



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz

**Evaluación de la adherencia terapéutica en pacientes con
trastorno depresivo mayor: Estudio de factores asociados a la
adherencia por auto-reporte.**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Mario Andrés Perales Oliva

Asesor teórico: Dra. Danelia Mendieta Cabrera

Asesor metodológico: Dr. Lenin Pavón Romero

Ciudad de México, Julio 2018



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.

Se agradece a la Secretaria de Ciencia, Tecnología e Innovación de la CDMX por el financiamiento otorgado en el convenio de investigación SECITI CM-48/14-SECITI/067/2015 y al proyecto NC150048 del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM.

Contenido

1	Marco teórico	4
1.1	Adherencia Terapéutica	4
1.1.1	Magnitud del problema de adherencia terapéutica para enfermedades crónicas.	6
1.1.2	La adherencia terapéutica como un proceso complejo y multidimensional.....	7
1.1.3	Medición de la adherencia terapéutica.	10
2	Trastorno Depresivo Mayor	12
2.1	Criterios diagnósticos	13
2.2	La carga de enfermedad de la patología mental y el trastorno depresivo mayor.	15
2.3	Tratamiento del trastorno depresivo mayor.	16
3	Adherencia terapéutica en Trastorno Depresivo Mayor	18
3.1	Factores asociados a adherencia terapéutica en trastorno depresivo mayor.	19
4	Pregunta de investigación.	19
5	Justificación	20
6	Objetivos	20
6.1	Objetivo General	20
6.2	Objetivos específicos	20
7	Hipótesis	21
7.1	Hipótesis general	21
7.2	Hipótesis específicas	21
8	Material y Métodos	22
8.1	Tipo de estudio	22
8.2	Selección y tamaño de muestra	22
9	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	23
9.1	Criterios de inclusión	23
9.2	Criterios de exclusión	23
9.3	Criterios de eliminación	24
10	Definición operacional de las variables de estudio	24
11	Escalas de medición	27
12	Consideraciones éticas	31
13	Proceso de recolección de muestra	32
14	Análisis de resultados.	32
15	Resultados	33

16	Discusión.....	38
17	Conclusiones.....	40
18	Referencias.....	41
19	Anexo I. Consentimiento informado.....	46
20	Anexo II. Ficha de identificación de pacientes.....	51
21	Anexo III. Escala Morisky y Cuestionario de Creencias sobre la Medicación.....	53
22	Anexo IV. Escalas de eventos adversos FISBER y PRISE.....	56
23	Anexo V. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	59
24	Anexo VI. Escala de Autoeficacia General Percibida.....	60
25	Anexo VII. Escalas utilizadas en protocolo de investigación NC150048.....	61

1 Marco teórico

1.1 Adherencia Terapéutica

En 2001, en la reunión para la Adherencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideró definir adherencia como “la medida en que los pacientes siguen las instrucciones médicas”, a pesar de ser un buen punto de partida, presenta la desventaja de definir al paciente como un recipiente pasivo de consejos en lugar de incluirlo como un colaborador activo en el proceso de tratamiento. ⁽¹⁾

La adherencia terapéutica implica numerosas conductas relacionadas a la mejoría de la salud, entre las que se encuentran: la búsqueda de atención médica, la obtención y toma adecuada del medicamento o vacuna, el acudir a citas de seguimiento, entre otras. También es importante el ejecutar modificaciones conductuales relacionadas con la calidad del tratamiento, por ejemplo: en la higiene o dieta personal, para el control del tabaquismo, en relación a conductas sexuales de riesgo o la realización de actividad física.

Con base en ello, el proyecto de adherencia terapéutica de la OMS decidió definir adherencia terapéutica como ⁽¹⁾:

“La medida en que la conducta de una persona – tomar medicamentos, seguir una dieta y/o ejecutar cambios de estilo de vida - corresponde con las recomendaciones acordadas con el proveedor de servicios de salud.”

Una característica importante para diferenciar la *adherencia* del *apego*, es el hecho que la primera requiere el consentimiento del paciente a las recomendaciones, y la segunda implica que el paciente está siguiendo pasivamente las órdenes del doctor, y que el plan de tratamiento no está basado en una alianza/contrato terapéuticos entre el paciente y el médico. Históricamente, esta diferencia no ha sido considerada en estudios previos, sin embargo, se enfatiza que tanto la adherencia como el apego implican conductas relacionadas a la salud en función de las recomendaciones o indicaciones del médico, y que los factores asociados o escalas de medición, se encuentran dentro del mismo campo de investigación ⁽¹⁾.

El cuidado de las enfermedades crónicas requiere terapias múltiples y complejas en donde la magnitud e impacto de la falta de adherencia terapéutica en países en desarrollo se asume será mucho mayor mientras la transición en incidencia/prevalencia de enfermedades agudas a crónicas se acelera. La adherencia terapéutica usualmente se clasifica como “buena” (75-100% de la ingesta del medicamento en el tiempo y dosis indicados), ‘aceptable’ (25-75% de la ingesta) o ‘pobre’ (0-25% de la ingesta); la “hiper-adherencia” se clasificaría como la ingesta de más del 100%, usualmente ante la creencia de que va a acelerar el proceso de recuperación ⁽²⁾.

La falta de adherencia se puede observar de diversas formas: 1) No acudir a las consultas; 2) no adquirir el medicamento; 3) no utilizar el medicamento a pesar de tenerlo; y 4) no seguir la frecuencia o instrucciones en la dosis, errores a propósito, o el uso de combinaciones inadvertidas.

Para abordar el problema de la adherencia terapéutica se deben tomar en consideración los distintos factores implicados en el cuidado de las enfermedades crónicas, las cuales se definen como ⁽³⁾:

“Enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan una incapacidad residual, son causadas por alteraciones patológicas no reversibles, requieren entrenamiento especial del paciente para su

rehabilitación o puede esperarse que requieran un periodo largo de supervisión, observación o cuidado.”

Debido a las implicaciones y complejidad del proceso que lleva a la adherencia terapéutica, éste se debe dividir en los siguientes subíndices.⁽⁴⁾

1.1.1 Magnitud del problema de adherencia terapéutica para enfermedades crónicas.

Las enfermedades no transmisibles, trastornos mentales VIH/SIDA y tuberculosis *juntas* representarán hasta el 56% de la carga global de enfermedad para el 2020⁽⁵⁾. Además, la falta de adherencia terapéutica o su baja presentación privan al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos, con lo cual su determinación constituye una herramienta que permita hacer un pronóstico, favorable o no, de los resultados a esperar⁽⁶⁾. Los pacientes que no siguen de manera adecuada las recomendaciones en salud enfrentan riesgos importantes como: recaídas más intensas, mayor riesgo de dependencia (p. ej. benzodiazepinas y opioides), resistencia terapéutica⁽⁷⁾, toxicidad o accidentes (p.ej. mientras se conduce un automóvil bajo el efecto de sedantes).⁽¹⁾

1.1.1.1 Epidemiología de la adherencia terapéutica.

La adherencia entre pacientes con enfermedad crónica se encuentra en un promedio de tan sólo el 50%⁽⁸⁾. En ensayos clínicos se ha visto que la adherencia incrementa notablemente debido a la atención y selección que reciben los pacientes incluidos en estos estudios; por ejemplo, se han reportado tasas de adherencia del 43 al 78% para pacientes que reciben tratamiento para condiciones crónicas. Otros estudios observacionales han determinado tasas de adherencia del 17% hasta el 80% en distintas poblaciones y contextos clínicos⁽⁹⁻¹²⁾.

Utilizando monitores electrónicos se han determinado seis patrones generales de conductas de toma de medicamentos (1/6 del total cada una): 1) Un patrón de adherencia perfecta; 2) el tomar casi todas las dosis, con algunos tiempos irregulares; 3) olvidar una toma ocasional e inconsistencia en el tiempo de la toma; 4) tomar “*vacaciones*” del medicamento 3-4 veces al año con omisiones ocasionales; 5) *vacaciones* de medicamento mensual o más frecuente con

omisiones frecuentes; y 6) el tomar pocas o ninguna dosis aun cuando se da la impresión de buena adherencia.⁽¹³⁾

1.1.1.2 Costos relacionados al problema de adherencia terapéutica.

Los problemas inherentes a la falta de adherencia terapéutica generan complicaciones médicas y psicosociales en el individuo que padece la enfermedad, por ejemplo una reducción de la calidad de vida del paciente y el uso de recursos monetarios para la mejoría de su salud. De forma contrastante, se ha visto que mayores tasas de adherencia terapéutica llevan a beneficios económicos. Ejemplos de mecanismos causales incluyen el ahorro directo al reducir la necesidad de intervenciones especializadas y costosas; y de forma indirecta la mejoría y/o la preservación de la calidad de vida del paciente impacta sobre sus papeles sociales y vocacionales⁽¹⁾.

Cuando programas de auto-administración y adherencia se combinan con tratamientos regulares y educación específica de la enfermedad, se han visto mejoras significativas en conductas de salud, manejo de síntomas cognitivos, de comunicación y discapacidad; lo que incluso ha reducido el número de pacientes hospitalizados, con una proporción costos:ahorros de 1:10 en algunos casos^(1, 14). En los Estados Unidos se ha estimado que los problemas derivados de la falta adherencia terapéutica (p.ej. pobre control de enfermedades crónicas y hospitalizaciones más frecuentes y duraderas) generan un costo de 290 mil millones de USD al año. Por ello la *Comisión de Macroeconomía y Salud* ha determinado que el acceso al medicamento es necesario, mas no suficiente en sí mismo para resolver el problema.⁽¹⁵⁾ Además, ha recomendado la inversión de al menos 5% de los gastos en salud hacia la investigación de intervenciones en salud práctica, lo que incluye a la adherencia terapéutica como una factor influyente de importancia para la efectividad de las intervenciones^(15, 16). Las intervenciones que promuevan la adherencia puede disminuir la brecha entre su eficacia teórica y su efectividad en el campo clínico, para entonces mejorar la eficiencia de los sistemas en salud, incluso más que cualquier mejora en tratamientos médicos específicos.⁽¹⁷⁾

1.1.2 La adherencia terapéutica como un proceso complejo y multidimensional.

Los hallazgos de las investigaciones en el campo sugieren que los problemas de adherencia terapéutica se presentan en situaciones donde la auto-administración de los medicamentos es requerida, independientemente del tipo de enfermedad, su severidad o el acceso a recursos en salud.

Múltiples factores contribuyen a los problemas de adherencia ("*Dimensiones en interacción*"), algunos relacionados al paciente y su estado social/económico y a las características de la enfermedad o su tratamiento. Aunado a esto, los atributos del sistema de salud y los proveedores en salud también tienen una gran influencia, la creencia común de que los pacientes son únicamente responsables de tomar su tratamiento es engañosa y en general refleja un pobre entendimiento de cómo otros factores afectan la conducta de una persona y la capacidad misma a adherirse al tratamiento⁽¹⁾.

1.1.2.1 Factores asociados a adherencia terapéutica.

Los indicadores de pobre adherencia terapéutica a un esquema son un recurso útil en la práctica médica para la identificación de individuos que requieren intervenciones para mejorar la adherencia. Se ha sugerido que las diferencias etnológicas, el género y el estado socioeconómico tienen un impacto menor en cuanto a los niveles de adherencia, (Tabla 1)^(8, 12).

Tabla 1. Predictores principales de pobre adherencia a medicamentos.
Presencia de enfermedad mental, particularmente depresión.
Discapacidad cognitiva.
Tratamiento de una enfermedad asintomática.
Seguimiento o plan de alta inadecuado.*
Efectos secundarios.
Falta de creencia de los beneficios del medicamento.
Falta de conciencia de enfermedad.
Pobre relación paciente-proveedor.*
Falta de cumplimiento a las consultas de seguimiento.*
Complejidad del tratamiento (número y cantidad de medicamentos y tomas al día).

Costo del medicamento.*
Apoyo social y cohesión familiar.*
Auto-eficacia (confianza en uno mismo de llevar a cabo una conducta).
Barreras en atención en salud.*

*Afectados directa o indirectamente por el sistema de salud prevalente⁽⁸⁾.

1.1.2.2 Modelos teóricos que explican la adherencia.

Entre los modelos que explican la adherencia terapéutica destacan los modelos conductuales⁽¹⁾, entre ellos el de las *creencias en salud* y el de la *teoría de la acción planeada*. El primer modelo se basa en la motivación del paciente y la información de que dispone, percibirse en riesgo de enfermar y ver la enfermedad como algo grave, reconocer la eficacia de la intervención a seguir para evitar la enfermedad y percibir sencillas las medidas a practicar. El modelo propone que un individuo escoge una conducta en particular a través de un análisis costo-beneficio donde los beneficios percibidos (p.ej. mejor salud) son comparados con los costos percibidos (p.ej. dolor físico, pérdida de tiempo). De este modelo deriva el *esquema de necesidades-preocupaciones* que describe como las creencias acerca los medicamentos pueden afectar las conductas de su ingesta. Existen diversas herramientas para evocar creencias acerca de los medicamentos, incluyendo el Cuestionario Breve de Medicamentos, el Estimador de Adherencia y el Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (BMQ por sus siglas en inglés *Beliefs about Medicines Questionnaire*), que se ha demostrado se correlaciona con la adherencia a medicamentos a través de múltiples condiciones, incluyendo enfermedad mental.⁽¹⁸⁾

En el segundo modelo se priorizan los determinantes de la conducta, la intención como el determinante más inmediato y los determinantes de esta: La actitud de la persona hacia la acción y aquello que la modifica, cómo son las creencias en relación con los resultados probables de esa conducta, la valoración realizada de esos resultados, la valoración que hacen otras personas de lo que creen debería hacer el sujeto y la propia motivación del sujeto a cumplir con las expectativas de esas personas o grupos⁽¹⁾.

Otro modelo reconocido es el de la *autorregulación*, que tiene como esencia la importancia de la conceptualización que haga una persona sobre una amenaza para su salud o una enfermedad. Considera que las ideas o representaciones que tiene un paciente sobre la

enfermedad y sobre el tratamiento guían su toma de decisiones y su comportamiento; de manera de que la adherencia requiere representaciones adecuadas de la enfermedad, su tratamiento y de la propia capacidad de administrar su propio ambiente y comportamiento⁽¹⁾.

Por su parte, el modelo de aptitudes de *información-motivación-comportamiento*, más reciente y derivado de los otros modelos, demuestra que si bien la información es un requisito para el cambio conductual, es por sí mismo insuficiente, y es necesario el aporte de la motivación y las aptitudes comportamentales. Finalmente, el modelo de las *etapas de cambio* de Prochaska⁽¹⁹⁾, identifica 5 etapas en las que los individuos progresan según modifican sus comportamientos y estrategias de forma ajustada con cada una de las etapas, este modelo se ha utilizado exitosamente en el tratamiento de comportamientos adictivos.

