



Escuela de Química y Farmacia
Facultad de Farmacia

“USO DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES AMBULATORIOS
DE UNA FARMACIA COMUNITARIA DE QUILPUÉ”.

Internado para optar al Título de Química Farmacéutica

Andrea Del Pilar Martínez Díaz

DIRECTOR DE INTERNADO:

QF. WALDO VERGARA HERRERO

CO-DIRECTOR DE INTERNADO:

QF. LESLIE ACEVEDO TOLOSA

2014

AGRADECIMIENTOS

En este momento tan importante de mi vida, quiero agradecer a todas las personas que me han acompañado durante este largo proceso:

A mis padres Manuel y Elvira, quienes me apoyaron incondicionalmente, gracias por sus esfuerzos de darme siempre lo mejor y confiar en mis capacidades, gracias por ser mis fans número 1.

A mi mami Lila, a quien le debo gran parte de lo que soy, por su apoyo año tras año de estudio, quien dedico gran parte de sus años a cuidarnos, acompañarnos y aconsejarnos siempre.

A mi hermana Fabiola, gracias por siempre querer ayudarme, aunque estuvieras enojada sabía que podía contar contigo siempre, gracias por la preocupación, cariño y apoyo en las buenas y en las malas.

A mi gran familia, que siempre ha estado a mi lado, gracias por su preocupación, cariño y apoyo.

A mi gordo, gracias por tener tanta paciencia en mis días de estrés y acompañarme hasta el infinito y mas allá. Te Amo

A todos mis amigos; que uno a uno fue siendo parte de este gran logro, mi compañera, amiga, hermana Falito gracias por hacerme parte de tu familia y caminar juntas este largo camino te adoro. Romita gracias por tu apoyo, pese que compartimos los últimos años te adoro eres una gran amiga. A mis amigas del colegio Thayna y Cristina que de una forma u otra fueron un gran apoyo en esta etapa las quiero. A mis gordos lechones, Kari, Cris, Mayito, Rosa, Consu y Cami, los adoro gracias por sus palabras y cariño enorme, por los momentos vividos y por los que nos quedan por vivir juntos

A mi profesor guía, Waldo Vergara, por confiar en mí y darme la oportunidad de realizar este trabajo. Gracias por su paciencia, sus conocimientos, consejos y cariño entregado.

A mi Co-directora, Leslie Acevedo, gracias por su apoyo, cariño y dedicación durante todo este proceso.

A la profesora Yaneth Moya, gracias por su apoyo, cariño y disponibilidad siempre.

A las auxiliares de farmacia quienes con su cariño y apoyo durante mi internado hicieron que mi trabajo fuese muy ameno

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	10
2.1. General:	10
2.2. Específicos:.....	10
3. METODOLOGÍA.....	12
3.1 Diseño del estudio:.....	12
3.3 Método de recolección de la información:.....	12
3.4 Consideraciones éticas:	13
3.5 Tiempo de recolección de datos:	13
3.5 Análisis de datos:	13
4. RESULTADOS	14
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	14
4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	15
4.2.1. Género de la muestra	15
4.2.2. Rango etario de la población en estudio.....	15
4.2.3. Estado civil de la muestra	16
4.2.4. Nivel educacional de la muestra	16
4.3. CARACTERIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA	17
4.3.1. Antidepresivos prescritos según principio activos.....	17
4.3.2. Medicamentos adicionales a la terapia con antidepresivos	18
4.4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	20
4.5. CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA ANTIDEPRESIVA.....	22

4.6. ADHERENCIA A LOS ANTIDEPRESIVOS.....	23
4.6.1. Prevalencia de la adherencia mediante el test de Morinsky-Green	23
4.6.2 Factores que intervienen en la adherencia.	23
4.7. EFECTOS ADVERSOS PRESENTADOS POR LA POBLACIÓN ESTUDIADA	28
4.8. COSTO TERAPIA CON ANTIDEPRESIVOS.....	29
4.9. ROL DEL PROFESIONAL QUÍMICO FARMACÉUTICO EN FARMACIA COMUNITARIA.....	30
5. DISCUSIÓN	31
6. CONCLUSIONES.....	42
7. REFERENCIAS.....	44
ANEXOS	49

RESUMEN

En los últimos años en Chile las enfermedades crónicas no transmisibles, como los trastornos mentales y /o conductuales han aumentado, debido a la forma de vida y a que la población está envejeciendo. Entre éstos el más frecuente es la depresión, por lo cual en el año 2001, el Ministerio de Salud de Chile ejecutó un programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, siendo incorporada en Junio del 2006 como patología GES (Garantías Explícitas de Salud). Sin embargo, existen varios factores que alteran el cumplimiento al tratamiento y que impiden que los pacientes con estos trastornos logren los objetivos terapéuticos planteados.

El objetivo del estudio fue determinar las características del uso de antidepresivos en pacientes que despacharon su tratamiento en una farmacia Cruz Verde de Quilpué, mediante un diseño observacional prospectivo de corte transversal.

En la muestra, se determinó que el 77,3% pertenece al género femenino, y entre los medicamentos más prescritos destacó la sertralina y el escitalopram, y los diagnósticos más recurrentes fueron la depresión con un 52,6% de la muestra, seguido de ansiedad con un 10,3% y además un 56,7% de los encuestados fueron adherentes al tratamiento farmacológico. Concluyendo así que la terapia utilizada por estos pacientes debe poseer un control más riguroso y el paciente debe ser instruido en el uso de este tipo de medicamentos, y es aquí donde el profesional químico farmacéutico cobra una importancia vital, ya que puede evitar el incumplimiento mediante la interacción directa con el paciente, y de éste modo instruir en el empleo responsable de los fármacos.

ABSTRACT

Over the last years the chronic illnesses not transmissible in Chile like mind problems and/or behavioral ones, have increased, due to the population is getting old. This is the reason why, back in the year 2001, the Health Ministry of Chile executes a program dealing with detection, Diagnosis and integral Treatment of depression, being this incorporated in June, 2006 as pathology GES (Garantía explícita de salud). However, there are several factors affecting compliance to treatment, and that prevent the patients with this kind of disorder to achieve the therapeutic objectives posed

The aim of this study was to determine the characteristics of use the antidepressives in patients who attend a Cruz Verde drug store in Quilpué, in orden to withdraw their medicine, through a transversally prospective observational design.

