 3- Bachillerato 4- Ninguno
Ocupación	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Es el tipo de trabajo, oficio específico que desempeñada por una persona.	1)Estudia 2)Trabaja 3)Estudia y trabaja 9)Ninguna
Factores socioeconómicos				
Ocupación del padre	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Se refiere al empleo, facultad u oficio que desempeña el padre o tutor del paciente.	1)Desempleado 2)Estudiante 3)Empleado informal 4)Empleado formal

Ocupacion de la madre	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Se refiere al empleo, facultad u oficio que desempeña la madre o tutora del paciente.	9)Se ignora 1)Desempleado 2)Estudiante 3)Empleado informal 4)Empleado formal 5)Ama de casa 9)Se ignora
Escolaridad del padre	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Es el nivel de estudios máximos que adquirio el padre, madre o tutor	1)Primaria incompleta 2)Primaria completa 3)Secundaria incompleta 4)Secundaria completa 5)Bachillerato incompleto 6)Bachillerato completo 7) Superior 9)Se ignora
Escolaridad de la madre	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica		6)Bachillerato completo 7) Superior 9)Se ignora
Seguridad social	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la cobertura de las necesidades en salud.	1)IMSS 2)ISSTE 3)Otro 9)Ninguno
Ingresos económicos	Independiente,	Nominal,	Se refiere a la cantidad de dinero que una familia	1) \$0.000 a \$2.699

	Cualitativa	Politómica	percibe o gana cada mes para gastar en bienes o servicios.	2) \$ 2.700 a \$ 6.799 3) \$ 6.800 a 11.599 4) Más de \$11.600
Costo del transporte	Independiente, Cuantitativa	Continúa	Costo del transporte en el recorrido de su casa al hospital y del hospital a su casa, cada vez que necesita acudir al psiquiátrico; incluye el paciente y familiar	Número
Factores relacionados con la enfermedad				
Tipo de Depresión	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Tipo de depresión, según los criterios del CIE-10.	Clave CIE-10
Duración de la enfermedad	Independiente, Cuantitativa	Continúa	Edad del paciente en la cual fue diagnosticado de depresión	Número de años
Hospitalizaciones previas	Independiente, Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Número de hospitalizaciones, en la cual fue por causa primaria por depresión	1) Una 2) Dos 3) Más de tres 9) Ninguna
Comorbilidad	Independiente, Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Presencia de alguna enfermedad en el mismo individuo	1- Si 2- No
Factores relacionados con el tratamiento				
Tipo de medicamento	Independiente, Cualitativa	Nominal	Se refiere a los fármacos prescritos por el psiquiatra	Descripción del medicamento

Duración del tratamiento	Independiente, Cuantitativa	Continúa	Tiempo del tratamiento prescrito por el psiquiatra	Número continuo
Creencias negativas	Independiente, Cuantitativa	Nominal		1- Si 2-No
			Actitudes o pensamientos negativos en contra del medicamento, que puede afectar al paciente a corto y largo plazo, por parte del padre o tutor	
Efectos adversos	Independiente, Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Efectos secundarios ocasionados por el medicamento que prescribio el psiquiatra	1.-Molestias estomacales 2.- Dolor de cabeza 3.-Mareo 4.-Otro 9.-Ninguno
Costo del medicamento	Independiente, Cuantitativa continua	Continúa	Precio del medicamento antidepresivo en pesos, recetado por el medico psiquiatra.	Número continuo
Cambios en tratamiento	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Se refiere al número de veces que el medico ha cambiado el medicamento	1)Una 2)Dos 3)Más de tres 9)Ninguna
Dificultad al surtir	Independiente,	Nominal,	Presencia de causas o complicaciones que le	1- Si