1.1.3 Medición de la adherencia terapéutica.

La medición precisa de las conductas de adherencia terapéutica es necesaria para planear un tratamiento efectivo y eficiente debido a que las decisiones para cambiar recomendaciones, medicamentos y/o estilos de comunicación dependen de una medición confiable y válida del constructo de adherencia terapéutica⁽¹⁾.

Los métodos disponibles para medir la adherencia terapéutica se pueden dividir en directos e indirectos. En general ningún método es considerado “estándar de oro” por lo que usualmente se prefiere una combinación de métodos de medidas para maximizar la precisión⁽²⁰⁻²²⁾; pues incluso es común que los pacientes mejoren sus conductas de ingesta de medicamentos en los 5 días previos y posteriores de una consulta, un fenómeno conocido como “*Adherencia de la bata blanca*”.^(23, 24)

1) *Métodos directos*: Terapia directamente observada, medición del medicamento o sus metabolitos en orina o sangre y la detección de un marcador biológico agregado al medicamento. Estos métodos, sin embargo, se caracterizan por ser costosos y molestos para el proveedor de salud y el paciente, además de ser en ocasiones susceptibles a distorsión por parte del paciente.

2) *Métodos indirectos*: Implican la obtención de información por parte del paciente, ya sea mediante pregunta directa o mediante el uso de una escala validada, la observación de la respuesta clínica, el realizar conteo de tabletas, establecer tasas de recolección del

medicamento (en sistemas que lo permitan), usar monitores electrónicos (sistema de monitorio de evento de medicamento o *MEMS*, por sus siglas en inglés), medir marcadores fisiológicos (p.ej. frecuencia cardiaca en pacientes con β -bloqueadores) o preguntar al paciente que mantenga un diario de medicamentos (Tabla 2)⁽⁸⁾.

Tabla 2. Métodos para medir adherencia.		
Prueba	Ventajas	Desventajas
Métodos directos.		
Terapia directamente observada.	La más precisa.	Los pacientes pueden esconder las pastillas en la boca, es impráctico para su uso de rutina.
Medición de niveles de metabolito/medicamento.	Objetivo.	Variaciones en el metabolismo y adherencia de "bata blanca" puede sobre-estimar verdadera adherencia; costosa.
Medición de marcador en sangre.	Objetivo; en ensayos clínicos puede medir placebo.	Requiere ensayos costosos.
Métodos indirectos.		
Cuestionarios, auto-reporte.	Simple, barato; el más útil en el contexto clínico.	Susceptible a error con incremento en espacio de visitas; pueden ser fácilmente distorsionados.
Conteo de pastillas	Objetivo; cuantificable, y fácil de realizar.	Fácilmente distorsionado por el paciente.
Evaluación de la respuesta clínica.	Simple, fácil de realizar.	Otros factores además de la adherencia pueden afectarla.
Monitores electrónicos.	Precisos; resultados fácilmente cuantificables; mide los patrones de ingesta.	Costosos; requieren que el paciente regrese para evaluar los datos.
Medición de marcadores fisiológicos.	Usualmente fácil de realizar.	Otros factores lo pueden afectar.
Diarios del paciente	Ayuda a corregir por pobre memoria.	Fácilmente distorsionado.
Recolección del medicamento.	Medida fidedigna del apego del paciente.	No asegura el uso ⁽⁸⁾ .

Las medidas de adherencia terapéutica frecuentemente se correlacionan unas con otras pero raramente producen el mismo estimado de adherencia, por ejemplo, la frecuencia de la toma o una buena adherencia en contraste con una mala adherencia.⁽¹²⁾

La medición de la adherencia terapéutica en psiquiatría no difiere mucho de los constructos teóricos presentados para patologías crónicas en general, sin embargo se entiende que cada

patología, al tener distintas características epidemiológicas y conductuales, cada instrumento debe ser validado.^(25, 26)

2 Trastorno Depresivo Mayor.

El trastorno depresivo mayor o depresión mayor es una enfermedad crónica y recurrente que se distingue de la tristeza normal o duelo por su gravedad, su persistencia a lo largo del tiempo y situaciones, su duración y por la sintomatología fisiológica y conductual asociadas. Al ser un trastorno episódico, es usual que éste inicie a edades tempranas, en promedio durante la tercera década de la vida, aunque nuevos episodios se pueden ver a través del ciclo de vida de las personas. Un patrón de remisiones y recurrencias es típico, con el riesgo de recurrencia mayor en aquellos con inicio temprano del trastorno⁽²⁷⁾. Muchos individuos no se recuperan por completo de los episodios agudos y sufren un trastorno depresivo persistente que ejerce efectos negativos en su calidad de vida e impactan de forma significativa en la salud pública en todo el mundo⁽²⁸⁾.

La depresión es usualmente comórbida con otros trastornos mentales; cerca de la mitad de las personas con historia de depresión padecen de un trastorno de ansiedad en su vida. Es frecuente la comorbilidad con obesidad y otras enfermedades médicas generales, como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y síndromes dolorosos crónicos⁽²⁹⁾.

La importancia de los factores sociales en la depresión es innegable, y existe evidencia sustancial que sugiere que tanto el inicio como la recuperación están relacionados con eventos y dificultades de la vida. La depresión está fuertemente asociada con un nivel socioeconómico más bajo, pobreza, desempleo, separación o divorcio y vivienda deficiente. Los factores predisponentes entre las mujeres incluyen cuidado de niños exigente, maternidad solitaria y apoyo social deficiente. Una gravedad menor de las dificultades de vida premórbidas también se ha demostrado que se asocian con un tiempo reducido para la remisión, al menos entre pacientes con alta autoestima y mejores estrategias de afrontamiento. La recuperación de la depresión se relaciona con el apoyo social positivo y los eventos de la vida que pueden percibirse como "nuevos comienzos", que pueden estar relacionados o no con los eventos adversos originales y las dificultades asociadas con el inicio. Se ha reportado que una reducción en las dificultades sociales marcadas predice la

recuperación de la depresión entre los pacientes, mientras que el reconocimiento y el tratamiento farmacológico por parte del médico en general no es tan efectiva⁽³⁰⁾.

2.1 Criterios diagnósticos.

Los síntomas cardinales del trastorno depresivo se pueden dividir en los siguientes:

- Estados afectivos negativos (p.ej. irritabilidad o tristeza).
- Síntomas fisiológicos (p.ej. insomnio, pérdida de apetito, fatiga y dolor crónico).
- Síntomas cognitivos (p.ej. pobre atención/concentración, pensamientos de culpa y minusvalía).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (DSM-5)⁽³¹⁾

A. Cinco o más de los síntomas siguientes, presentes durante el mismo período de dos semanas y que representen un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. *Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.*

Especificar si:

(Los especificadores son útiles debido a las implicaciones terapéuticas y de pronóstico que cada uno tiene).

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.

Con catatonía.

Con inicio en el parto

Con patrón estacional (solo episodio recurrente).

2.2 La carga de enfermedad de la patología mental y el trastorno depresivo mayor.

Los trastornos mentales son un diverso grupo de condiciones que primariamente afectan la cognición, las emociones y el control conductual; ocurren temprano en la vida y con una alta prevalencia^(32, 33). Estas características combinadas con un curso clínico crónico o recurrente colocan a a estos trastornos como un colaborador principal a la carga global de la enfermedad⁽³⁴⁾; determinado en relación a los años vividos con discapacidad (AVD), particularmente en edades de los 15 a 49 años, intervalo crítico para los aspectos de la educación, la familia y el trabajo. En el 2012 la OMS determinó una proyección del costo global de los trastornos mentales para el 2013 cercano a los \$6 trillones de USD, de los cuales el 35% provendrá de países en vía de desarrollo.⁽³⁵⁾

Aunque los trastornos mentales directamente contribuyen con el 0.5% de todas las muertes, incrementan significativamente el riesgo de mortalidad prematura a través de múltiples causas médicas o por suicidio. Un estimado de 8 millones de muertes anuales debido a condiciones médicas son atribuibles a trastornos mentales^(36, 37). Entre las patologías mentales, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos depresivos y de ansiedad;

aportan el 66% de los años de vida asociados a discapacidad (AVAD) perdidos y 69% de los AVD debido a trastornos mentales y del comportamiento.⁽²⁹⁾

La prevalencia a 12 meses del trastorno depresivo, distimia o trastorno bipolar va del 1.1% al 9.7% en las encuestas globales; reflejando ya sea diferencias metodológicas o diferencias verdaderas de la interacción entre influencias genéticas, ambientales y del desarrollo entre los países⁽²⁹⁾. La depresión lleva a problemas sustanciales en los papeles productivos y sociales de las personas⁽³⁸⁾ y a incremento de gastos en servicios salud que no son directamente resultado de la depresión⁽³⁹⁾. De forma importante, se ha considerado a la depresión mayor como un mayor factor de riesgo para suicidio, el cual se ve incrementado con el uso concurrente de sustancias o con síntomas psicóticos⁽⁴⁰⁾. Por estas razones, si se considera de manera aislada, representa el mayor contribuyente a la carga de enfermedad no fatal a nivel global⁽⁴¹⁾, y aunque los análisis económicos no son concluyentes, algunos han demostrado menores costos en servicios sanitarios en pacientes con remisión de la depresión que en los que continúan con síntomas depresivos⁽⁴²⁾. En México representa el primer lugar de AVD en mujeres y en hombres el segundo luego de la lumbalgia crónica⁽⁴³⁾.

2.3 Tratamiento del trastorno depresivo mayor.

La evidencia, tal como se ha ilustrado en múltiples guías internacionales para el tratamiento de la depresión, se recomienda la medicación antidepressiva como tratamiento de primera línea sólo para la depresión mayor, con al menos cinco de los síntomas enumerados anteriormente, y de severidad al menos moderada en términos de deterioro de la función. Las directrices recomiendan que los antidepressivos no se prescriban normalmente para la depresión leve, que se define en términos de un máximo de cuatro síntomas, que, aunque no se deben ignorar, se debe observar durante un período de 2 semanas o más ("*actitud expectante*") en caso de que el paciente desarrolle síntomas más graves. Durante este período, se recomiendan diversas medidas de autoayuda, que incluyen consejos sobre la higiene del sueño y el manejo de la ansiedad, ejercicio regular y la provisión de libros (*biblioterapia*) o programas informáticos interactivos basados en los principios de la terapia cognitivo-conductual (*TCC computarizada*), que alientan a los pacientes a identificar y abordar sus pensamientos depresivos y a ser más activos⁽³⁰⁾. Las instituciones reguladoras de guías clínicas requieren estudios controlados con placebo que demuestren eficacia durante al menos 6 meses antes de que se apruebe un antidepressivo para su uso a largo plazo. Como

resultado, una gran cantidad de datos ha demostrado que la continuación y el mantenimiento de la farmacoterapia antidepresiva reduce el riesgo de recaída y recurrencia en relación con el tratamiento con placebo (es decir, la interrupción). En 1992, Kupfer et al. publicaron los resultados de un estudio de pilar de 5 años de duración en 128 sujetos con depresión recurrente que se habían recuperado de un episodio agudo mientras recibían tratamiento con TCA, imipramina y psicoterapia interpersonal, y luego pasaron 3 años en recuperación mientras continuaban el tratamiento con imipramina con o sin psicoterapia. Después de 3 años, 20 sujetos que permanecieron en recuperación fueron asignados aleatoriamente para tomar ya sea imipramina (n = 11) o placebo (n = 9) durante los siguientes 2 años. Durante la fase de continuación de 2 años, dos tercios del grupo placebo tuvieron una recurrencia, pero solo 1 de los que completaron la imipramina (n = 10) tuvo una recurrencia y los niveles de fármaco en sangre del sujeto sugirieron incumplimiento. Este estudio demostró el efecto profiláctico del tratamiento antidepresivo a largo plazo, que fue, en este caso, un antidepresivo particularmente desagradable y difícil de tolerar administrado a una dosis más alta (media = 236 mg / día) que la mayoría de las personas en el Reino Unido o Japón. La mayoría de las recaídas en el grupo placebo ocurrieron entre aproximadamente 10 y 30 semanas después del inicio del placebo, lo que significa que estas recaídas no fueron reacciones de abstinencia, sino un resurgimiento de una enfermedad que nunca desapareció y el antidepresivo le había impedido expresarse. Estudios posteriores han demostrado consistentemente una ventaja en la prevención de recaídas para la mayoría de los antidepresivos modernos, ciertamente todos los ISRS, en comparación con el placebo durante al menos 6 meses. Un meta-análisis relacionado informó que los antidepresivos estudiados (incluyendo ISRS, ATC, inhibidores de la monoaminoxidasa y otros), produjeron una reducción del riesgo relativo de aproximadamente 20% en el transcurso de 1 año, que es un número necesario para tratar (NNT) de aproximadamente 5; es decir, por cada 5 pacientes tratados con un antidepresivo durante al menos 1 año, al menos 1 de ellos definitivamente tendrá un mejor resultado que si él o ella no tomara un antidepresivo. El NNT para el tratamiento de un episodio agudo por lo general está entre 5 y 7, por lo que un NNT de 5 por 12 meses de tratamiento de continuación demuestra un profundo efecto farmacológico y terapéutico. Entre los estudios en el meta-análisis que evaluaron la prevención de recaídas antidepresivas durante 3 años, el NNT se redujo a aproximadamente 3, que es un beneficio

terapéutico más profundo. Pocos tratamientos en medicina tienen un NNT comprobado de 3. Un meta-análisis más reciente por Furukawa et al. encontró que la terapia antidepresiva a largo plazo es efectiva en la prevención de recaídas después de la remisión de una fase aguda, y un metaanálisis de Williams et al. informó que la eficacia de mantenimiento de los antidepresivos durante al menos 1 año no se vio afectada por la edad del paciente o la gravedad del episodio inicial. Por lo tanto, una fuerte evidencia respalda la noción de que los médicos deberían usar antidepresivos para prevenir las recaídas, lo cual es un cambio en el énfasis de la visión tradicional del tratamiento antidepresivo⁽⁷⁾.

3 Adherencia terapéutica en Trastorno Depresivo Mayor.

La depresión como un trastorno crónico usualmente requiere tratamiento antidepresivo de por vida para prevenir recurrencias; ya que éstas se asocian a episodios con un incremento en la severidad de la sintomatología, peor función a largo plazo y no aseguran la eficacia del mismo tratamiento⁽⁷⁾. Las consecuencias de una pobre adherencia terapéutica en depresión incluyen mayores costos en utilización de servicios de salud, mayores tasas de hospitalización, menores tasas de remisión de la misma⁽⁴⁴⁾, mayores costos relacionados a otras patologías y a menor adherencia de éstas (OR 3.03)⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾.