In the sample, it was determined that the 77,3% belongs to the female gender and among the most prescribed drugs stood the sertraline and escitalopram over the rest and the most recurrent diagnosis were depression with 52,7% of the sample, followed by anxiety with 10,3% and besides 56,7 % of the interviewed were adherent to the pharmacological treatment. Summing up, the therapy utilized by these patients must have a more rigorous control and it has to be instructed the chemical pharmaceutical importance since he can avoid the now compliance by means of the direct interaction with the patients as well as with the population in general and therefore give instructions on the responsible use of the medicines.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales y/o conductuales son un conjunto de afecciones, que por diversos motivos, son muy prevalentes, y actualmente constituyen una de las principales causas de sufrimiento e incapacidad a nivel mundial¹. Existen diversos tipos de trastornos mentales y/o conductuales según la *clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10), como por ejemplo trastorno de la personalidad, ansiedad, trastorno del peso, del sueño, del ánimo, obsesivo compulsivo, déficit atencional, crisis de pánico, depresión, fobia social, y distimia entre otros² (Anexo 1). Entre éstos, el más frecuente es la depresión, la cual se define como un trastorno del estado del ánimo, caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza³. Una descripción más amplia, entrega la Organización Mundial de la Salud (OMS), autoridad que la define como un “*Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración*”⁴.

Los trastornos mentales y conductuales están presentes en aproximadamente el 10% de la población adulta, siendo la primera causa de discapacidad a nivel mundial, de acuerdo con los datos proporcionados en el informe de salud mundial 2001 de la OMS⁵.

En el caso de Chile, debido a que la población está envejeciendo, las enfermedades más prevalentes son las crónicas no transmisibles, entre las cuales

se encuentra la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, cánceres, y problemas de salud mental tales como la depresión y la esquizofrenia, entre otras⁶.

La prevalencia de los principales problemas de salud mental en nuestro país alcanza el 36 %, siendo los más frecuentes la dependencia del alcohol (6,4%), la distimia (8%), la depresión mayor (9%) y la agorafobia (11,1%)⁶. En la década de los 90 los índices de depresión en Concepción, Santiago e Iquique fueron de 7,63%, 11,3% y 16,34%, respectivamente⁷.

Cabe destacar, que la depresión es la segunda causa de discapacidad y muerte prematura en mujeres.⁸ Por lo cual, en el año 2001, el Ministerio de Salud de Chile realizó un programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión⁷ incorporándola en junio del año 2006, como patología GES (Garantías Explícitas de Salud)⁹. (Anexo 2)

Diversos autores afirman que en la práctica médica general, la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión ^{10,11}. Los síntomas más comunes de los trastornos depresivos son: tristeza, insomnio, pérdida del apetito, disfunción sexual, incapacidad de experimentar placer y/o emociones, alteraciones psicomotoras, y pérdida de la memoria, entre otros¹¹.

Según la cantidad de síntomas y su gravedad, los trastornos depresivos se clasifican como: ⁴

- Trastorno depresivo leve: se presentan dos o tres síntomas depresivos, sin embargo, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades diarias.

- Trastorno depresivo moderado: se dan cuatro o más síntomas depresivos, por lo que el paciente presenta una gran dificultad para llevar a cabo sus actividades diarias.
- Trastorno depresivo grave: se presentan la mayoría de los síntomas mencionados de forma intensa, con pensamientos suicidas frecuentes.
- Trastorno depresivo endógeno: se presentan la mayoría de los síntomas, pero tiene una causa biológica no por factores externos.

Los trastornos mentales afectan diferentes fases de la neurotransmisión cerebral, la cual está conformada por tres elementos importantes: los neurotransmisores, receptores y enzimas. Éste proceso consiste en el almacenamiento del neurotransmisor en la neurona pre-sináptica, luego de la llegada del impulso eléctrico, se libera el neurotransmisor atravesando la sinapsis, se une al receptor selectivo de la neurona post-sináptica, donde la información es codificada y decodificada mediante enzimas. Cuando en éste proceso hay alteraciones, se sospecha de algunos trastornos mentales ¹².

Los trastornos mentales como la depresión, se asocian a cambios en los neurotransmisores cerebrales, tales como; acetilcolina (Ach), dopamina (DA), noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT)¹³. Motivo por el cual el manejo de estos trastornos se basa en la farmacoterapia con antidepresivos, con los cuales se ha demostrado una mejora de un 50 % de los pacientes en tratamiento¹⁴.

Los antidepresivos pretenden disminuir la morbi-mortalidad producto de los trastornos mentales y conductuales, los cuales se clasifican actualmente por sus efectos sobre los neurotransmisores¹⁵. La mayoría de estos medicamentos actúan

retardando la eliminación de sustancias químicas producidas en el cerebro y de los neurotransmisores¹⁵. Conjuntamente, cabe señalar que los antidepresivos no sólo alivian los síntomas de la depresión, sino que son utilizados también en el alivio de otros trastornos conductuales y mentales.

Los medicamentos anteriormente señalados se clasifican en:

- Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (Tricíclicos):
amitriptilina, imipramina, clormipramina.

Son de primera elección para el tratamiento de depresiones severas, depresiones con ansiedad y depresiones resistentes a los agentes serotoninérgicos¹⁶. Los efectos secundarios más comunes causados por estos medicamentos son: sequedad bucal, visión borrosa, cansancio, constipación, dificultad para orinar, agravando el glaucoma. Además, pueden afectar a la presión sanguínea y en menor probabilidad, a la frecuencia cardíaca¹⁷.

- Inhibidores Selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):
citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina,

Debido a los efectos secundarios provocados por los antidepresivos tricíclicos nacen los ISRS, que tienden a tener menos efectos adversos. Lo anterior, a causa de la exclusividad por el receptor serotoninérgico. A su vez, exhiben una menor toxicidad y una amplia acción terapéutica en las patologías psiquiátricas como trastornos depresivos, ansiosos, de personalidad, alimenticios, del sueño, sexuales¹⁷. Los efectos secundarios más comunes de los ISRS son: sequedad bucal, náuseas, nerviosismo, insomnio, problemas sexuales y dolor de cabeza^{19,20}.

- Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO):

moclobemida

Estos medicamentos tienen muy poca utilidad en la actualidad, y se reserva su uso en los casos en los cuales los antidepresivos tricíclicos o los ISRS no son útiles, esto debido a las múltiples interacciones y efectos adversos que generan, siendo sus efectos laterales más comunes el vértigo, cefalea y temblores¹⁶.

- Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina (IRDN):

bupropión.

Este es un profármaco, por lo cual debe metabolizarse para que se genere el metabolito activo¹⁸. No presenta actividad anticolinérgica ni sedante, por lo que es activador e incluso estimulante. Sus efectos laterales son: irritabilidad, hiperactividad, insomnio, náuseas, vómitos, sequedad bucal, aumento de la libido, dolor abdominal, entre otras^{16, 18}.

- Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN):

venlafaxina, duloxetina

Estos representantes poseen un efecto similar a los antidepresivos tricíclicos pero, presentan una menor cantidad de efectos laterales, como por ejemplo: náuseas, agitación, insomnio, cefalea, disfunción sexual e hipertensión arterial leve¹⁶. La duloxetina ha mostrado eficacia en el tratamiento del dolor asociado a la fibromialgia, independientemente de la existencia del trastorno depresivo.²¹

- Antagonista de receptores 5-HT₂ e inhibidores de la recaptura de serotonina (AIRSs):

trazodona

Este grupo se considera un avance respecto de los antidepresivos actualmente más utilizados, a saber, ISRS y antidepresivos tricíclicos, ya que, el mecanismo de antagonismo de los receptores 5-HT₂ permite que presenten menos efectos laterales que los ISRS, produciendo beneficios terapéuticos en pacientes con ansiedad y depresión. No obstante, los efectos laterales más comunes de estos fármacos son: somnolencia, sequedad bucal, náuseas, vómitos y vértigo^{16, 18}.

- Serotoninérgicos y noradrenérgicos específicos (NaSSAs):

mirtazapina

Esta familia actúa aumentando la liberación de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina debido al bloqueo de los receptores alfa 2, además se comporta como sedante por sus propiedades antihistamínicas, causando un posible aumento de peso. Se utiliza en conjunto con otros antidepresivos con el fin de potenciar la efectividad del tratamiento, aunque también es utilizado como orexígeno en síntomas depresivos caracterizados por insomnio y trastornos del apetito. Respecto a los efectos adversos los más frecuentes son la sedación, aumento del apetito y la ganancia de peso^{16, 18}.

Si bien en Chile el consumo de antidepresivos aumentó en más de 470%, entre los años 1992 y 2004, ²² aún no existe gran información con respecto al cumplimiento de las terapias con antidepresivos.

En la terapéutica de esta condición fisiopatológica existen varios factores que alteran el cumplimiento del tratamiento, impidiendo que las personas con depresión logren los objetivos terapéuticos planteados, en donde se incluye la eficacia del fármaco, los posibles efectos adversos, y la propia enfermedad.

Un concepto que adquiere importancia en ésta temática es la adherencia, término que se utiliza en la actualidad para describir la conducta adoptada por una persona, relacionándola con la ingesta adecuada de sus medicamentos ^{23,24}. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2003, definió la adherencia al tratamiento prolongado como *“el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones de un prestador de asistencia sanitaria”*²³.

También cabe destacar que, tanto en las patologías crónicas como agudas, es necesario mantener una adherencia adecuada con el tratamiento farmacológico ²⁴, para obtener los beneficios proyectados. La OMS considera a la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas tanto clínicas como económicas, un tema prioritario de salud pública²³. Debido a que se ha establecido que la adherencia adecuada en las terapias de enfermedades crónicas en países desarrollados promedia el 50%²³. El informe del año 2002 de las causas de fallecimiento en los centros para el control de enfermedades (CDC,

2002), sugiere que la no adherencia a las terapias farmacológicas es la cuarta causa de mortalidad por año en Estados Unidos²⁴.

Según la literatura los factores asociados a la falta de adherencia son múltiples, así como las causas del no seguimiento del tratamiento, referidas por los propios pacientes y el personal de salud²⁵.

También es posible señalar que los médicos tratantes, ante la presencia de la falta de eficacia del tratamiento, no pueden valorar con claridad la utilidad del tratamiento y llegan a pensar que el diagnóstico y/o la terapia no están siendo los correctos. Esta circunstancia puede ocasionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que puede generar un incremento de los riesgos ²⁶.

Con la finalidad de que el paciente cumpla con su tratamiento farmacológico, y se puedan observar los resultados clínicos esperados, los medicamentos deben estar disponibles. Es aquí donde la Farmacia comunitaria debe cumplir con las funciones de: programación de las necesidades de medicamentos, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución y dispensación adecuadas, ya que, en la medida que cada una de dichas funciones se cumpla, éstos establecimientos asegurarán la existencia continua y oportuna de los medicamentos. Sin embargo, en Chile existen factores que pueden llevar a quiebres de stock por diferentes causales; entre ellas se encuentran la disponibilidad del medicamento en el laboratorio, el retiro por parte del Instituto de Salud Pública de la totalidad del medicamento o de algún(os) lote(s) por denuncias de calidad, provocando que el paciente interrumpa su tratamiento farmacológico de manera involuntaria.

Otro factor a considerar son los pacientes que además utiliza otro tratamiento concomitante al trastorno mental, siendo fundamental una buena adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que de ello depende la efectividad de las terapias psicofarmacológicas, que en muchos casos, como por ejemplo en cuadros depresivos, se pueden convertir en crónicos o incluso llegar a desencadenar desenlaces fatales como el suicidio. Por lo anterior, es indispensable enfatizar en el empleo correcto de los esquemas farmacológicos antidepressivos.

De los antecedentes expuestos anteriormente surge la idea de indagar en el empleo de los antidepressivos en los pacientes que retiran sus medicamentos en una Farmacias Cruz Verde de Quilpué. De esta manera se espera descubrir este problema de salud pública, y poder contribuir con el conocimiento de los factores que pueden influir en el incumplimiento de la terapia. Estos conocimientos permitirán contribuir en un futuro poder desarrollar e implementar estrategias que contribuyan con la adherencia al tratamiento con estos fármacos y otras terapias farmacológicas, reduciendo los niveles de incumplimiento, y así evitando las complicaciones derivadas de estas prácticas.

2. OBJETIVOS

2.1. General:

- Identificar el uso del tratamiento de antidepresivos en una muestra de pacientes ambulatorios en una farmacia Cruz Verde de Quilpué.

2.2. Específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas de las personas que utilizan antidepresivos adquiridos en una farmacia comunitaria determinada.
2. Identificar los medicamentos antidepresivos que se prescriben con mayor frecuencia en esta población.
3. Identificar las patologías asociadas en pacientes con prescripción de antidepresivos.
4. Evaluar el conocimiento que poseen los pacientes respecto a su terapia antidepresiva.
5. Determinar la adherencia al tratamiento con antidepresivos.
6. Analizar algunos factores asociados al incumplimiento de la terapia con antidepresivos.
7. Determinar la presencia de posibles reacciones adversas con el uso de antidepresivos.
8. Determinar el costo promedio de los antidepresivos en la farmacia comunitaria de Quilpué.