receta	Cualitativa	Politómica	impidan surtir el medicamento	2- No
Factores relacionados a la atención médica				
Trato con el médico	Independiente, Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Relación del médico con el paciente, padre o tutor en la atención de la consulta externa	1)Muy mala 2)Mala 3)Regular 4)Buena 5)Muy buena
Consulta psicológica	Independiente, Cualitativa	Nominal, Dicotómica	Atención psicológica del paciente junto con el tratamiento farmacológico	1)Una a dos 2)tres a cuatro 3)Cinco a seis 4) Siete a ocho 5)Más de ocho 9)Ninguna
Mejoría con el tratamiento	Independiente, Cualitativa	Nominal, Politómica	Disminución de síntomas depresivos durante el tratamiento que prescribió el medico	1)Poca 2) Regular 3)Mucha 9)Ninguna
Tiempo traslado	Independiente, Cuantitativa	Continúa	Duración en minutos que tarda en trasladarse de su casa al hospital.	Número continuo
Adherencia	Dependiente,	Nominal,	Que al mes no hay dejado de tomar su	1- Si

Cualitativa

Dicotómica

medicamento menos de 7 días y que tenga su test 5 reactivos no

2.-No

Anexo 2. Cuestionario



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"



CUESTIONARIO PARA PADRES

Fecha: ___/___/___

Folio: _____

Expediente: _____

Diagnóstico (CIE-10): _____

I.-INSTRUCCIONES: Conte ste las siguientes preguntas relacionadas con el paciente, subrayando o anotando la respuesta.

Fecha de identificación del paciente

Sexo : Masculino 1 Femenino 2 Edad: _____

Escolaridad: 1)Primaria 3)Bachillerato Ocupación: 1)Estudia
2)Secundaria 9) Ninguno 2)Trabaja

Dirección: 3)Estudia y trabaja
9)Ninguna

Municipio/ Delegación

Estado

1.-Factores socioeconómicos

1.1- ¿Que grado de escolaridad tiene el papá?

- 1)Primaria incompleta 5)Bachillerato incompleto
2)Primaria completa 6)Bachillerato completo
3)Secundaria incompleta 7) Superior
4)Secundaria completa 9)Se ignora

1.2.- ¿Cuál es la ocupación del papá?

- 1)Desempleado 4)Empleado formal
2)Estudiante 9)Se ignora
3)Empleado informal

1.3.-

¿Que grado de escolaridad que tiene el mamá?

- 1)Primaria incompleta 5)Bachillerato incompleto
2)Primaria completa 6)Bachillerato completo
3)Secundaria incompleta 7) Superior
4)Secundaria completa 9)Se ignora

1.4.- ¿Cuál es la ocupación del mamá?

- 1)Desempleado 4)Empleado formal
2)Estudiante 5)Ama de casa
3)Empleado informal 9)Se ignora

1.5- Que tipo de seguridad social cuenta:

- 1)IMSS 3)Otro _____
2)ISSTE 9)Ninguno

1.6.-

¿Cuanto gasta en transporte, para acudir al hospital?

1.7- De cuanto es el ingreso mensual que tiene en promedio.

- a) \$0.000 a \$2.699
b) \$ 2.700 a \$ 6.799
c) \$ 6.800 a 11.599
d) Más de \$11.600

2.-Factores asociados a la enfermedad

2.1.-

¿Cuanto tiempo tiene su hijo con la depresión?

(meses)

2.3- Padece otra enfermedad su hijo, además de la depresión

- 1) Si
2) No

2.2.- En el último año ¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido su

- 1)Una 9)Ninguna
2)Dos
3)Más de tres

2.4- Que otra(s) enfermedad(es) padece.

3.-Factores asociados a los servicios médicos

3.4.- Como es el trató que recibe por parte del médico

- 1)Muy mala 4)Buena
- 2)Mala 5)Muy buena
- 3)Regular

3.3.-

En el último año ¿Cuántas sesiones ha tenido su hijo con el psicólogo ?

- 1)Una a dos 4) Siete a ocho
- 2)tres a cuatro 5)Más de ocho
- 3)Cinco a seis 9)Ninguna

3.5.- Ha notado mejoría en su hijo, con el medicamento recetado por su medico psiquiátra

- 1)Poca
- 2) Regular
- 3)Mucha
- 9)Ninguna

3.6.- Que tiempo se hace del Hospital Psiquiátrico N.Navarro a su hogar.