Los estudios de pacientes psiquiátricos utilizando varios métodos para medir adherencia terapéutica han reportado que los pacientes con tratamiento por antidepresivos tomaban en promedio 65% de la cantidad recomendada (rango 40-90%). Tradicionalmente las tasas de abandono durante el tratamiento antidepresivo se consideran como un aproximado de la no-adherencia; las tasas en estudios aleatorizados agudos son entre 20 y 40% con “eventos adversos” reportados como la razón más frecuente de ello. En estudios naturalistas, las tasas de abandono son más altas (usualmente 50-60% dentro de 10 semanas), con la categoría de “sentirse mejor” como la razón más frecuente⁽³³⁾. Un estudio que permitía el cambio terapéutico dependiendo de los eventos adversos reportados observó tasas de abandono del 13% a los 3 meses, 16% a los 6, y 21% a los 9 meses; tanto para paroxetina, fluoxetina o sertralina⁽⁴⁸⁾. En otro estudio, las razones más frecuentes para dejar el tratamiento fueron ‘sentirse mejor’ (55%), eventos adversos (23%), miedo a depender del medicamento (10%),

‘sentirse inconforme’ (10%), falta de efectividad (10%) y ‘debo hacerlo yo mismo’ (9%); mismas razones que podían cambiar dependiendo del género ⁽⁴⁹⁾. Se ha demostrado que la falta de adherencia a los antidepresivos resulta en resultados clínicos significativamente peores, como un aumento en el riesgo de recaída y / o recurrencia, visitas al departamento de emergencias (DE) y tasas de hospitalización⁽⁴⁴⁾.

3.1 Factores asociados a adherencia terapéutica en trastorno depresivo mayor.

Hay otros múltiples factores que, aunque menos consistentemente vistos en las revisiones, se han relacionado a la adherencia terapéutica en el trastorno depresivo mayor, incluyendo en población latino-americana e hispano-hablante. Entre ellos se encuentran el apoyo social y autoeficacia percibidos⁽⁵⁰⁻⁵²⁾, los conocimientos acerca de la enfermedad⁽⁵³⁾, la relación médico paciente que se refleja en la satisfacción con el diagnóstico y la información recibida^(54, 55), los efectos adversos^(54, 56), las creencias acerca de los medicamentos⁽⁵⁷⁾, comorbilidades como dolor crónico⁽⁵⁸⁾, ansiedad comórbida/uso concomitante de benzodiazepinas⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾, estado civil⁽⁶²⁾, uso de varios antidepresivos o titulación del antidepresivo al inicio^(63, 64), uso de psicoterapia^(65, 66), una personalidad *buscadora de sensaciones* o del clúster B⁽⁶⁷⁾, e incluso estilos de apego⁽⁶⁸⁾.

Los hallazgos de las investigaciones acerca de adherencia terapéutica apoyan la noción de que es una conducta compleja y difícil de estudiar, aun cuando estos factores representan avances metodológicos no son concluyentes para predecir falta de adherencia terapéutica y en consecuencia realizar intervenciones adecuadas para mejorarla y obtener mejores desenlaces clínicos ⁽⁶⁹⁾.

4 Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los determinantes de la adherencia terapéutica en pacientes mexicanos con trastorno depresivo mayor?

5 Justificación.

La depresión mayor es un trastorno psiquiátrico frecuente que impacta seriamente el funcionamiento y calidad de vida de las personas que la padecen y en la sociedad en general. Hoy en día, a pesar de contar con tratamientos seguros y eficaces para la mayoría de los pacientes, una falta de adherencia terapéutica pone en riesgo la efectividad del mismo. Actualmente se cuentan con instrumentos sencillos validados al español y en población latinoamericana para evaluar la adherencia terapéutica y los múltiples factores que pueden afectarlo.

6 Objetivos.

6.1 Objetivo General

Determinar el nivel de adherencia terapéutica en pacientes mexicanos con trastorno depresivo mayor que toman antidepresivos e identificar los factores propios del paciente y su medio que puedan condicionar la presencia o ausencia de adherencia terapéutica.

6.2 Objetivos específicos

- 1.- Comparar las características demográficas y clínicas del entre los pacientes con trastorno depresivo mayor con una mala y una adecuada adherencia terapéutica reportada.
- 2.- Encontrar si existe asociación entre la adherencia terapéutica reportada y las creencias acerca de los antidepresivos y los psiquiatras.
- 3.- Encontrar si existe asociación entre la adherencia terapéutica reportada, la gravedad de la sintomatología depresiva, el nivel de discapacidad y de calidad de vida reportados
- 4.- Encontrar si existe asociación entre la adherencia terapéutica reportada y el apoyo social percibido.
- 5.- Encontrar si existe asociación entre la adherencia terapéutica reportada y la autoeficacia percibida.

6.- Encontrar si existe asociación entre la adherencia terapéutica reportada y los eventos adversos reportados por antidepresivos.

7 Hipótesis

7.1 Hipótesis general

Los pacientes con trastorno depresivo mayor con pobre adherencia terapéutica presentarán creencias negativas acerca de los medicamentos, menos autoeficacia percibida, más eventos adversos reportados, mayor discapacidad y menos calidad de vida reportada en contraste con los pacientes que tengan adherencia terapéutica.

7.2 Hipótesis específicas

H1.- La escala Morisky-Green de adherencia terapéutica determinará bajos niveles de adherencia terapéutica entre los pacientes con trastorno depresivo mayor que toman antidepresivos.

H2.- Los pacientes con trastorno depresivo mayor y creencias negativas acerca de los medicamentos según la escala BMQ (Cuestionario de Creencias sobre la Medicación) reportarán una pobre adherencia terapéutica.

H3.- Los pacientes con trastorno depresivo mayor y pobre adherencia terapéutica reportada presentarán una mayor gravedad en la sintomatología depresiva según las escalas de Depresión de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, menor calidad de vida reportada y discapacidad reportada determinadas con la escalas de Calidad de vida, disfrute y satisfacción de Endicott y la escala de satisfacción de Sheehan, respectivamente.

H4.- Los pacientes con trastorno depresivo mayor y pobre adherencia terapéutica reportada tendrán un menor apoyo social percibido según la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

H5.- Los pacientes con trastorno depresivo mayor y pobre adherencia terapéutica reportada tendrán una menor autoeficacia percibida según la Escala de Autoeficacia General (EAG).

H6.- Los pacientes con trastorno depresivo mayor y pobre adherencia terapéutica reportada tendrán mayores efectos adversos según las escalas *Puntuación de Frecuencia, Intensidad, y Carga de Efectos Adversos (FIBSER)* e *Inventario de Efectos Adversos Calificado por el Paciente (PRISE)*.

8 Material y Métodos

8.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo comparativo de asociación; debido a que para los análisis la población se dividió ya sea en pacientes que tenían un primer contacto con la institución en contra aquellos que ya se encontraban cautivos en la institución como pacientes regulares o en pacientes que reportaron una mala adherencia terapéutica en contra de quienes reportaron una buena adherencia ⁽⁷⁰⁾.

8.2 Selección y tamaño de muestra

El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo al porcentaje estimado de pacientes que presentan adherencia terapéutica por métodos de autoreporte y otros más directos como el MEMS (~50%)⁽⁸⁾, en población con trastorno depresivo mayor cuya prevalencia estimada es del 9.7%⁽²⁹⁾.

Con los datos anteriores y de acuerdo a la fórmula de proporción:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq} \quad \text{y si } n/N \text{ es } \leq 0.5 \text{ la fórmula puede transformarse a } n = \frac{z^2pq}{d^2}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

z = Valor de la distribución normal estándar que corresponde al nivel de confianza deseado ($z=1.96$ para un 95% IC)

N = Población

p = Proporción estimada verdadera

q = $1-p$

d = Nivel de precisión deseado (en este caso 95%, $D = .05$)

Según la fórmula para el cálculo de la muestra en caso de tener una población de 1000 pacientes se necesitaría una n de 119 y de poderse ignorar al ser una población que tiende al infinito, el tamaño de la muestra n sería 135.

9 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

9.1 Criterios de inclusión

- Sujetos masculinos o femeninos entre 18 a 65 años de edad, con diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).
- Que tengan, a la fecha de inclusión al estudio, tratamiento farmacológico de al menos 4 meses con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.
- Que los pacientes sepan leer y escribir para llenar las escalas.
- Que acepten participar en el estudio.

9.2 Criterios de exclusión

- Sujetos que presenten un cuadro de depresión resistente.
- Sujetos que tengan más de 5 años (260 semanas) en tratamiento continuo con un antidepresivo.
- Sujetos que presenten riesgo suicida.
- Sujetos que hayan recibido tratamiento con terapia electro-convulsiva (TEC) dentro de los tres meses previos a la inclusión.
- Sujetos que presenten trastornos neurológicos: demencia, crisis convulsivas, accidente cerebro-vascular o antecedentes de daño al sistema nervioso central.
- Sujetos que presenten consumo de sustancias de abuso, excepto tabaco (no más 5 cigarrillos/día), alcohol (no más 5 copas diarias o de forma continua y consecutiva [menos de 40g de alcohol]) y café (menos de 500 mg de cafeína; aprox. 7 tazas diarias), de acuerdo a valores sugeridos por la OMS para cada sustancia.

- Pacientes con comorbilidades crónicas que impliquen inflamación crónica o deficiencias hormonales (p.ej. hipotiroidismo sin tratamiento, VIH, enfermedades autoinmunes)

9.3 Criterios de eliminación

- Que algún paciente decida retirar su consentimiento para seguir participando en este estudio.
- Que el diagnóstico longitudinal principal no sea depresión mayor.

10 Definición operacional de las variables de estudio

*Se agregaron nuevas variables en función de la información disponible.

Variable	Nivel de medición	Codificación
<i>Dependientes</i>		
Síntomas depresivos.	Discreta.	Puntuación en la Escala de Depresión de Hamilton o en el Inventario de Depresión de Beck.
Síntomas ansiosos.	Discreta.	Escala de Ansiedad de Hamilton.
Calidad de vida	Discreta.	Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott (la puntuación directa se transforma y expresa en porcentaje respecto a la máxima puntuación posible que un sujeto puede obtener en esa área o se utiliza la subescala general de 14 ítems).
Discapacidad	Discreta.	Inventario de Discapacidad de Sheehan (la puntuación máxima de discapacidad es de 50 puntos, a mayor puntuación mayor discapacidad)
Adherencia terapéutica	Nominal/Discreta.	Buena adherencia < 2 en la escala de Morisky Mala adherencia ≥ 2 en la escala de Morisky. Las puntuaciones también se pudieron considerar de 0 a 4, siendo 4 la peor adherencia.

Días desde la última cita.	Continua.	La diferencia en días desde la última cita <i>psiquiátrica</i> que acudió el paciente hasta la fecha de corte (30-06-2018)
Proporción de citas.	Continua.	La proporción de citas asistidas / citas programadas, como una medida asociada a la adherencia.
<i>Independientes</i>		
Edad	Discreta.	Edad al momento de la aplicación
Sexo	Nominal	1) Masculino 2) Femenino
Estado civil	Nominal	(1) Casado / Unión Libre (2) Soltero (3) Divorciado / Separado (4) Viudo
Derechohabiencia	Nominal	1) Seguro popular 2) IMSS 3) ISSSTE 4) Metro 5) Particular 6) Ninguno
Nivel socioeconómico y proporción de ingresos/egresos.	Discreta/continua.	El primero obtuvo de la clasificación de estudio socioeconómico y el segundo como una proporción de los ingresos y egresos reportados en el mismo estudio.
Tipo de evaluación	Nominal	1) Primera vez. 2) Subsecuente luego de primera vez. 3) Subsecuente.

Tratamientos previos	Discreta.	Número de distintos medicamentos para la depresión que ha tomado el paciente previo a la evaluación.
Otros medicamentos.	Discreta.	Número de medicamentos adicionales al principal para la depresión.
Cuestionario de Creencias sobre la Medicación	Discreta.	Según las cuatro sub-escalas generales de Daño y Abuso, y específicas de Necesidades y Preocupaciones. Las puntuaciones totales van de 2 a 20 en las primeras subescalas, y de 2 a 25 en las segundas.
Eventos adversos	Discreta.	La escala PRISE clasifica gravedad y tipo de evento adverso presentado, con un mínimo de 0 llegando a un máximo de 18 puntos.
Frecuencia, intensidad y Carga de eventos adversos.	Discreta.	Según las tres sub-escalas de la escala FISBER que van de 0 a 6.
Autoeficacia Percibida	Discreta.	Según la escala de Autoeficacia General Percibida un puntaje de 10 a 40.
Apoyo social percibido	Discreta.	Según la Escala de Apoyo social percibido que va de 12 a 84.
Información recibida y satisfacción con la misma	Discreta.	Pregunta si se dio información sobre el diagnóstico y si el paciente está satisfecho con la misma en la escala de 0 (nada satisfecho) a 4 (muy satisfecho).

Número de servicios a los que acude en la institución.	Discreta.	Se obtuvieron el número de servicios, o distinto personal que atiende al paciente, ya sea un servicio psiquiátrico interconsultante, psicoterapia o nutrición.
--	-----------	--

11 Escalas de medición

a) *Evaluación clínica.*

Todos los pacientes que participen serán reclutados y evaluados por parte del personal Servicio de Consulta Externa de la Subdirección de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de la Secretaría de Salud, quienes realizarán la evaluación clínica, recopilación de los datos demográficos y la aplicación de las siguientes escalas clinimétricas:

- **Escala de Depresión de Hamilton:** Es una escala heteroaplicada que consta de 21 items. Proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo sumando las puntuaciones de cada ítem. La escala tiene un coeficiente alfa de 0.789 (IC95%=0.766–0.810). Para la confiabilidad inter-entrevistador, los promedios acumulados son 0.937 (IC95%=0.914–0.954) para el coeficiente de correlación intraclase, 0.81 (IC95%=0.72–0.88) para el coeficiente kappa, 0.94 (IC95%=0.90–0.97) para el coeficiente de correlación de Pearson, y 0.91 (IC95%=0.78–0.96) para el coeficiente de correlación de rango de Spearman. Tiene una confiabilidad test-retest entre 0.65 y 0.98 dependiendo de la distancia en tiempo entre dos medidas⁽⁷¹⁾. La escala tiene una sensibilidad y especificidad de 74.6% y 74.3% respectivamente, para un punto de corte de 5 con el objetivo de predecir un nivel normal de funcionalidad⁽⁷²⁾.
- **Escala de Ansiedad de Hamilton:** Es una escala de estado, heteroaplicada, cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 items que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Proporciona

una medida global de ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. La escala muestra adecuada validez discriminante con la escala de depresión de Montgomery-Asberg, una adecuada validez convergente con el inventario estado-rasgo de ansiedad, una consistencia interna de 0.89 mediante alfa de Cronbach, confiabilidad inter-entrevistador y test-retest (coeficiente de correlación intraclase de 0.92 y 0.92, respectivamente) y sensibilidad al cambio de 1.36⁽⁷³⁾.