9. Evaluar la importancia asignada al profesional químico farmacéutico en la farmacia comunitaria por los encuestados.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño del estudio:

Para la concreción de los objetivos propuestos, la metodología se enmarca dentro de un diseño observacional prospectivo de corte transversal en pacientes ambulatorios que ingresan a la farmacia comunitaria en busca de su terapia con antidepresivos.

3.2 Población en estudio:

La población en estudio fueron los usuarios del local 187 de Farmacia Cruz Verde de Quilpué.

Criterios de inclusión:

- 1- Pacientes de ambos géneros y de diferentes grupos etarios, los cuales estén con supervisión médica y en tratamiento ambulatorio con antidepresivos y que además aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1- Pacientes con deterioro cognitivo cuyo familiar responsable y/o cuidador hayan rechazado participar.
- 2- Pacientes menores de 18 años cuyo familiar responsable no haya aceptado participar en el estudio.

3.3 Método de recolección de la información:

Los datos fueron obtenidos mediante una encuesta (Anexo 3) realizada a los pacientes con prescripción de antidepresivos mediante receta médica en el local 187 de Farmacias Cruz Verde.

3.4 Consideraciones éticas:

A los pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les solicitó participar del estudio informándoles del objetivo de este trabajo, y accedieron de forma voluntaria firmando el consentimiento informado. (Anexo 4)

3.5 Tiempo de recolección de datos:

En primera instancia se realizó la encuesta y se validó por auxiliares de farmacia, Químico farmacéutico con el fin de obtener información confiable para el estudio. Posteriormente los datos se recopilaron durante un período de 5 meses.

3.5 Análisis de datos:

Los datos recopilados de las encuestas se tabularon en planilla Microsoft Office Excel 2010, para su posterior análisis de carácter descriptivo mediante las variables expresadas en porcentaje y frecuencia. La evaluación de adherencia al tratamiento farmacológico se determinó mediante el test de Morisky Green incluido en la encuesta. Para corroborar la relación entre variables se utilizó la prueba de significación estadística de Chi- Cuadrado, grados de libertad (g) y probabilidad (p), para el cálculo se utilizó la página VassarStats en línea,²⁷ además de la tabla de distribución de Chi cuadrado, la que establece el valor esperado de este de acuerdo con los grados de libertad ²⁸.

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Durante el período de estudio, el número de personas consultadas que calificaron para realizar el estudio fue de 162 personas.

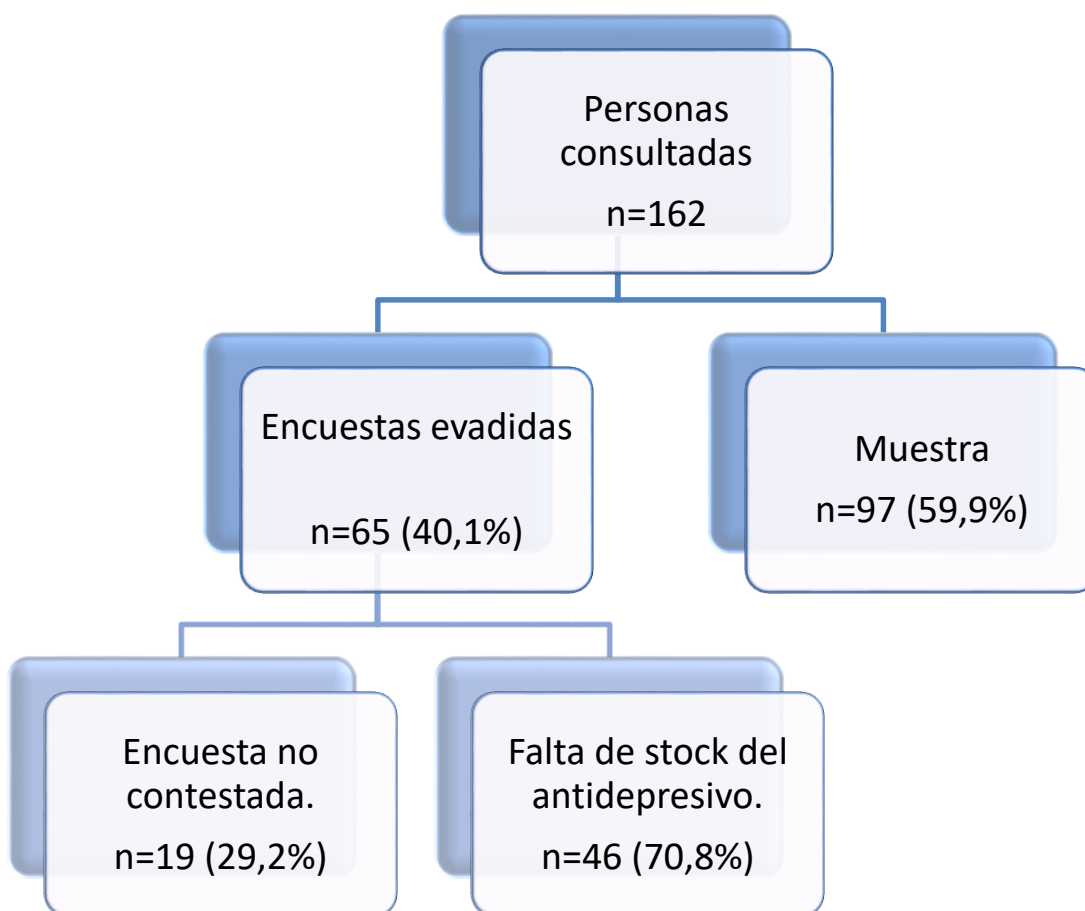


Figura 1: Procesos de obtención de datos

En la figura anterior se observa el escalamiento de los datos y los motivos de evasión.

4.2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

4.2.1. Género de la muestra

Del total de la muestra, se observó que un 77,3% pertenece al género femenino, mientras que el 22,7 % restante, corresponde al género masculino.

4.2.2. Rango etario de la población en estudio.

El rango etario de los pacientes fue de 15 a 93 años. Su promedio de edad fue de $47,7 \pm 18$ años, mientras que la moda a 43 años.