_____ (Horas) _____ (minutos)

4.-Factores asociados al tratamiento

4.1.- ¿Que medicamento(s) está tomando, su hijo?.

4.2.- ¿Cuanto tiempo ha estado tomando el medicamento'

4.4.- ¿ Usted cree que el medicamento que le recetarón, es malo para su salud, desarrollo, a corto y largo plazo?

- 1) si
- 2) no

4.5.- Que efectos secundarios se han presentado, con los farmacos que recetados.

- 1.-Molestias estomacales (nauseas, vómito)
- 2.- Dolor de cabeza
- 3.-Mareo
- 4.-Otro _____
- 9.-Ninguno

4.6.- Quanto gasta al mes al comprar el (los) medicamento(s).

4.7.- ¿Cuántas veces le han cambiado el médico psiquiátra el medicamento?

- 1)Una 9)Ninguna Pase a la pregunta 5.1
- 2)Dos
- 3)Más de tres

4.8.- ¿Cuál es el motivo por que le han cambiado el medicamento?

- 1)No hay mejoría
- 2)Por que es caro
- 3)Por sus efectos secundarios
- 4)Otros

4.9.- ¿Ha tenido dificultad para surtir el medicamento?

- 1) si
- 2) no

II.- INSTRUCCIONES: Marque con una X la respuesta.

En el último mes...	SI	NO
5.1.- ¿Se le olvido tomar sus medicamentos para la depresión?		
5.2.- ¿Cuántas veces dejo de tomar su medicamento? Más de 7 días		
5.3.- ¿Ha disminuido la dosis en sus medicamentos sin antes consultar con su médico?		
5.4.- Cuando usted ve que su hijo esta mejor, ¿ a veces le deja de dar sus medicamentos?		
5.5.- Cuando sale de casa o va a la escuela, ¿Se le olvida llevar sus medicamentos?		
En el último año		
5.6.- ¿Ha perdido alguna cita programada con el médico psiquiátra?		

Anexo 3. Mascara de captura



Dirección General de Epidemiología
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"
Mascara de Captura



Folio

Expediente

Tipo de depresión

Ficha de identificación

Sexo	<input type="text" value="1"/>	Edad	<input type="text" value="99"/>
Escolarida	<input type="text" value="2"/>	Ocupació	<input type="text" value="1"/>
Delegacion o Municip	<input type="text" value="Delegacion"/>	Estado	<input type="text" value="#¿Nombre?"/>

Factores socioeconómicos

Escolaridad del padre	<input type="text"/>	Derechohabiencia	<input type="text"/>
Ocupación del padre	<input type="text"/>	Costo del transporte (pesos)	<input type="text"/>
Escolaridad de la Madr	<input type="text"/>	Ingreso mensual	<input type="text"/>
Ocupación de la Madre	<input type="text"/>		

Factores relacionados con la enfermedad

Duración de la depresión (meses)	<input type="text" value="999"/>	Padece otra enfermedad	<input type="text"/>
Hospitalizaciones previa	<input type="text"/>	Nombre del otro padecimiento que padece	<input type="text"/>

Factores relacionados a la atención médica

Trato del médico al patient	<input type="text"/>	Mejoría con el Tx	<input type="text"/>
Consulta psicológica	<input type="text"/>	Tiempo que tarda en venir del hospital a su casa (min)	<input type="text"/>

Factores relacionados al tratamiento

Nombre del medicamento recetado	<input type="text"/>	Costo del medicamento	<input type="text"/>
Por cuanto tiempo lo recetaron	<input type="text"/>	No. cambio del medicamento	<input type="text"/> ▼
Creencias negativas	<input type="text"/> #¿Nombre? ▼	<input type="text"/>	<input type="text"/> 9 ▼
Efectos secundarios por antidepresivos	<input type="text"/> ▼	Dificultad al surtir receta	<input type="text"/> ▼