- **Inventario de Depresión de Beck:** Es una escala autoaplicada de 21 ítems; proporciona una puntuación total al sumar las puntuaciones de cada ítem. Con un punto de corte de 14, el Inventario de Depresión de Beck tiene una sensibilidad y especificidad de 0.86 (para ambos) y una confiabilidad test-retest con coeficiente de correlación de Pearson de 0.89⁽⁷⁴⁾ para la detección de un episodio depresivo. Cuenta con una consistencia interna de 0.82 o más⁽⁷⁵⁾.
- **Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott:** Es una escala autoaplicada, desarrollada con la intención de obtener un cuestionario que midiera de forma sensible la satisfacción y el placer del paciente con su vida cotidiana. Consta de 93 ítems, 91 de los cuales exploran la satisfacción y el placer experimentado en las siguientes 8 áreas: *Estado de salud (13 ítems)*, *Estado de ánimo (14 ítems)*, *Trabajo (13 ítems)* solamente debe ser contestado por las personas que están trabajando aunque sea sin remuneración, *Actividades del hogar (10 ítems)* solamente debe ser contestada por las personas que son responsables de la realización de algunas tareas en la casa, bien para sí mismas o para otras personas, *Tareas de clase/curso (10 ítems)* solamente debe ser contestado por las personas que en la semana anterior a la aplicación han seguido o participado en algún tipo de curso o clase en un centro, escuela, colegio o Universidad, *Actividades de tiempo libre (6 ítems)*, *Relaciones Sociales (11 ítems)*, *Actividades Generales (14 ítems)*. Este cuestionario tiene un coeficiente de correlación intraclase 0.66-0.89 entre las diferentes dimensiones para la confiabilidad test-retest con una diferencia de 24 horas. Tiene una adecuada consistencia interna reflejada por un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.91-0.96⁽⁷⁶⁾.
- **Inventario de Discapacidad de Sheehan:** Es un instrumento heteroaplicado y autoaplicado utilizado para evaluar el nivel de discapacidad de los pacientes

psiquiátricos. Consta de 5 ítems que se agrupan en 3 escalas: Discapacidad, Estrés percibido y Apoyo social percibido. Proporciona 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 ítems que la componen. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mayor discapacidad. En su versión en español esta escala cuenta con una consistencia interna con coeficiente alfa de Cronbach de 0.72, un coeficiente de correlación intraclassa elevado de 0.87, 0.63 y 0.75 para el total de incapacidad, el estrés percibido y el apoyo social percibido, respectivamente⁽⁷⁶⁾.

- **Escala de auto-reporte de adherencia terapéutica Morisky Green:** Es un instrumento autoaplicado utilizado para evaluar el nivel de adherencia terapéutica a los medicamentos de los pacientes y ha sido traducido, validado en pacientes latinoamericanos, y se ha determinado un adecuado nivel de confiabilidad (alfa de Cronbach: 0.83)⁽⁷⁷⁾ y validez predictiva⁽⁷⁸⁾. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento que se podrían clasificar en se clasifica en: 1) Olvidos/descuido, 2) No adherencia por mejoría y 3) No adherencia por pobre tolerancia. Una puntuación igual o mayor a 2 refleja pobre adherencia terapéutica (<80% de adherencia por MEMS) con una sensibilidad y especificidad del 70% and 70.4%, respectivamente⁽⁷⁸⁾.
- **Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (BMQ):** Se trata de un instrumento compuesto por dos secciones, una general y otra específica. La escala BMQ-General evalúa creencias generales o representaciones sociales de los fármacos dentro de una clase de tratamiento (en este caso, antidepresivos) e incluye 8 ítems en dos sub-escalas de 4 cada una, Abuso y Daño. El BMQ-Específico evalúa las creencias de los pacientes acerca del medicamento que se les ha prescrito en términos de la necesidad y las preocupaciones acerca de tomarlo en términos de la enfermedad en cuestión. La escala incluye 10 ítems en dos sub-escalas, Preocupaciones y Necesidad, cada uno de

5 ítems. El grado de acuerdo con cada afirmación está indicado en una escala Likert de 5 objetos que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). En distintas muestras el instrumento ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en estudios realizados en países extranjeros como en España, donde el coeficiente α de Cronbach para la escala general fue de 0.80, de 0.74 para la escala de daño y de 0.70 para la de abuso⁽⁷⁹⁾; y de 0.82 para la escala de necesidades y de 0.74 para la de preocupaciones⁽⁸⁰⁾.

- ***Escala de Frecuencia, Intensidad y Carga de Efectos Secundarios (FIBSER) e Inventario Calificado por el Paciente de Efectos Secundarios (PRISE)***⁽⁸¹⁾: Son escalas utilizadas dentro del estudio STAR*D y al ser un estudio multi-céntrico requirió ser traducido al español, por lo que las escalas se encuentran disponibles para el público. La escala PRISE es autoaplicada y se utiliza para evaluar la presencia de efectos adversos en una variedad de sistemas biológicos. Una puntuación para cada sistema biológico se genera (0 = ningún efecto secundario, 1 = efecto secundario tolerable, 2 = efecto secundario molesto). La escala FISBER es una escala de autoreporte de 3 ítems que evalúa la frecuencia, intensidad y carga (o grado de interferencia con las actividades del día a día y funcionamiento) debido a efectos adversos atribuibles a los medicamentos; ha demostrado una gran confiabilidad (α de Cronbach $\geq .91$) y validez de constructo.
- ***Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)***: Es un instrumento autoaplicado breve y fácil de administrar que pretende medir la extensión en que un individuo percibe apoyo social de tres fuentes: Personas significativas (PS) (Ítems 1, 2, 5, y 10), Familia (FA) (Ítems 3, 4, 8, y 11) y Amigos (AM) (Ítems 6, 7, 9, y 12). Contiene 12 ítems graduados en una escala Likert de 7 puntos que va de ‘totalmente en desacuerdo’ a ‘totalmente de acuerdo’. La MSPSS ha probado ser una prueba psicométricamente estable en múltiples muestras y tener una buena consistencia interna (α de Cronbach=.89), confiabilidad test-retest y validez factorial robusta en población hispano-hablante⁽⁸²⁾.
- ***Escala de Autoeficacia General Percibida***: Esa una escala autoaplicada de 10 ítems que mide la autoeficacia como un constructo operativo y prospectivo. In contraste

con otras escalas diseñadas para evaluar optimismo, esta escala explícitamente se refiere a agencia personal (p.ej. la creencia de que las de uno son las responsables de desenlaces exitosos). Cada ítem se califica de 1 (Incorrecto) a 4 (cierto). Las puntuaciones van de 10 a 40, siendo un puntaje más alto una autoeficacia más alta. Se ha probado en población Mexicana con una buena consistencia interna (α de Cronbach=.86)⁽⁸³⁾.

12 Consideraciones éticas

El estudio cumple con los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

Todos los participantes recibieron una explicación detallada de los objetivos y metas del estudio. Sus datos personales recabados se protegerán por la ley federal de protección de datos personales, cada uno de los participantes firmará una carta de consentimiento y/o asentimiento informado que cumple con los criterios de ética y de confidencialidad. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) institucional 17 de Julio de 2017 (N° de registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316), permitiendo aprox. 10-11 meses para la recolección de la muestra.

13 Proceso de recolección de muestra.

- Julio 2017 a Mayo 2018
Se solicitó a los residentes de psiquiatría o psicólogos informar al investigador si el paciente deseaba participar.

- Se le informó a los pacientes el objetivo del estudio y se les solicitó la firma del consentimiento informado.

- Se recolectaron 118 mediciones de pacientes con diagnóstico principal de TDM.

- 116 Pacientes firmaron el consentimiento informado

- N=113**
Muestra total incluida para análisis

14 Análisis de resultados.

Los datos obtenidos se analizaron utilizando el lenguaje de programación R, junto con la plataforma RStudio para mac, haciendo uso de múltiples paquetes estadísticos, aunque principalmente se utilizaron el paquete stats() para las pruebas estadísticas y el paquete ggplot2() para la realización y diseño de los gráficos. Se realizaron una pruebas de distribución de los datos obtenidos de manera visual con la función ggdensity() y de manera estadística con la prueba de Shapiro-Wilk, las distribuciones que resultaron sesgadas a la derecha o izquierda se pudieron transformar a la normalidad mediante el uso de logaritmos, raíz cuadrada o cúbica. Posteriormente, realizamos una matriz de correlación para identificar diferencias significativas entre variables discretas/continuas las cuales se analizaron mediante pruebas de correlación de Pearson, los distintos grupos nominales/categoricos se analizaron mediante prueba de chi-cuadrada (χ^2), prueba t de student o Análisis de variancia (ANOVA) de un factor y su respectiva prueba post hoc para detectar las diferencias entre los grupos analizados (p.ej. categorías de adherencia terapéutica, estado civil, derechohabiencia,

tipo de evaluación, etc.), en caso de que algunas de las escalas no cumplieran de algún modo la presuposición de tener una distribución normal, se realizaron pruebas no paramétricas como Wilcoxon de dos muestras o de Kruskal-Wallis para múltiples comparaciones. Nos limitamos de realizar regresiones logísticas/lineares/múltiples dado el tamaño limitado de la muestra, las correlaciones encontradas, y la limitación de tiempo por la necesidad de realizar métodos de re-muestreo tales como *bootstrapping* para poder realizar las regresiones multivariadas correspondientes.

15 Resultados.

Durante el periodo del estudio, obtuvimos 113 observaciones de un total de 92 pacientes, 56 (61%) de estos pacientes se evaluaron cerca de su primer contacto con la institución, antes o después de su consulta de historia clínica, y 36 (39%) fueron evaluados en consultas subsecuentes (de 6 meses a 5 años de haber iniciado tratamiento en la institución), ya sea en la consulta de psiquiatría general, clínica de género o psicoterapia, servicios que atienden más comúnmente pacientes adultos con diagnóstico de depresión mayor; por lo que obtuvimos 21 observaciones prospectivas de 19 pacientes que fueron evaluados por primera vez el día de su historia clínica, 2 de los pacientes que participaron por primera vez decidieron no volver a participar por limitaciones en el tiempo para contestar las encuestas. 72 (80%) de estos pacientes fueron del sexo femenino, el promedio de edad fue de 37 (± 12.4) años, de los 56 pacientes que se evaluaron por primera vez, solo 23 (41%) continuaban su atención en la institución hasta la fecha del corte, el resto de características sociodemográficas se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas seleccionadas.	
Característica	N= 92
Mujeres n(%)	72 (89%)
Edad (SD)	37 (± 12.4)
Ocupación n(%)	
- Estudiante	18 (19)
- Hogar	13 (25)
- Comerciante	7 (7)
- Desempleado	12 (13)
- Pensionado	

- Empleado	2 (2) 24 (26)
Escolaridad n(%)	
- Ninguna	1 (1)
- Primaria	7 (8)
- Secundaria	11 (12)
- Bachillerato	33 (36)
- Licenciatura	35 (38)
- Postgrado	5 (5)
Seguridad social n(%)	
- IMSS	13 (14)
- ISSSTE	11 (12)
- Seguro popular	8 (8)
- Seguridad privada	1 (1)
- Ninguna	58 (64)
Proporción ingresos/egresos (SD)	1.24 (±0.68)
Nivel socioeconómico (SD)	2.66 (.98)

De todos los pacientes distintos que ya habían iniciado tratamiento, 59% reportaron una buena adherencia según la escala de Morisky (puntuación <2), de las 21 mediciones prospectivas a 3-6 meses, 76% reportaron una buena adherencia terapéutica, y de los pacientes de consultas subsecuentes, sólo 46% reportaron una buena adherencia terapéutica, esta diferencia fue estadísticamente significativa según la prueba de χ^2 ($p= 0.02367$), como se ilustra en la figura 1. Esta diferencia no se observó como significativa en la matriz de correlaciones entre la puntuación de Morisky y el tiempo del tratamiento en semanas, tampoco cuando la puntuación de Morisky se manejó como factor en ANOVA, pero sí cuando se utilizó la adherencia de manera categórica (figura 2).

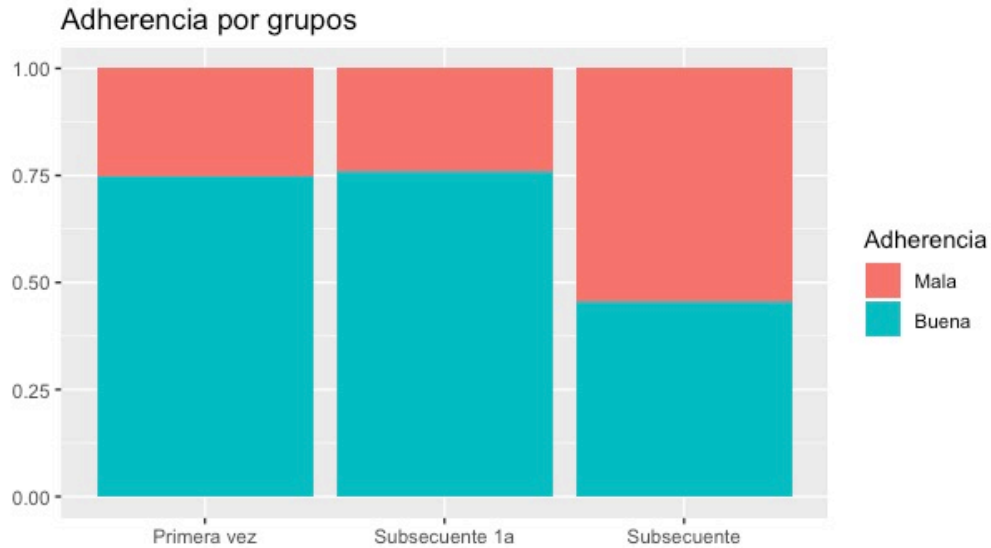


Figura 1. Diferencia entre el nivel de adherencia terapéutica y el momento en que se evaluó al paciente ($p=0.015$).