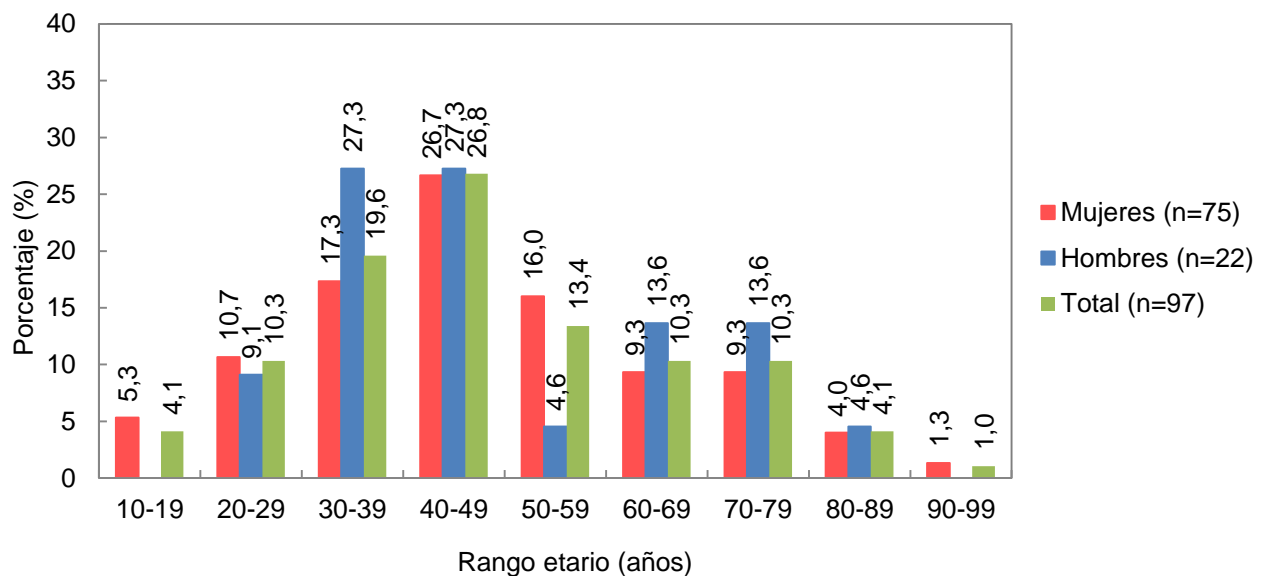


Figura 2: Relación entre porcentaje y rango etario

En la gráfica precedente se observa que, dentro del rango etario, el segmento con mayor porcentaje de pacientes con prescripción de antidepresivos se concentró entre los 40 y 49 años, para ambos géneros. Mientras que el menor porcentaje se encontró en el rango de los 90 y 99 años.

4.2.3. Estado civil de la muestra

El gráfico expuesto a continuación, clasifica a los pacientes que acudieron a la farmacia comunitaria con prescripción de antidepresivos según su estado civil, en él es posible observar que el mayor porcentaje corresponde a pacientes casado/as, mientras que en menor a viudo/as.

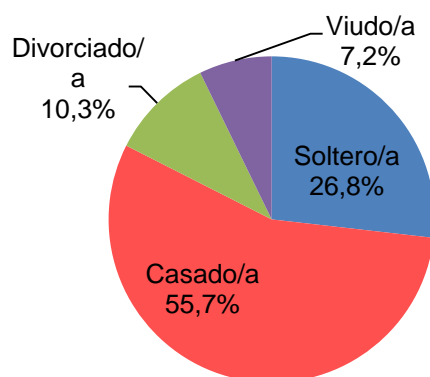


Figura 3: Distribución porcentual de los encuestados según estado civil (n=97)

4.2.4. Nivel educacional de la muestra

Tabla 1: Distribución de la población según nivel de instrucción académica

Nivel de educación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Básica incompleta	5	5,1
Básica completa	2	2,1
Media incompleta	6	6,2
Media completa	28	28,9
Técnica incompleta	0	0,0
Técnica completa	22	22,7
Universitaria incompleta	7	7,2
Universitaria completa	27	27,8
Total	97	100,0

La tabla precedente muestra que un 86,6% de la población posee el nivel de escolaridad obligatoria.

4.3. CARACTERIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

4.3.1. Antidepresivos prescritos según principio activos

El gráfico que se encuentra a continuación representa el porcentaje de los principios activos prescritos en los pacientes encuestados, siendo la sertralina y el escitalopram, los más utilizados, mientras que los menos empleados fueron clormipramina, desvenlafaxina y mirtazapina.

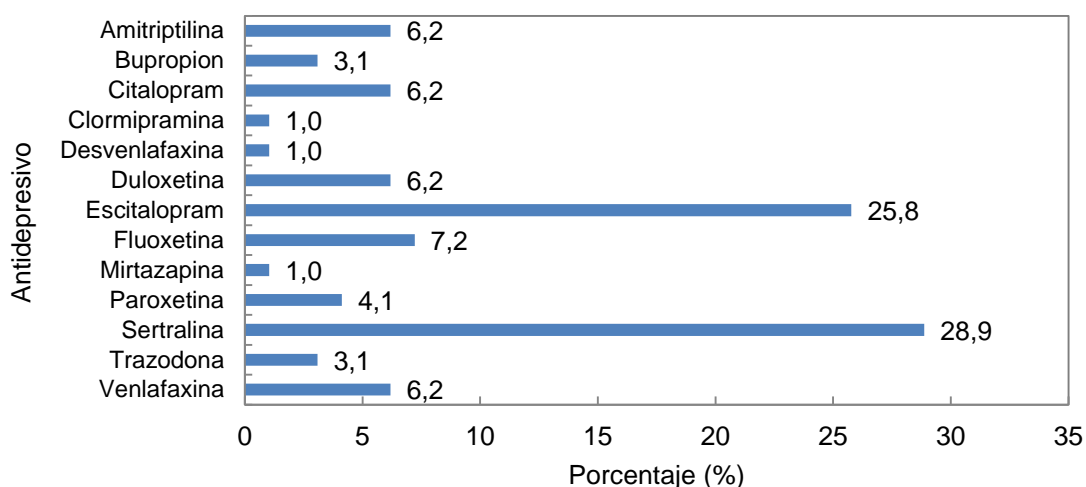


Figura 4: Distribución porcentual de los antidepresivos prescritos en la muestra (n=97)

Al agrupar los principios activos según su familia fármaco terapéutica se observa el desglose de ellos en la figura 5.