Adherencia

Se le olvido tomar sus medicamentos para la depresión	<input type="text"/> ▼
cuantas veces dejo de tomar sus medicamentos (más de 7 días)	<input type="text"/> ▼
Ha disminuido la dosis en sus medicamentos sin antes consultar con su médico	<input type="text"/> ▼
a veces le deja de dar sus medicamentos	<input type="text"/> ▼
se le olvida llevar sus medicamentos	<input type="text"/> ▼
ha perdido alguna cita programada con el médico	<input type="text"/> ▼
Adherencia al tx	<input type="text"/> ▼

Anexo 4. Factores relacionados con el paciente a la no adherencia, abril - marzo, 2014

Variable	Adherente		No Adherente		p*
	No.	%	No.	%	
Sexo					
Masculino	38	50.6	69	57.5	0.3510
Femenino	37	49.3	51	42.5	
Edad					
6 a 11 años	36	52	42	35	0.0714
12 a 17 años	39	48	78	65	
Ocupación					
Estudia	70	93	107	89.1	0.3290
Trabaja	1	1.3	2	1.6	
Estudia y trabaja	1	0.51	0	0	
Ninguno	3	4.04	11	9.16	
Escolaridad					
Primaria	40	53.3	50	41.6	0.4100
Secundaria	25	29.7	53	81	
Bachillerato	10	13.3	16	13.3	
Ninguno	0		1	0.8	
Escolaridad del padre					
Primaria incompleta	5	6.6	14	11.6	0.8190
Secundaria	24	31.9	42	34.9	
Bachillerato	19	25.3	26	21.6	
Superior	9	12	7	5.8	
Otro	3	4	5	4.1	
Ninguno	15	20	26	21.6	
Ocupacion del padre					
Desempleado	1	1.3	2	1.6	0.2130
Empleado informal	38	50.6	67	55.8	
Empleo formal	7	9.3	7	5.8	
Otro	6	8	2	1.6	
Se ignora	23	30.6	42	35	
Escolaridad de la madre					
Primaria	9	7.1	15	3.5	0.7220
Secundario	30	39.9	53	44.1	
Bachillerato	23	30.6	27	22.5	
Superior	9	12	11	9.16	
Otro	3	4	9	7.5	

Se ignora		1	1.3	5	4.1	
Ocupación de la madre						
Empleo informal		28	48.3	58	48.3	
Empleo formal		3	3.3	4	3.3	
Otro		1	1.6	2	1.6	0.5420
Ama de casa		41	42.5	51	42.5	
ninguno		2	4.1	5	4.1	
Comorbilidades						
TDAH	Si	25	33.3	65	54.1	0.0050
	No	55	66.6	55	45.8	
Ansiedad	Si	8	10.6	16	13.3	0.5810
	No	67	89.3	104	86.6	
Hospitalizaciones previas	Si	11	14.6	25	20.8	0.2802
	No	64	85.3	95	79.1	
Soporte Familiar Inadecuado	Si	19	25.3	71	59.1	<0.0001
	No	56	74.6	49	40.8	
Depresión Leve	Si	13	17.3	4	3.39	0.0010
	No	62	82.6	116	96.6	
Depresión Grave	Si	2	2.6	3	2.5	0.9430
	No	73	97.3	117	97.5	
Ingreso Familiar						
0,000 a 2,699		28	37.3	41	34.1	0.7310
2,700 a 6,799		38	50.6	68	56.6	
6,800 a 11,599		7	9.3	7	5.8	
más de 11,600		2	2.6	4	3.3	
Derechohabiencia						
Seguro popular		14	18.6	53	44.2	<0.0001
IMSS		10	13.3	4	3.3	
ISSTE		4	5.3	1	0.8	
Ninguno		47	62.6	62	51.6	
Costo del transporte						
10 a 170		72	96	112	93.3	0.7320
171 a 330		2	2.6	2	1.66	
331 a 490		1	1.3	2	1.66	
Mas de 490		--	--	4	3.32	