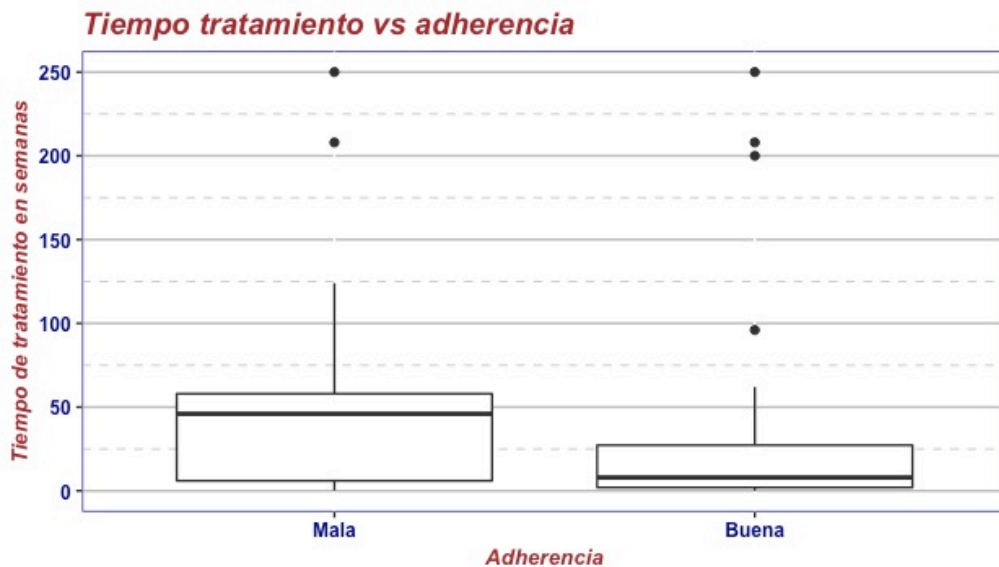


Figura 2. Comparación entre el nivel de adherencia terapéutica y el tiempo en semanas que el paciente estaba tomando el medicamento al momento de la evaluación ($p=0.014$).

Dada la definición más aceptada de buena adherencia terapéutica (Morisky<2), procedimos a realizar múltiples comparaciones de dicha variable categórica con las distintas escalas y variables continuas definidas en las hipótesis mediante prueba de T de Student o prueba de Wilcoxon, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la adherencia con la proporción de citas programadas/asistidas, ninguna subescala del BMQ, Hamilton de

ansiedad o depresión, inventario de Beck, calidad de vida de Endicott, discapacidad de Sheehan o las escalas de efectos adversos PRISE-FISBER. La única diferencia significativa encontrada fue entre la adherencia y la autoeficacia percibida (Figura 3).

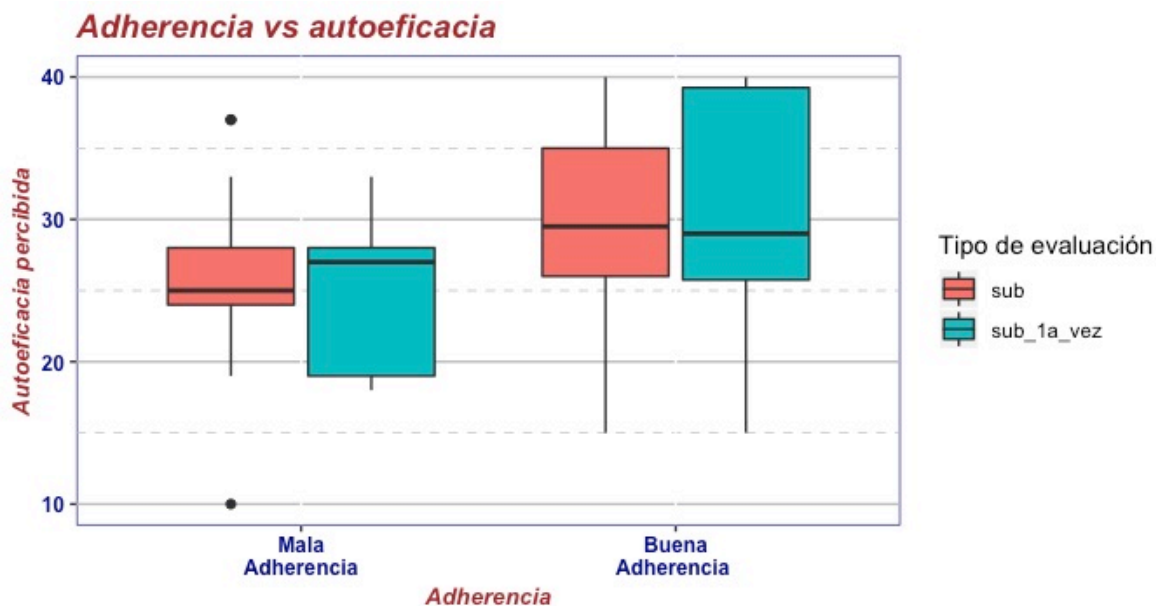


Figura 3. Comparación entre el tipo de adherencia terapéutica y el nivel de autoeficacia percibida de los pacientes por grupos ($p= 0.042$, $IC_{95\%}= -7.57 -0.14$).

La matriz de correlación tampoco reveló correlaciones entre la edad, el número de tratamientos previos, el número de medicamentos adicionales, la satisfacción con la información, factores socioeconómicos con el nivel de adherencia o el tiempo desde la última cita. Para ilustrar la confiabilidad de las mediciones, se realizaron correlaciones entre los puntajes de las escalas de Hamilton y Beck (Figura 4). La matriz mostró correlaciones importantes con el número de citas de APC, sin embargo, se identificó un efecto importante de apalancamiento por la falta de representación de > 1 cita a dicho servicio en la muestra.

Correlación escalas depresión

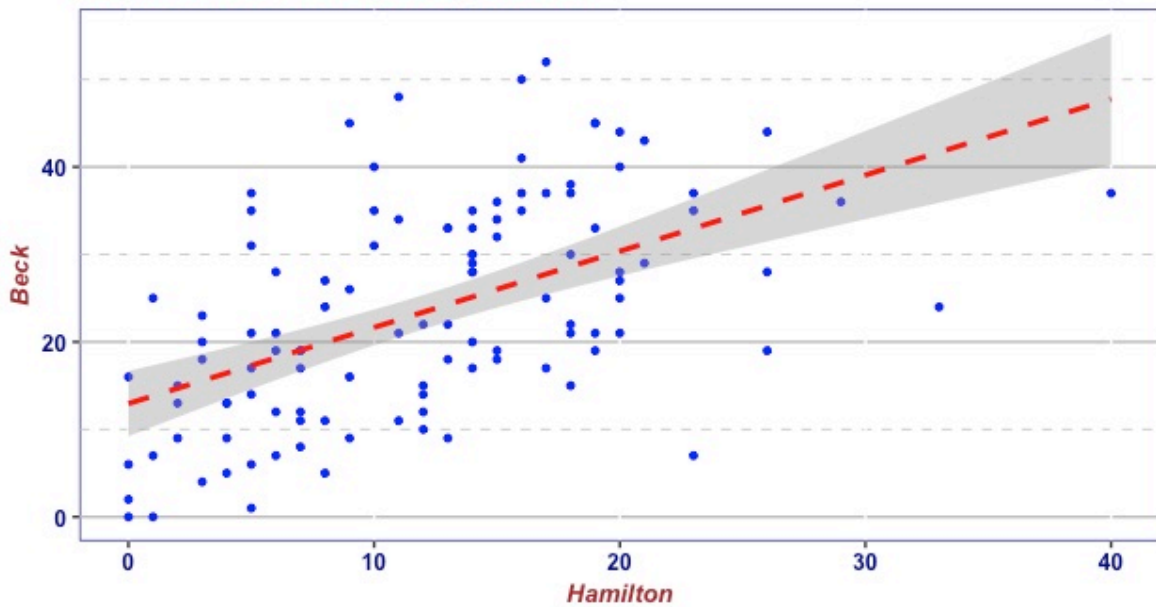


Figura 4. Muestra de la correlación entre las puntuaciones de escalas de Hamilton y Beck obtenidas ($p= 1.3e^{-9}$, $IC_{95\%}= 0.39-0.65$).

Se encontraron correlaciones significativas entre los días en que el paciente no ha regresado a la consulta externa, el puntaje de creencias de necesidad de medicamentos antidepresivos (Figura 5-A, $p= 0.021$, $IC_{95\%}= -0.42$ a -0.03) y el número de servicios a los que acude el paciente (Figura 5-B, $p= 9.12e^{-6}$, $IC_{95\%}= -0.59$ a -0.26). Esta correlación se mantuvo cuando se consideraron aparte los que regresaron luego de 3-6 meses y los que llevaban más tiempo en tratamiento.

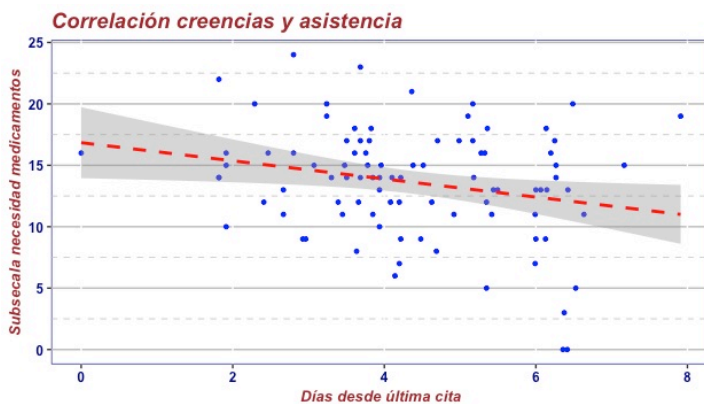


Figura 5-A.

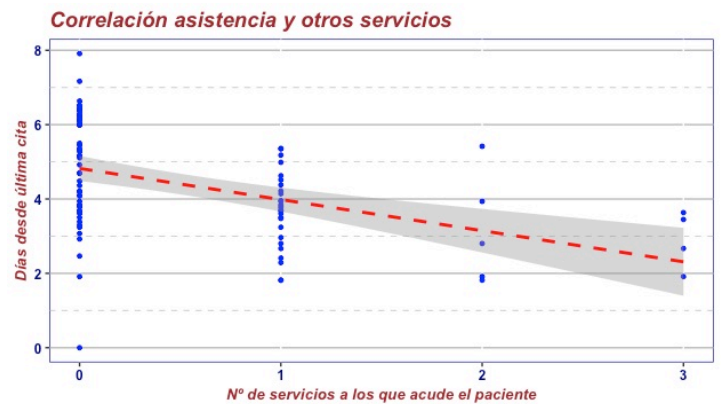


Figura 5-B.

Al comparar las distintas escalas por puntuación de Morisky como ANOVA de una prueba o de pruebas repetidas, encontramos diferencias estadísticamente significativas con la subescala de BMQ general de daño ($p= 0.0065$), con la subescala de BMQ específica de preocupaciones (Figura 6, $p= 0.00149$), y con la discapacidad asociada a efectos adversos medicamentosos ($p= 0.00132$). De manera similar, se encontraron diferencias significativas entre el nivel de adherencia, con la escolaridad ($p= 0.0033$) y estado civil ($p= 0.022$)

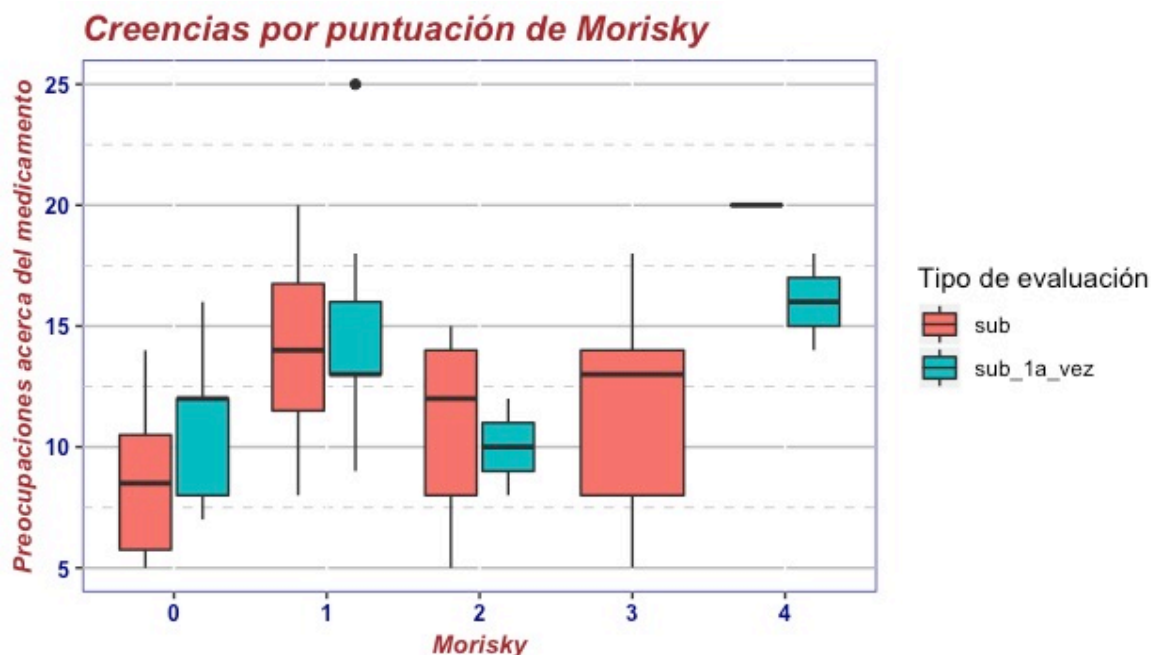


Figura 6. Diferencias entre las preocupaciones acerca de tomar antidepresivos por puntuación de Morisky, reflejando adherencia terapéutica, una mayor puntuación es peor adherencia terapéutica, ($p= 0.00149$).