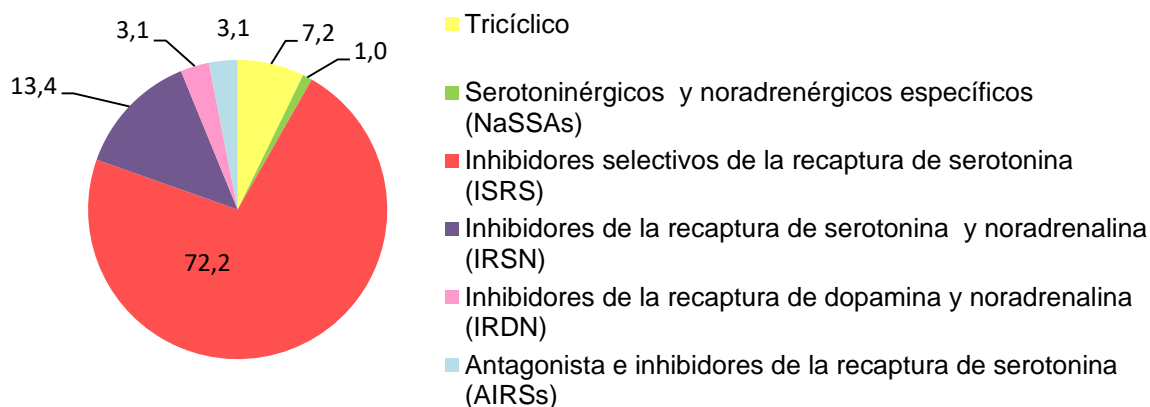


Figura 5: Distribución porcentual del tipo de antidepresivo prescrito (n=97)

Del gráfico anterior se infiere, que la clasificación terapéutica de antidepresivo con mayor prescripción corresponde a los ISRS con un 72,2%, mientras que en menor porcentaje es para a los NaSSAs con un 1,0%.

4.3.2. Medicamentos adicionales a la terapia con antidepresivos

El 51,5% de los pacientes estudiados utilizaban otros medicamentos adicionales a la terapia con antidepresivos. En la tabla siguiente se observa el escalamiento de los datos según la cantidad medicamentos adicionales al antidepresivo:

Tabla 2: Cantidad de medicamentos alopáticos adicionales prescritos a la muestra

Cantidad de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sólo antidepresivo	47	48,5
Antidepresivo + 1	26	26,8
Antidepresivo + 2	16	16,5
Antidepresivo + 3	4	4,1
Antidepresivo + 4	3	3,1
Antidepresivo + 5	1	1,0
Total	97	100,0

El gráfico siguiente corresponde a una representación porcentual de la clasificación terapéutica de los medicamentos alopáticos adicionales.

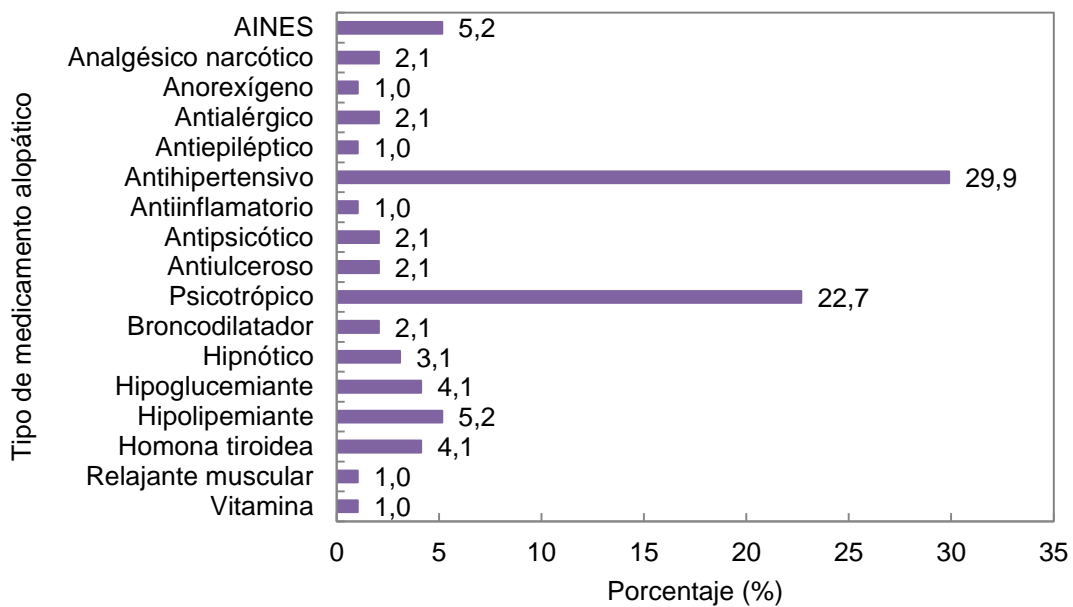


Figura 6: Distribución porcentual de medicamentos alopáticos adicionales prescritos (n=50)

4.4. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

En el gráfico siguiente se muestra la distribución porcentual de los diagnósticos obtenidos de la receta médica para los cuales se utilizó la prescripción de antidepresivos retirados en la farmacia comunitaria.

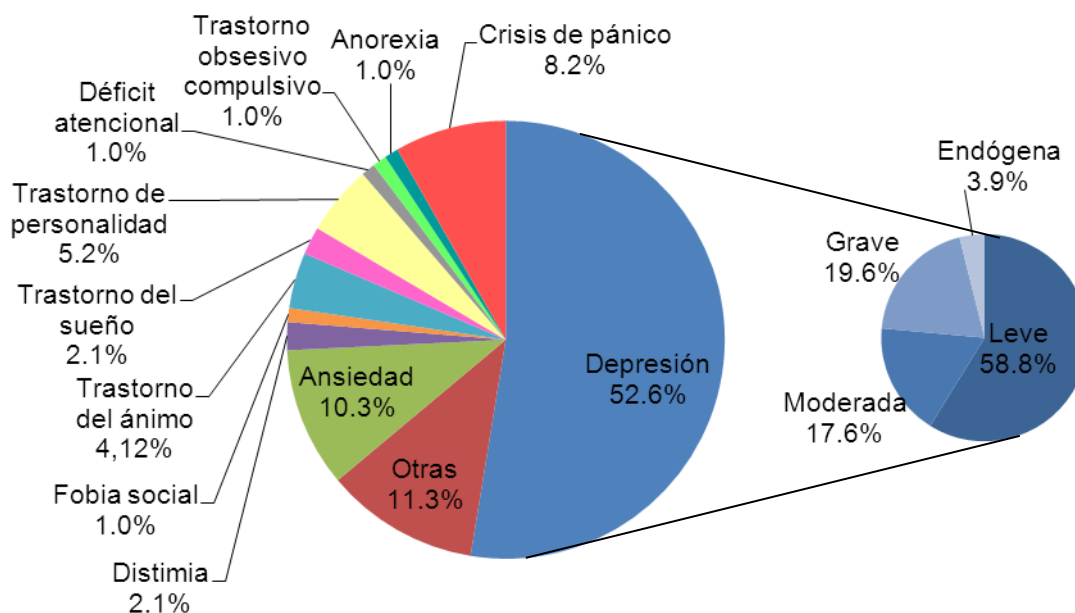


Figura 7: Diagnóstico asociado al uso de antidepresivos (n=97)

Considerando el alto porcentaje de depresión, se relacionó el género y el tipo de depresión presentada en la siguiente tabla

Tabla 3: Tipo de depresión según el género (n=51)

Tipo de depresión	Frecuencia según género	
	Femenino	Masculino
Leve	27	3
Moderada	8	1
Grave	7	3
Endógena	2	0
Total	44	7

El gráfico siguiente exhibe el porcentaje de pacientes que poseen algún trastorno metabólico y/o enfermedad crónica, durante el uso concomitante con antidepresivos.