16 Discusión.

El estudio presente buscaba expandir el conocimiento actual acerca de los factores que pudieran influir en la adherencia terapéutica, para empezar, llama mucho la atención de que no se hayan encontrado diferencias significativas entre el nivel de adherencia y los síntomas depresivos o ansiosos, lo que puede significar que la adherencia está subestimada por la escala, o que los síntomas depresivos han remitido de manera espontánea con la atención o el tiempo. Sin embargo, se puede identificar un fenómeno de selección de pacientes a lo largo del proceso de atención, dado que, para empezar, menos de la mitad que inician la

atención la continúan, y el 76% de los pacientes que tiene atención durante el primer año reportan una buena adherencia en comparación con el 46% de los que ya tienen tiempo atendidos de manera regular, lo cual coincide con el promedio de los estudios revisados⁽⁹⁻¹²⁾. Estos hallazgos, junto con la relación inversa entre la necesidad percibida de antidepresivos y la asistencia a los servicios psiquiátricos, nos hablan de que los pacientes, según el modelo transteórico de cambio de conducta de Prochaska⁽¹⁹⁾, al inicio del tratamiento psiquiátrico, se encuentran en un *balance de decisión* global entre los síntomas, tener contacto con el servicio de salud e introducir una sustancia extraña a su cuerpo, que les motiva a tomar el medicamento y acudir a las consultas, balance que al mejorar los síntomas o no encontrar lo que esperaban, con el tiempo, les desmotiva a seguir acudiendo e incluso dejar de tomar el medicamento⁽⁸⁴⁾, un efecto inverso a esta conducta, según los hallazgos de este estudio, es que la información/atención regular y multidisciplinaria (reflejado en el tiempo de última consulta vs el número de servicios), y la concepción de que uno es responsable/agente de sus acciones (autoeficacia), motivan al paciente a continuar su atención y la toma del medicamento. Otros estudios han demostrado un mayor papel del locus de control externo (médicos y servicio de salud) que el interno (autoeficacia)⁽⁵²⁾, sin embargo, no se descarta que estas diferencias resulten de la pérdida de la pérdida de pacientes menos autoeficientes, y la selección consecuente de pacientes autoeficientes ante un sistema que ofrece información/educación/terapia insuficiente, dada la presencia repetida de las sub-escalas de la BMQ en las diferencias encontradas. El estudio actual presenta limitaciones importantes: durante el estudio, se calculó que se podrían reclutar de 160 hasta 480 pacientes en el periodo del estudio, sin embargo, las limitaciones en tiempo y personal de todo el hospital en un programa de residencia médica son prohibitivas, por lo que se enfatiza la necesidad de crear equipos multidisciplinarios o métodos informáticos que puedan recolectar datos de manera más eficiente y fidedigna, en cuanto al diseño del estudio, aún no es de nuestro conocimiento que se haya validado la escala de Morisky con una medida más objetiva de adherencia (p.ej. MEMS o pruebas séricas) a falta de un sistema regulado de provisión de medicamentos (con el cual se puede calcular la adherencia de manera más fidedigna⁽⁸⁵⁾), dado que la muestra se obtuvo del servicio de consulta externa, no están representados los pacientes más graves o que han sufrido recaídas, lo cual podría otorgar mayores diferencias significativas que pudieran

explicar el proceso de pérdida de pacientes y de continuación de la atención. Tampoco se tomaron en cuenta otros factores que pudieran influir de manera importante en la adherencia como los costos relacionados a la adquisición del medicamento o transporte⁽⁸⁰⁾. En general, las ventajas del estudio se consideran como un paso a expandir el conocimiento sobre el fenómeno de adherencia terapéutica en nuestro medio, lo cual puede ayudar a implementar medidas para mejorar la adherencia a las consultas o medicamentos para nuestros pacientes.

17 Conclusiones.

En conclusión, los hallazgos en el estudio presente se pueden considerar heterogéneos, aunque las diferencias encontradas informan parte del proceso de adherencia terapéutica que llevan los pacientes en nuestro medio, por lo que aunque la mayoría de las hipótesis nulas no se hayan podido rechazar, se puede decir que sí se han cumplido los objetivos del estudio.

La adherencia terapéutica, fenómeno complejo como es, es resultado de una cooperación entre el médico y el paciente mientras interactúan con un medio social-de salud propicio o adverso para promover conductas y cogniciones acordes a la búsqueda de salud y/o estabilidad, por lo que antes de considerar extremos como una supervisión continua y automatizada⁽⁸⁶⁾, debemos considerar el objetivo de que el paciente de inicio acuda y cómo podemos optimizar la información que éste recibe para motivarle a participar en su proceso de búsqueda de salud, según el mismo modelo transteórico, se han tratado de implementar distintas intervenciones basadas en la entrevista motivacional, mismas que recientemente han demostrado buenos resultados⁽⁸⁷⁾. Siendo este llamado un Programa de iniciación y participación en el tratamiento (TIP), mismo que incluyó 5 pasos: (1) revisar los síntomas y el régimen antidepresivo con una evaluación de las barreras para tomarlo; (2) definir un objetivo personal que podría lograrse con la adherencia; (3) proporcionar educación acerca de la depresión y la terapia antidepresiva; (4) colaborar para abordar las barreras a la participación en el tratamiento; y (5) crear una estrategia de adherencia y facultar al paciente para que hable directamente con el médico sobre el tratamiento.

18 Referencias

1. Burkhart PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
2. Demyttenaere K. Compliance during treatment with antidepressants. *J Affect Disord.* 1997;43(1):27-39.
3. Timmreck TC. *Dictionary of health services management.* 2nd ed. Owings Mills, MD: National Health Pub.; 1987. xiii, 675 p. p.
4. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul.* 2015;16(2):175-89.
5. Guilbert JJ. The world health report 2002 - reducing risks, promoting healthy life. *Educ Health (Abingdon).* 2003;16(2):230.
6. Cruz S. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol.* 2012;11(2):102-4.
7. Nutt DJ. Rationale for, barriers to, and appropriate medication for the long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry.* 2010;71 Suppl E1:e02.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005;353(5):487-97.
9. Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J, Group VANS. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health.* 2003;6(5):566-73.
10. Waeber B, Leonetti G, Kolloch R, McInnes GT. Compliance with aspirin or placebo in the Hypertension Optimal Treatment (HOT) study. *J Hypertens.* 1999;17(7):1041-5.
11. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther.* 2001;23(8):1296-310.
12. Krueger KP, Berger BA, Felkey B. Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Adv Ther.* 2005;22(4):313-56.
13. Urquhart J. The electronic medication event monitor. Lessons for pharmacotherapy. *Clin Pharmacokinet.* 1997;32(5):345-56.
14. Holman H, Lorig K, Sobel D, Stewart A, Brown Jr B, editors. Evidence that an education program for self-management of chronic disease can improve health status while reducing health care costs: a randomized trial. *Abstract Book/Association for Health Services Research;* 1997.
15. Organization WH. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development.* Report of the Commission on Macroeconomics and Health. 2001. Geneva: World Health Organization Google Scholar. 2009.
16. Rickles NM, Brown TA, McGivney MS, Snyder ME, White KA. Adherence: a review of education, research, practice, and policy in the United States. *Pharm Pract (Granada).* 2010;8(1):1-17.
17. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002(2):CD000011.
18. Foot H, La Caze A, Gujral G, Cottrell N. The necessity-concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2016;99(5):706-17.
19. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist.* 1992;47(9):1102.
20. Spilker B. Methods of assessing and improving patient compliance in clinical trials. *IRB: Ethics & Human Research.* 1992;14(3):1-6.
21. Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S, et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med.* 2001;134(10):968-77.
22. Turner BJ, Hecht FM. Improving on a coin toss to predict patient adherence to medications. *Ann Intern Med.* 2001;134(10):1004-6.

23. Cramer JA, Scheyer RD, Mattson RH. Compliance declines between clinic visits. *Arch Intern Med.* 1990;150(7):1509-10.
24. Feinstein AR. On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Arch Intern Med.* 1990;150(7):1377-8.
25. Velligan D, Sajatovic M, Valenstein M, Riley WT, Safren S, Lewis-Fernandez R, et al. Methodological challenges in psychiatric treatment adherence research. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2010;4(1):74-91.
26. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res.* 2010;69(6):591-9.
27. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry.* 2000;157(10):1584-91.
28. Gureje O. Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24(1):67-71.
29. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4).* Washington (DC)2016.
30. Kendrick T, Chatwin J, Dowrick C, Tylee A, Morriss R, Peveler R, et al. Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREShold for AntiDepressant response) study. *Health Technology Assessment.* 2009;13(22):i-182.
31. First MB. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*
32. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
33. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291(21):2581-90.
34. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. Global Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4).* Washington (DC)2016.
35. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. *Program on the Global Demography of Aging;* 2012.
36. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-41.
37. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4).* Washington (DC)2016.
38. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):22-33.
39. Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics.* 2007;25(1):7-24.

40. Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Can J Psychiatry*. 2014;59(3):120-30.
41. Global Burden of Disease Study C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
42. Sicras-Mainar A, Mauriño J, Cordero L, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. *Atención Primaria*. 2012;44(11):667-75.
43. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *salud pública de méxico*. 2013;55(6):580-94.
44. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;193:1-10.
45. Choi S, Lee S, Matejkowski J, Baek YM. The relationships among depression, physical health conditions and healthcare expenditures for younger and older Americans. *J Ment Health*. 2014;23(3):140-5.
46. Bet PM, Penninx BW, van Laer SD, Hoogendijk WJ, Hugtenburg JG. Current and remitted depression and anxiety disorders as risk factors for medication nonadherence. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(9):e1114-21.
47. DiMatteo MR, Lepper HS, 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(14):2101-7.
48. Kroenke K, West SL, Swindle R, Gilseman A, Eckert GJ, Dolor R, et al. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *JAMA*. 2001;286(23):2947-55.
49. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewe W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 22:30-3.
50. Lee MS, Lee HY, Kang SG, Yang J, Ahn H, Rhee M, et al. Variables influencing antidepressant medication adherence for treating outpatients with depressive disorders. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):216-21.
51. Osborn CY, Egede LE. The relationship between depressive symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: the role of social support. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(3):249-53.
52. De las Cuevas C, Peñate W, Sanz EJ. The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):1.
53. Galletly C, Neaves A, Burton C, Liu D, Denson LA. Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nurs Outlook*. 2012;60(5):316-21.
54. Woolley SB, Fredman L, Goethe JW, Lincoln AK, Heeren T. Hospital patients' perceptions during treatment and early discontinuation of serotonin selective reuptake inhibitor antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(6):716-9.
55. Desplenter F, Laekeman G, Group GR, Simoens S. Differentiated information on antidepressants at hospital discharge: a hypothesis-generating study. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(4):252-62.

56. Warden D, Trivedi MH, Wisniewski SR, Kurian B, Zisook S, Kornstein SG, et al. Early adverse events and attrition in selective serotonin reuptake inhibitor treatment: a suicide assessment methodology study report. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30(3):259-66.
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(12):1203-7.
58. Wang J, Liu X, Mullins CD. Treatment adherence and persistence with duloxetine, venlafaxine XR, and escitalopram among patients with major depressive disorder and chronic pain-related diseases. *Curr Med Res Opin*. 2011;27(7):1303-13.
59. Wu CH, Erickson SR, Piette JD, Balkrishnan R. The association of race, comorbid anxiety, and antidepressant adherence among Medicaid enrollees with major depressive disorder. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8(3):193-205.
60. Papakostas GI, Larsen K. Testing anxious depression as a predictor and moderator of symptom improvement in major depressive disorder during treatment with escitalopram. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(3):147-56.
61. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Is antidepressant-benzodiazepine combination therapy clinically more useful? A meta-analytic study. *J Affect Disord*. 2001;65(2):173-7.
62. Freccero C, Sundquist K, Sundquist J, Ji J. Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):83-8.
63. Warden D, Trivedi MH, Carmody T, Toups M, Zisook S, Lesser I, et al. Adherence to antidepressant combinations and monotherapy for major depressive disorder: a CO-MED report of measurement-based care. *J Psychiatr Pract*. 2014;20(2):118-32.
64. Serna MC, Real J, Cruz I, Galvan L, Martin E. Monitoring patients on chronic treatment with antidepressants between 2003 and 2011: analysis of factors associated with compliance. *BMC Public Health*. 2015;15:1184.
65. de Lusignan S, Chan T, Tejerina Arreal MC, Parry G, Dent-Brown K, Kendrick T. Referral for psychological therapy of people with long term conditions improves adherence to antidepressants and reduces emergency department attendance: controlled before and after study. *Behav Res Ther*. 2013;51(7):377-85.
66. Liraud F, Verdoux H. Association between temperamental characteristics and medication adherence in subjects presenting with psychotic or mood disorders. *Psychiatry Res*. 2001;102(1):91-5.
67. Holma IA, Holma KM, Melartin TK, Isometsa ET. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: a five-year prospective study. *J Affect Disord*. 2010;127(1-3):102-12.
68. Hooper LM, Tomek S, Roter D, Carson KA, Mugoya G, Cooper LA. Depression, patient characteristics, and attachment style: correlates and mediators of medication treatment adherence in a racially diverse primary care sample. *Prim Health Care Res Dev*. 2016;17(2):184-97.
69. Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003;13 Suppl 3:S69-75.
70. Cohen RJ, Swerdik ME, Phillips SM, Pendergrass L. *Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement*. *Psychcritiques*. 1997;42(5):454.
71. Trajković G, Starčević V, Latas M, Leštarević M, Ille T, Bukumirić Z, et al. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Res*. 2011;189(1):1-9.

72. Romera I, Pérez V, Menchón JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Res.* 2011;186(1):133-7.
73. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Med Clin (Barc).* 2002;118(13):493-9.
74. Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto HA. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental.* 1991;14(2):1-6.
75. Bogardus M. Comparison of the Center for Epidemiology Studies Depression Scale and Beck Depression Inventory for Research with Latinas. *Issues Ment Health Nurs.* 2016:1-9.
76. López de la Parra MdPM, Mendieta Cabrera D, Muñoz Suarez MA, Díaz Anzaldúa A, Cortés Sotres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud mental.* 2014;37(6):509-16.
77. 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.
78. Interian A. A brief self-report measure to assess antidepressant adherence among Spanish-speaking Latinos. *J Clin Psychopharmacol.* 2010;30(6):755-7.
79. Fernández-Castillo A, Vílchez-Lara MJ. Creencias paternas sobre la medicación y satisfacción con la atención sanitaria infantil. *Gaceta Médica de México.* 2015;151(3):338-44.
80. McQuaid EL, Vasquez J, Canino G, Fritz GK, Ortega AN, Colon A, et al. Beliefs and barriers to medication use in parents of Latino children with asthma. *Pediatr Pulmonol.* 2009;44(9):892-8.
81. Wisniewski SR, Rush AJ, Balasubramani GK, Trivedi MH, Nierenberg AA, Investigators S. Self-rated global measure of the frequency, intensity, and burden of side effects. *J Psychiatr Pract.* 2006;12(2):71-9.
82. Landeta O, Zumalde EC. Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y estrés.* 2002;8(2):173-82.
83. Padilla J-L, Acosta B, Guevara M, Gómez J, González A. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología.* 2006;23(2):245-52.
84. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008.
85. Dima AL, Dediu D. Computation of adherence to medication and visualization of medication histories in R with AdhereR: Towards transparent and reproducible use of electronic healthcare data. *PloS one.* 2017;12(4):e0174426.
86. Rosenbaum L. Swallowing a spy—the potential uses of digital adherence monitoring. *New England Journal of Medicine.* 2018;378(2):101-3.
87. Sirey JA, Banerjee S, Marino P, Bruce ML, Halkett A, Turnwald M, et al. Adherence to depression treatment in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry.* 2017;74(11):1129-35.

19 Anexo I. Consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Justificación: La depresión es un trastorno muy frecuente y que tiene un serio impacto en el funcionamiento de las personas. Uno de los principales sistemas relacionados con la Depresión Mayor es el que involucra a la Serotonina, molécula que regula diversas funciones normales en el cerebro como son el estado de ánimo, la agresión y el sueño, entre otros. Los medicamentos que se usan para tratarla son llamados antidepresivos y actúan a corto plazo sobre receptores en el cerebro y en cuestión de semanas producen modificaciones en el interior de las neuronas. Estos eventos son objeto de una intensa investigación en todo el mundo, y la información de este estudio ayudará a entender con más detalle las posibles causas biológicas asociadas y con ello permitirá se diseñen nuevos y más efectivos tratamientos.

Objetivo del estudio:

Establecer una prueba molecular para determinar la detección del riesgo de recaída por la terminación del uso de antidepresivos después de un año de seguimiento del tratamiento en personas con depresión mayor, que han consumido de forma constante el tratamiento farmacológico indicado por su médico tratante.

Procedimiento del estudio:

Se me invita a participar en este estudio debido a que durante la valoración psiquiátrica se me diagnosticó depresión mayor y he recibido tratamiento farmacológico con antidepresivos durante al menos 6 meses. Mi participación en el estudio consistirá en:

1. Brindar información respecto a edad, sexo, estado civil, escolaridad y religión, la cual será registrada en una hoja de datos clínico-demográficos elaborada para dicho fin.
2. Autorizar una cita mensual, durante un periodo de 6 meses a partir de mi inclusión al protocolo, para la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de

ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott e Inventario de Discapacidad de Sheehan, con la cuales se evaluarán características clínicas actuales de la depresión en tratamiento, calidad de vida y funcionamiento. La aplicación de estas escalas no tendrá costo y tomará no más de una hora de mi tiempo en contestarse.

3. Autorizar la toma de tres muestras de sangre para este estudio (hasta 10 ml al inicio, a la mitad o 3 meses, y al final del estudio o 6 meses, iniciando desde mi inclusión al protocolo), a partir de la cual se aislará material genético para la evaluación del funcionamiento del sistema serotoninérgico y la depresión mayor.
4. Autorizaré que se me contacte por vía telefónica y/o correo electrónico de forma mensual a partir del inicio de mi participación en este estudio, para programar una consulta de seguimiento o en su defecto, se me aplicará por vía telefónica la Escala de Depresión de Beck.
5. Respecto a los datos personales recabados se me informa que: *"los datos personales serán tratados de manera confidencial, de conformidad con lo establecido en las leyes que sobre la materia se apliquen"*.

Riesgos:

- a) En caso de identificarse durante la entrevista un incremento en la severidad de sintomatología depresiva se me canalizará inmediatamente al servicio de atención psiquiátrica continua de esta institución.
- b) Entiendo que el riesgo físico al ser tomada una muestra de sangre es mínimo, se trata de un dolor leve y pasajero que en raras ocasiones puede ocasionar un pequeño moretón que sana en cuestión de días.

Consignas a seguir:

- a) Mi participación en el estudio es voluntaria y no tendrá ningún costo.
- b) En el caso de que yo no desee participar en ella, podré abandonar el estudio sin que de ninguna manera afecte negativamente la calidad de la atención médica que recibo en esta Institución.
- c) Tengo además el derecho de decidir ser informado o no, acerca de datos clínicos relevantes para mi diagnóstico y tratamiento que pudieran hacerse evidentes durante mi participación en el estudio.

Ventajas:

- a) Entiendo que más allá de recibir la atención profesional oportuna, mi participación en el estudio no tiene ningún beneficio directo para mí; sin embargo, podría contribuir al establecimiento de criterios moleculares que le brinden a los médicos psiquiatras sustento biológico para extender el periodo de administración de fármacos antidepresivos o suspender la administración de los mismos.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Con el propósito de salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un folio, de tal manera que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente. La información que le brinde al investigador en ningún momento será comunicada a otra persona ajena a este estudio.

Contacto:

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Lenin Pavón Romero del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo "B", planta baja. En el laboratorio de psicoimmunología, en el edificio de neurociencias, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 41605082 y 83.

Consentimiento y firmas:

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y me ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además, entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Sí No

Entiendo que es mi derecho el tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico.

Sí No

Estaría usted de acuerdo en que se le apliquen la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, Inventario de depresión de Beck, cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott e Inventario de Discapacidad de Sheehan con la cuales se evaluarán las características clínicas actuales de la evolución de la depresión en tratamiento, su calidad de vida y funcionamiento. La aplicación de estas escalas no tendrá costo y tomará no más de una hora de mi tiempo en contestarse.

Sí

No

Estaría usted de acuerdo en que la información obtenida sea compartida con su médico tratante, con el fin de evaluar que el tratamiento que actualmente lleve a cabo sea el adecuado para mejorar su estado de salud.

Sí

No

Autorizo que se me contacte por vía telefónica y/o correo electrónico de forma mensual a partir de mi inclusión en este estudio hasta 6 meses posteriores, para programar una consulta de seguimiento, o en su defecto, que se me aplique por vía telefónica la Escala de Depresión de Beck.

Sí

No

Autorizar la toma de tres muestras de sangre para este estudio (hasta 10 ml al inicio, a la mitad o 3 meses, y al final del estudio o 6 meses, iniciando desde mi inclusión al protocolo), a partir de la cual se aislará material genético para la evaluación del sistema serotoninérgico y la depresión mayor.

Sí

No

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Lenin Pavón Romero del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Módulo “B”, planta baja. En el laboratorio de psicoinmunología, en el edificio de neurociencias, de 08:00 a 17:00 horas o también a los teléfonos 41605082 y 83.

del Participante Firma del Participante Fecha Nombre

Investigador Firma del Investigador Fecha Nombre del

Testigo 1 Firma del Testigo 1 Fecha Nombre del

del Testigo 2 Firma del Testigo 2 Fecha Nombre

20 Anexo II. Ficha de identificación de pacientes.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha:

Nombre:	Expediente:
Edad:	Sexo:
Estado civil:	
Fecha y lugar de nacimiento:	
Dirección:	
Teléfono	
Casa:	Correo electrónico:
Celular:	
Fecha de ingreso al proyecto:	Fecha de toma de muestra:
Ha presentado un proceso inflamatorio en las últimas dos semanas: Si () No ()	
En caso afirmativo ¿cuál es el motivo? _____	
DIAGNÓSTICOS	
Diagnóstico:	Diagnóstico de comorbilidad:
Inicio de tratamiento:	Año de tratamiento:
Tratamiento:	Tratamiento:

Dosis:	Dosis:	
Peso:	Cintura:	cm
Talla:	Cadera:	cm
IMC:	Relación cintura-cadera:	
Escalas aplicadas:		
Escala de depresión de Hamilton:		
Escala de ansiedad de Hamilton:		
Inventario de depresión de Beck:		
Cuestionario de calidad de vida y satisfacción de Endicott:		
Inventario de discapacidad de Shehann:		
Escala Morisky-Green		
Cuestionario de Creencias sobre la Medicación		
Escalas de eventos adversos.		
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido		
Escala de Autoeficacia General Percibida		
Dr(a). <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> Tratante </div>		

Observaciones (Puede utilizarse el reverso de esta hoja):

21 Anexo III. Escala Morisky y Cuestionario de Creencias sobre la Medicación.

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación-General.

SUS OPINIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS/MEDICINAS EN GENERAL

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre los medicamentos en general. A continuación, aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre los medicamentos en general. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas marcando un círculo en el número de la casilla apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los psiquiatras utilizan demasiados medicamentos.	1	2	3	4	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando.	1	2	3	4	5
3. La mayoría de medicamentos crean adicción .	1	2	3	4	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos.	1	2	3	4	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien.	1	2	3	4	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos) .	1	2	3	4	5
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos	1	2	3	4	5
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos.	1	2	3	4	5

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación-Específico

SUS OPINIONES SOBRE SU MEDICACIÓN

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre su tratamiento con antidepresivos. A continuación, aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre su tratamiento con antidepresivos para su depresión. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas marcando un círculo en el número de la casilla apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Actualmente mi salud depende de los antidepresivos.	1	2	3	4	5
2. Me preocupa tener que tomar antidepresivos.	1	2	3	4	5
3. Mi vida sería imposible sin antidepresivos .	1	2	3	4	5
4. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de los antidepresivos.	1	2	3	4	5
5. Sin antidepresivos estaría muy enfermo/a.	1	2	3	4	5
6. Los antidepresivos son un misterio para mí .	1	2	3	4	5
7. En el futuro mi salud dependerá de los antidepresivos.	1	2	3	4	5
8. Los antidepresivos trastornan mi vida.	1	2	3	4	5
9. A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de los antidepresivos.	1	2	3	4	5
10. Los antidepresivos impiden que mi depresión	1	2	3	4	5

empeore.					
----------	--	--	--	--	--

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación (Beliefs about Medicines Questionnaire, © Rob Home, 1999). Traducción de M. Belendez.

1. ¿Su médico tratante le ha informado su diagnóstico?

Sí No

2. ¿Está usted de acuerdo con este diagnóstico?

Sí No

3. Si la respuesta fue “**No**”, ¿Podría explicar brevemente por qué?

4. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la información que se le dio sobre el tratamiento que se le indicó?

No se me dio información Insatisfecho Poco satisfecho Satisfecho Muy satisfecho

¿Ya inició su tratamiento antidepresivo?

Sí No

Si la respuesta fue “**Sí**”, conteste los siguientes cuestionarios por favor:

Prueba de Morisky-Green para el cumplimiento terapéutico.

1. ¿Alguna vez se ha olvidado de tomar su medicina antidepresiva?

Sí No

2. ¿Algunas veces, es descuidada(o) en tomar su medicina antidepresiva?

Sí No

3. ¿Cuando se siente mejor, algunas veces ha dejado de tomar su medicina antidepresiva?

Sí No

4. ¿A veces, si se siente peor cuando se toma su medicina antidepresiva, deja de

tomársela?

Sí No

1) ¿Ha recibido algún tipo de psicoterapia?

Sí No

Si la respuesta fue “**SÍ**”, ¿En cuantas ocasiones? _____

2) ¿Aún continúa en psicoterapia?


Sí No

Si la respuesta fue “**SÍ**”, ¿Cuánto tiempo lleva en psicoterapia? _____

Si conoce que tipo de psicoterapia toma, por favor escriba cómo se llama:

22 Anexo IV. Escalas de eventos adversos FISBER y PRISE.

1445344476

STAR  D FISER/GRSEB

Para uso de la oficina solamente:

Spanish By phone Ad hoc visit actualización

FG

Número del paciente:

Fecha: / /

Nivel:

Semana en el Nivel:

INSTRUCCIONES: Seleccione la mejor respuesta para cada una de las tres preguntas siguientes.

1. Escoja la respuesta que mejor describa la frecuencia de los efectos secundarios del medicamento que ha tomado durante la semana pasada para su depresión. No marque respuesta si cree que los efectos secundarios son debidos a tratamiento(s) que estaba realizando por otras razones médicas diferentes a la depresión. Determine la frecuencia de estos efectos secundarios en la semana más reciente.

Ningún efecto secundario	Presente 10% de las veces	Presente 25% de las veces	Presente 50% de las veces	Presente 75% de las veces	Presente 90% de las veces	Presente siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6

2. Escoja la respuesta que mejor describa la intensidad (¿cuán grave?) de los efectos secundarios que usted atribuye a los medicamentos que ha tomado durante la semana pasada para su depresión. Determine la intensidad de estos efectos secundarios, cuando ocurrieron, durante la semana pasada.

Ningún efecto secundario	Insignificante	Leve	Mediano	Bastante	Grave	Intolerable
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6

3. Escoja la respuesta que mejor describa en qué medida los efectos secundarios de los medicamentos antidepressivos que usted ha usado esta semana pasada han interferido con su vida diaria.

Sin limitación	Mínimas limitaciones	Leves limitaciones	Limitaciones moderadas	Bastantes limitaciones	Graves limitaciones	Incapaz de funcionar debido a los efectos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6

CRC ID:

FG v3.1 07/31/2003

Página 1 de 1

5896525651

STAR  D PRISE

Para uso de la oficina solamente:

 Spanish By phone Ad hoc visit actualización

PRS

Número del paciente:

Fecha

 / /

MM

DD

AAAA

Nivel
Semana en el Nivel
Por favor indique todos los síntomas que haya tenido la semana pasada. Estos síntomas pueden deberse o no al tratamiento.

<p>1. GASTROINTESTINAL</p> <p>1.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Boca seca</p> <p><input type="checkbox"/> Náusea/vómito</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>1.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>	<p>4. SISTEMA NERVIOSO</p> <p>4.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Temblores</p> <p><input type="checkbox"/> Mala coordinación</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>4.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>
<p>2. CORAZÓN</p> <p>2.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Palpitaciones (latido irregular)</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos cuando está parado</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor de pecho</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>2.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>	<p>5. OJOS/OÍDOS</p> <p>5.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Visión borrosa</p> <p><input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>5.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>
<p>3. PIEL</p> <p>3.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Sarpullido</p> <p><input type="checkbox"/> Sudor</p> <p><input type="checkbox"/> Comezón</p> <p><input type="checkbox"/> Piel seca</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>3.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>	<p>6. GENITAL/URINARIO</p> <p>6.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad orinando</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor al orinar</p> <p><input type="checkbox"/> Orinar frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Período menstrual irregular</p> <p><input type="checkbox"/> No tuve síntomas de esta categoría</p> <p>6.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?</p> <p><input type="checkbox"/> Tolerable</p> <p><input type="checkbox"/> Molesto</p>

CRC ID

PRS v.2.0 01/01/2003

Página 1 de 2

Número
del paciente:

Fecha

Nivel

Semana
en el Nivel**7. SUEÑO**

7.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:

- Problemas durmiendo
- Dormir demasiado
- No tuvo síntomas de esta categoría

7.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?

- Tolerable
- Molesto

8. FUNCIÓN SEXUAL

8.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:

- Pérdida de deseo sexual
- Dificultad para alcanzar el orgasmo
- Problemas con erección
- No tuvo síntomas de esta categoría

8.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?

- Tolerable
- Molesto

9. OTRO

9.1 Marque TODOS los síntomas que haya tenido la semana pasada independientemente de cuál haya sido su causa:

- Ansiedad Fatiga
- Mala concentración Poca energía
- Desánimo general Otro _____
- Inquietud No tuvo síntomas de esta categoría

9.2 Si tuvo síntomas la semana pasada, ¿cuán grave fue su PEOR síntoma?

- Tolerable
- Molesto

23 Anexo V. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Más Bien en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más Bien de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en un situación difícil | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Mi familia realmente intenta ayudarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |

Adaptación al castellano: Landeta, O. & Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.

24 Anexo VI. Escala de Autoeficacia General Percibida.

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu capacidad para resolver problemas.

Lee cada una de ellas, y marca la alternativa que consideres conveniente.