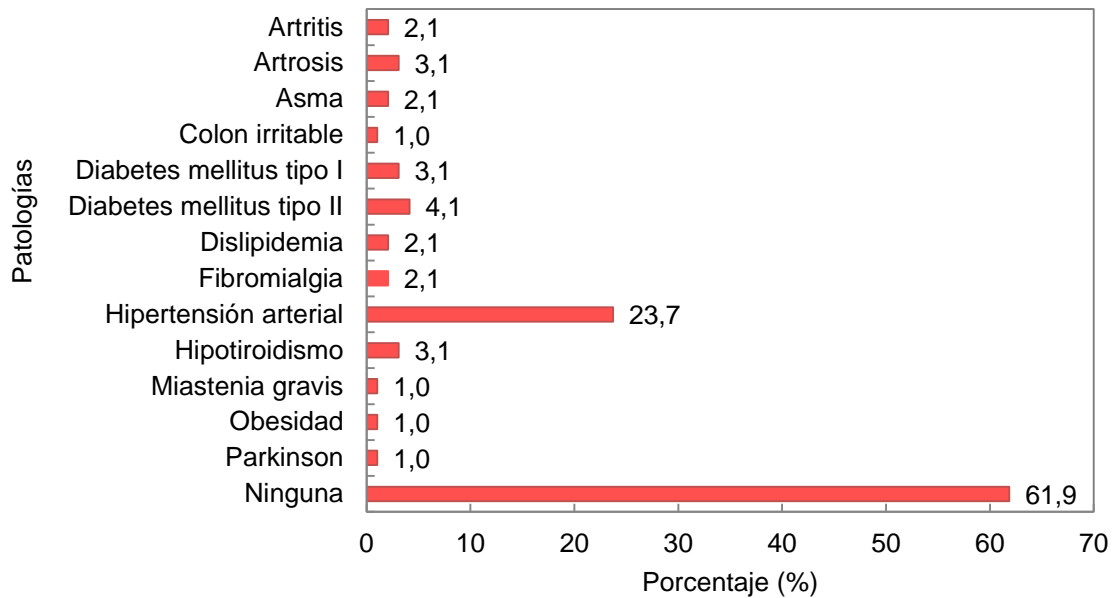


Figura 8: Otras patologías comunes concomitantes presentes en la muestra (n=97)

4.5. CONOCIMIENTO DE LA TERAPIA ANTIDEPRESIVA

En la encuesta se formularon siete preguntas orientadas a determinar el conocimiento de la terapia farmacológica. Como criterio se consideró que el paciente conoce la terapia si es capaz de responder el 75% de las preguntas. Obteniendo como resultado que el 69,1% posee conocimiento de su terapia farmacológica.

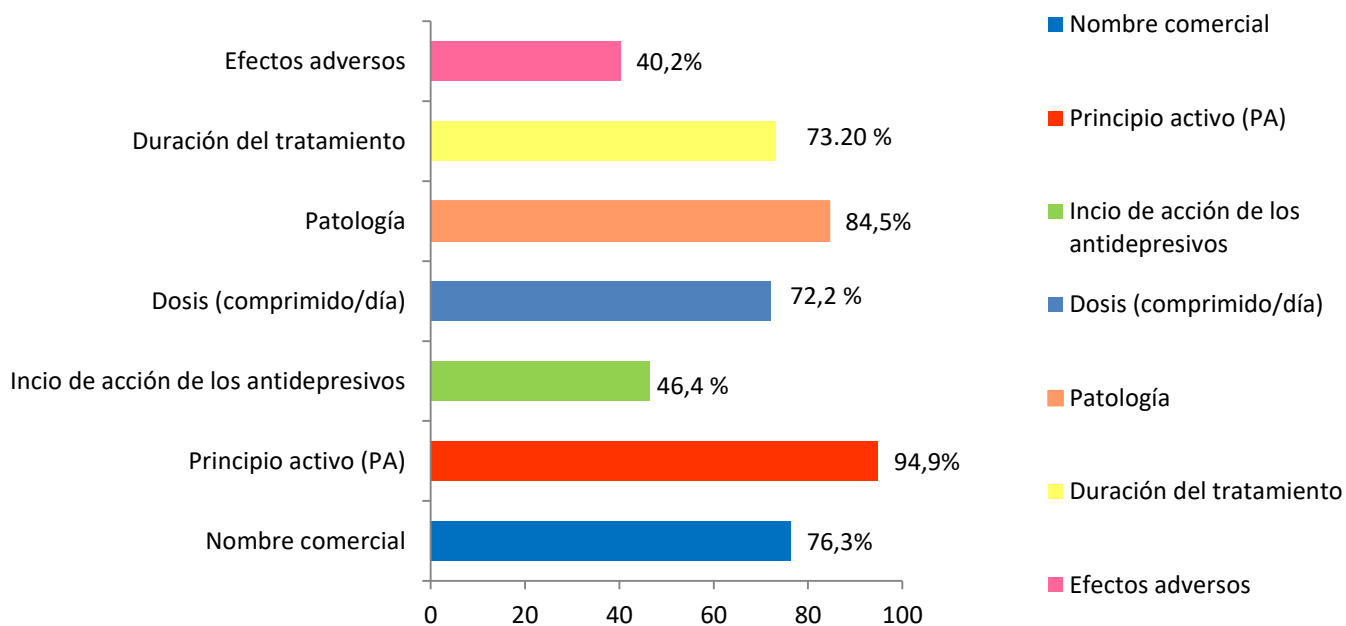


Figura 9: Distribución porcentual del nivel de conocimiento de la terapia farmacológicas (n=97).

La figura anterior muestra los conceptos evaluados, destacando el 94,9% en el nombre del principio activo como el concepto que mayormente dominan y un 40,2% en los efectos adversos, como menor porcentaje de conocimiento que dominan.

4.6. ADHERENCIA A LOS ANTIDEPRESIVOS

4.6.1. Prevalencia de la adherencia mediante el test de Morinsky-Green

De un total de 97 pacientes encuestados, 55 personas poseen adherencia al tratamiento, lo que representa un 56,7 %, mientras que el 43,3% (42 pacientes), declararon no ser adherentes.