No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Usa la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MAS BIEN CIERTO	CIERTO

MARCA TODAS LAS AFIRMACIONES

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos, puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo(a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

25 Anexo VII. Escalas utilizadas en protocolo de investigación NC150048.

ANEXO 2 **ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON**

Nombre: _____ Fecha: _____

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

<p>1. ANIMO DEPRIMIDO: (Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado)</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.</p> <p>2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.</p> <p>3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.</p> <p>4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal. <input type="checkbox"/></p>	<p>7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:</p> <p>0. Sin dificultad</p> <p>1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.</p> <p>2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).</p> <p>3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.</p> <p>4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay. <input type="checkbox"/></p>
<p>2. SENTIMIENTOS DE CULPA:</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.</p> <p>2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.</p> <p>3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.</p> <p>4. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras. <input type="checkbox"/></p>	<p>8. RETARDO: (lentitud de pensamientos y/o palabras, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora)</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Ligero retardo durante la entrevista.</p> <p>2. Obvio retardo durante la entrevista.</p> <p>3. Entrevista difícil debido al retardo. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Estupor completo. <input type="checkbox"/></p>
<p>3. SUICIDIO:</p> <p>0. Ausentes</p> <p>1. Siente que no vale la pena vivir.</p> <p>2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.</p> <p>3. Ideas o gestos suicidas.</p> <p>4. Intentos de suicidio. <input type="checkbox"/></p>	<p>9. AGITACION:</p> <p>0. Ninguna</p> <p>1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos.</p> <p>2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc. <input type="checkbox"/></p>
<p>4. INSOMNIO INICIAL:</p> <p>0. Sin dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (más de media hora).</p> <p>2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches. <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ANSIEDAD PSIQUICA:</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por cosas triviales.</p> <p>3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Expresa miedo o temor espontáneamente. <input type="checkbox"/></p>
<p>5. INSOMNIO INTERMEDIO:</p> <p>0. Sin dificultad</p> <p>1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.</p> <p>2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño). <input type="checkbox"/></p>	<p>11. ANSIEDAD SOMATICA: (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular: (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Leve</p> <p>2. Moderado</p> <p>3. Severo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Incapacitante <input type="checkbox"/></p>
<p>5. INSOMNIO TERMINAL:</p> <p>0. Sin dificultad</p> <p>1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.</p> <p>2. Incapaz de volver a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama. <input type="checkbox"/></p>	

PUNTAJE EN NOTACIÓN DE A A 100

100

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES:

0. Ninguno
 1. Pérdida de apetito pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesadez en el abdomen.
 2. Dificultad para comer a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EN GENERAL

0. Ninguno
 1. Sensación de pesadez en miembros, espalda o cabeza.
 Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía o fatiga.
 2. Todo sintoma físico específico se califica con 2.

14. SINTOMAS GENITALES; (Pérdida de la libido, trastornos menstruales)

0. Ausentes
 1. Moderados
 2. Severos

15. HIPOCONDRIASIS:

0. Ausente
 1. Absorto en su propio cuerpo.
 2. Preocupación por su salud
 3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
 4. Delirios hipochondríacos

16. PÉRDIDA DE PESO; (Completése ya sea A o B)

A. Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento)
 B. Cuando se evalúa semanalmente

(A)
 0. Sin pérdida de peso
 1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
 2. Pérdida de peso definitiva según el paciente

(B)
 0. Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana
 1. Más de 0.5 Kg.
 2. Más de 1 Kg.

17. INTROSPECCION:

0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
 2. Niega estar enfermo.

18. VARIACIONES DIURNAS: (Completése a m. o p.m. dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde)

	A.M.	P.M.
0. Ausente	0. Ausente	0. Ausente
1. Moderada	1. Moderada	1. Moderada
2. Severa	2. Severa	2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas)

0. Ausentes
 1. Leves
 2. Moderados
 3. Severos
 4. Incapacitantes

20. SINTOMAS PARANOIDES:

0. Ninguno
 1. Sospechoso
 2. Suspicaz
 3. Ideas de referencia
 4. Delirios de referencia y/o persecución

21. SINTOMAS OBSESIVOS - COMPULSIVOS:

0. Ausente
 1. Moderados
 2. Severos

TOTAL: _____

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borboríngos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
 Escolaridad: _____
 Ocupación: _____
 Domicilio (Colonia y Delegación) _____

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo, que mejor describa cómo se ha **sentido esta última semana, incluyendo hoy**. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1) ___ No me siento triste.
 ___ Me siento triste.
 ___ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 ___ Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto.

- 2) ___ No me siento desanimado acerca del futuro.
 ___ Me siento desanimado acerca del futuro.
 ___ Siento que no tengo que esperar del futuro.
 ___ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

- 3) ___ No me siento como un fracasado.
 ___ Siento que he fracasado más que otras personas.
 ___ Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 ___ Siento que como persona soy un completo fracaso.

- 4) ___ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 ___ No disfruto de las cosas como antes.
 ___ Ya no obtengo satisfacción de nada.
 ___ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5) ___ No me siento culpable.
 ___ En algunos momentos me siento culpable.
 ___ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 ___ Me siento culpable todo el tiempo.

- 6) ___ No siento que esté castigado.
 ___ Siento que puedo ser castigado.
 ___ Creo que seré castigado.
 ___ Siento que estoy castigado.

- 7) ___ No me siento descontento conmigo mismo.
 ___ Me siento descontento conmigo mismo.
 ___ Me siento a disgusto conmigo mismo.
 ___ Me odio a mí mismo.

- 8) ___ No siento que sea peor que otros.
 ___ Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
 ___ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
 ___ Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9) ___ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
 ___ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
 ___ Quisiera suicidarme.
 ___ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

- 10) ___ No lloro más que de costumbre.
 ___ Lloro más que antes.
 ___ Lloro todo el tiempo.

- ___ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11) ___ Ahora no estoy más irritable que antes.
 ___ Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
 ___ Me siento irritado todo el tiempo.
 ___ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba.
- 12) ___ No he perdido el interés en la gente.
 ___ No me interesa la gente como antes.
 ___ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
 ___ He perdido todo el interés en la gente.
- 13) ___ Tomo decisiones tan bien como siempre.
 ___ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
 ___ Se me dificulta tomar decisiones.
 ___ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ___ No siento que me vea más feo que antes.
 ___ Me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a).
 ___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea poco atractivo (a).
 ___ Creo que me veo feo (a).
- 15) ___ Puedo trabajar tan bien como antes.
 ___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
 ___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
 ___ No puedo trabajar para nada.
- 16) ___ Duermo tan bien como antes.
 ___ No duermo tan bien como antes.
 ___ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.
 ___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
- 17) ___ No me canso más de lo habitual.
 ___ Me canso más fácilmente que antes.
 ___ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 ___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ___ Mi apetito es igual que siempre.
 ___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
 ___ Casi no tengo apetito.
 ___ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ___ No he perdido peso o casi nada.
 ___ He perdido más de 2.5 kilos.
 ___ He perdido más de 5 kilos.
 ___ He perdido más de 7.5 kilos.
 (Estoy a dieta SI NO)
- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
 ___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento
 ___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
 ___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) ___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
 ___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
 ___ Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes.
 ___ He perdido completamente el interés en el sexo.

Cuestionario de calidad de vida de Endicott.

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a evaluar cómo estuvo usted durante la semana pasada.

No. paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

¿Con respecto a su salud física, durante la semana pasada cuanto tiempo usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuentemente
...estuvo completamente libre de dolor o malestar?	1	2	3	4	5
...estuvo descansado?	1	2	3	4	5
...estuvo con energía?	1	2	3	4	5
...estuvo con excelente salud física?	1	2	3	4	5
...estuvo al menos con una muy buena salud física?	1	2	3	4	5
...estuvo libre de preocupaciones acerca de su salud física?	1	2	3	4	5
...dormió bien?	1	2	3	4	5
...se sintió capaz de estar físicamente activo como lo requerían sus actividades diarias?	1	2	3	4	5
...se sintió que coordinaba bien?	1	2	3	4	5
...sintió que su memoria funcionaba bien?	1	2	3	4	5
...se sintió físicamente bien?	1	2	3	4	5
...se sintió completamente lleno de energía y vitalidad?	1	2	3	4	5
...se sintió libre de problemas visuales?	1	2	3	4	5

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente
...se sintió con la cabeza despejada?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
...se sintió bien acerca de su apariencia?	1	2	3	4	5
...se sintió feliz o gozoso?	1	2	3	4	5
...se sintió independiente?	1	2	3	4	5
...se sintió contento?	1	2	3	4	5
...pudo comunicarse con otros?	1	2	3	4	5
...pudo cuidar de su apariencia y limpieza personal (cabello, ropa y baño)?	1	2	3	4	5
...pudo tomar decisiones?	1	2	3	4	5
...se sintió relajado?	1	2	3	4	5
...se sintió bien acerca de su vida?	1	2	3	4	5
...pudo viajar para realizar las actividades que necesitaba (caminar, tomar autobús, tren o cualquier otro transporte)?	1	2	3	4	5
...pudo resolver los problemas de su vida diaria?	1	2	3	4	5
...pudo cuidar de usted mismo?	1	2	3	4	5

¿Usted tiene trabajo? _____ ¿Usted trabaja para sí mismo? _____
 ¿Trabaja como voluntario? _____

1.- Si contesto a las 3 preguntas "NO", anote el motivo, no conteste esta hoja y pase a la hoja 4.

- a) Por enfermedad física _____
- b) Por problemas emocionales _____
- c) Jubilado _____
- d) Otro _____

2.- Si contesto "SI" a alguna de las 3 preguntas conteste esta hoja.

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente
...disfrutó su trabajo?	1	2	3	4	5
...resolvió los problemas de su trabajo sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
...pensó claramente acerca de su trabajo?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones cuando lo necesitaba?	1	2	3	4	5
...logró cuanto usted necesitaba?	1	2	3	4	5
...se sintió complacido con sus logros en el trabajo?	1	2	3	4	5
...trabajó bien?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en su trabajo?	1	2	3	4	5
...se concentró en su trabajo?	1	2	3	4	5
...trabajó cuidadosamente?	1	2	3	4	5
...conservó sus expectativas altas con respecto a su trabajo?	1	2	3	4	5
...cuidó de su trabajo usted mismo cuando lo necesitaba?	1	2	3	4	5
...se comunicó e interactuó con facilidad con otros mientras trabajaba?	1	2	3	4	5

¿Es usted responsable de alguna actividad hogareña (como lavar, hacer compras, lavar platos, preparar comida) para sí mismo u otras personas? _____

1.- Si contesto "NO", anote la razón, no conteste esta hoja y pase a la hoja 5.

- a) Por enfermedad _____
- b) b) Por problemas emocionales _____
- c) Por que no le toca _____
- d) Otros _____

2.- Si contesto "SI", conteste esta hoja.

¿durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente-mente
...conservó su cuarto/apartamento/casa tan limpio que se sintió satisfecho?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo realizaba sus pagos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo compraba sus alimentos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo preparaba y obtenía sus alimentos?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho de cómo limpiaba y lavaba?	1	2	3	4	5
...se sintió satisfecho y apreciado por sus labores hogareñas?	1	2	3	4	5
...se concentró y pensó claramente acerca de sus actividades hogareñas como necesitaba?	1	2	3	4	5
...resolvió problemas hogareños sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones con respecto a sus actividades hogareñas cuando necesitaba?	1	2	3	4	5
...hizo reparaciones o cuidó usted mismo del mantenimiento de su hogar como lo necesitaba?	1	2	3	4	5

¿Usted toma algún curso, asiste a clases o imparte alguna clase en una escuela o colegio durante la semana pasada?

1.- Si contestó "NO", anote el motivo, no conteste esta hoja y pase a la hoja 6.

- a) Por enfermedad _____
- b) Por situación emocional _____
- c) Por que ya no estudia _____
- d) Otro _____

2.- Si contestó "SI", conteste esta hoja..

Durante la semana pasada cuanto tiempo usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente-mente
...disfrutó de su trabajo en clase/curso?	1	2	3	4	5
...trató de ir hacia adelante en su trabajo de clase/curso?	1	2	3	4	5
...realizó su trabajo de clase/curso sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
...penso claramente en clase/curso?	1	2	3	4	5
...tomó decisiones acerca de su trabajo en clase/curso cuando lo necesitó?	1	2	3	4	5
...se sintió complacido con los logros en su trabajo en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en su trabajo en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se concentró en su trabajo en clase/curso?	1	2	3	4	5
...se sintió bien mientras hace su trabajo de clase/curso?	1	2	3	4	5
...se comunicó e interactuó con facilidad con otras personas en su clase/curso?	1	2	3	4	5

El siguiente cuestionario hace referencia a sus actividades durante su tiempo libre como ver televisión, leer el periódico o revistas, regar plantas, visitar museos, ver películas o eventos deportivos.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente
¿Cuando usted tuvo tiempo, cuantas veces usted usó el tiempo para actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto disfrutó de sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto planeó sus actividades recreativas antes de emprenderlas?	1	2	3	4	5
¿Cuánto se concentró y puso atención en sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5
¿Si surgía un problema en sus actividades recreativas, usted lo resolvió sin excesivo estrés?	1	2	3	4	5
¿Cuánto mantuvo su interés en sus actividades recreativas?	1	2	3	4	5

¿Durante la semana pasada cuantas veces usted...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Frecuente-mente
...disfrutó de estar o hablar con sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...considero reunirse con amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...hizo planes a futuro junto con sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...disfrutó hablando con sus compañeros de trabajo y vecinos?	1	2	3	4	5
...fue paciente con otros cuando estos se irritaban?	1	2	3	4	5
...se sintió interesado en los problemas de otros?	1	2	3	4	5
...sintió afecto hacía una o mas personas?	1	2	3	4	5
...se sintió bien con otras personas?	1	2	3	4	5
...bromeaba o se reía con otras personas?	1	2	3	4	5
...sintió que necesitaba de sus amigos o parientes?	1	2	3	4	5
...sintió que la relación con sus amigos o familiares transcurría sin mayores problemas?	1	2	3	4	5

Tomando en consideración todo, durante la semana pasada que tan satisfecho se sintió usted de su...	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
...salud física?	1	2	3	4	5
...ánimo?	1	2	3	4	5
...trabajo?	1	2	3	4	5
...actividades del hogar?	1	2	3	4	5
...relaciones sociales?	1	2	3	4	5
...relaciones familiares?	1	2	3	4	5
...actividades recreativas?	1	2	3	4	5
...habilidad en las funciones de la vida diaria?	1	2	3	4	5
...interés y/o ejecución sexual?	1	2	3	4	5
...nivel económico?	1	2	3	4	5
...situación de alojamiento o vivienda?	1	2	3	4	5
...habilidad a mantenerse físicamente sin sensación de mareo, inestabilidad o caída?	1	2	3	4	5
...su visión para realizar su trabajo o actividades recreativas?	1	2	3	4	5
...sobre su sensación de bienestar?	1	2	3	4	5
...sobre su medicación?	1	2	3	4	5
...que tan satisfecho se sintió con su vida durante la semana pasada?	1	2	3	4	5