4.6.2 Factores que intervienen en la adherencia.

La tabla siguiente muestra la relación entre el género y la adherencia, obteniendo un chi cuadrado calculado menor al chi teórico (3,84), por lo cual se puede afirmar que la variable género, es independiente de la adherencia. Lo que se corrobora con el nivel de significación obtenido ($p > 0,05$).

Tabla 4: Tendencia de adherencia según género

Adherencia	Frecuencia		
	Mujeres	Hombres	Total
Si	43	12	55
No	32	10	42
Total	75	22	97

Chi= 0,053 gl=1 p= 0,82

Tabla 5: Tendencia de adherencia según rango etario

Rango de edad (años)	Frecuencia de adherencia		
	Si	No	Total
≤59	35	37	72
≥60	20	5	25
Total	55	42	97

Chi= 7,45 gl=1 p= 0,0064

La tabla precedente muestra el valor observado de chi cuadrado, que resultó mayor al teórico, por lo que se puede afirmar que, con un 95% de certeza, la

adherencia es dependiente del rango etario. Además de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p < 0,05$), se establece que sí existe relación estadísticamente significativa, entre el rango etario de la muestra y la adherencia al tratamiento.

La tabla siguiente muestra los datos en relación con el género de la población que es adherente, evidenciando una media de edad similar, entre ambos géneros, sin embargo, la moda fue mayor en el género masculino.

Tabla 6: Media y moda de edad de la población adherente según género (n=55)

Género	Moda	Media	Desviación estándar
Femenino	50	50,5	± 19,3
Masculino	62	48,8	± 15,1

Tabla 7: Relación entre el nivel educacional y la adherencia

Nivel educacional	Frecuencia de adherencia		
	Si	No	Total
Obligatoria incompleta	8	5	13
Obligatoria completa	47	37	84
Total	55	42	97

Chi= 0.143 gl= 1 p= 0,705

La tabla anterior muestra un valor de chi cuadrado, calculado menor al teórico, por lo cual con un 95 % de seguridad se puede afirmar que la adherencia es independiente del nivel educacional. Además, de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p > 0,05$), se establece que no existe relación estadísticamente significativa, entre el nivel educacional de la población estudiada y la adherencia al tratamiento.

En la tabla siguiente se observa que al aplicar la prueba del chi cuadrado para evaluar la tendencia de la adherencia por estado civil, el valor obtenido de chi cuadrado es inválido, ya que un dato toma un valor menor a 5. Sin embargo, se puede establecer que no existe una relación entre la variable estado civil y la adherencia, de acuerdo con el nivel de significación obtenido ($p > 0,05$).

Tabla 8: Relación entre el estado civil y la adherencia

Estado civil	Frecuencia de adherencia		
	Si	No	Total
Soltero/a	13	13	26
Casado/a	30	24	54
Divorciado/a	5	5	10
Viudo/a	7	0	7
Total	55	42	97

Chi= 6.033 gl=3 p= 0,110

La tabla siguiente muestra el valor observado de chi cuadrado, siendo éste menor al teórico, por lo que se puede afirmar, con un 95% de certeza, que la adherencia es independiente del conocimiento que tenga el paciente con respecto a la terapia. Además, de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p > 0,05$), se establece que no existe relación estadísticamente significativa, entre el conocimiento de la terapia por parte de la población estudiada y la adherencia al tratamiento.

Tabla 9: Relación entre el conocimiento del tratamiento y la adherencia

Adherencia	Conocimiento del tratamiento		
	Si	No	Total
Si	39	16	55
No	28	14	42
Total	67	30	97

Chi= 0.201 gl=1 p= 0.653

En la tabla siguiente se muestra que al aplicar la prueba del chi cuadrado para evaluar la tendencia de la adherencia según la cantidad de fármacos concomitantes, el valor obtenido de chi cuadrado es inválido, ya que varios datos muestran un valor menor a 5. Sin embargo, se puede establecer que no existe una relación entre las variables cantidad de fármacos concomitantes y la adherencia de acuerdo al nivel de significación obtenido ($p > 0,05$).

Tabla 10: Relación entre la cantidad de fármacos concomitantes y la adherencia

Cantidad fármacos concomitantes	Frecuencia de adherencia		
	Si	No	Total
Solo antidepressivo	22	25	47
Antidepressivo +1	17	9	26
Antidepressivo +2	12	4	16
Antidepressivo +3	2	2	4
Antidepressivo +4	1	2	3
Antidepressivo +5	1	0	1
Total	55	42	97

Chi= 6.358 gl= 5 p= 0.273

La tabla siguiente muestra que se puede establecer que no existe una relación entre las variables patologías y la adherencia de acuerdo al nivel de significación obtenido ($p > 0,05$). Además al aplicar la prueba del chi cuadrado para evaluar la tendencia de la adherencia según las patologías, el valor obtenido de chi cuadrado es inválido, ya que varios datos muestran un valor menor a 5.

Tabla 11: Relación entre las patologías que obtuvieron mayor prescripción de antidepressivos y la adherencia

Patologías	Frecuencia de adherencia		
	Si	No	Total
Depresión Grave	7	3	10
Depresión moderada	6	3	9
Depresión leve	19	11	30
Depresión endógena	1	1	2
Ansiedad	3	7	10
Crisis de pánico	4	4	8
Total	40	29	69

Chi= 4.70 gl= 5 p= 0.454

Otro factor que interviene en la adherencia, es la dificultad que tienen los pacientes para acceso a consulta médica. El 33% de los pacientes encuestados menciona tener problemas para obtener horas médicas. Sin embargo, un 94 % de los encuestados consulta al médico del tratamiento farmacológico prescrito.

La tabla siguiente muestra el valor observado de chi cuadrado siendo este mayor al teórico por lo que se puede afirmar que con un 95% de confianza la adherencia es dependiente de los efectos adversos. Además de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p < 0,05$) se establece que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables de adherencia y efectos adversos presentados por la población.

Tabla 12: Relación entre la presencia de efectos adversos y la adherencia

Adherencia	Efectos adversos		
	Si	No	Total
Si	12	43	55
No	21	21	42
Total	33	64	97

Chi= 8.426 gl= 1 p= 0.004

4.7. EFECTOS ADVERSOS PRESENTADOS POR LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Del total de pacientes, un 34,0% presentó uno o más efectos adversos, entre ellos, un 72,7% corresponden al género femenino, mientras que el 27,3%, corresponde al masculino. A lo anterior se agrega que la somnolencia fue el efecto adverso más mencionado, como se muestra en la gráfica siguiente.

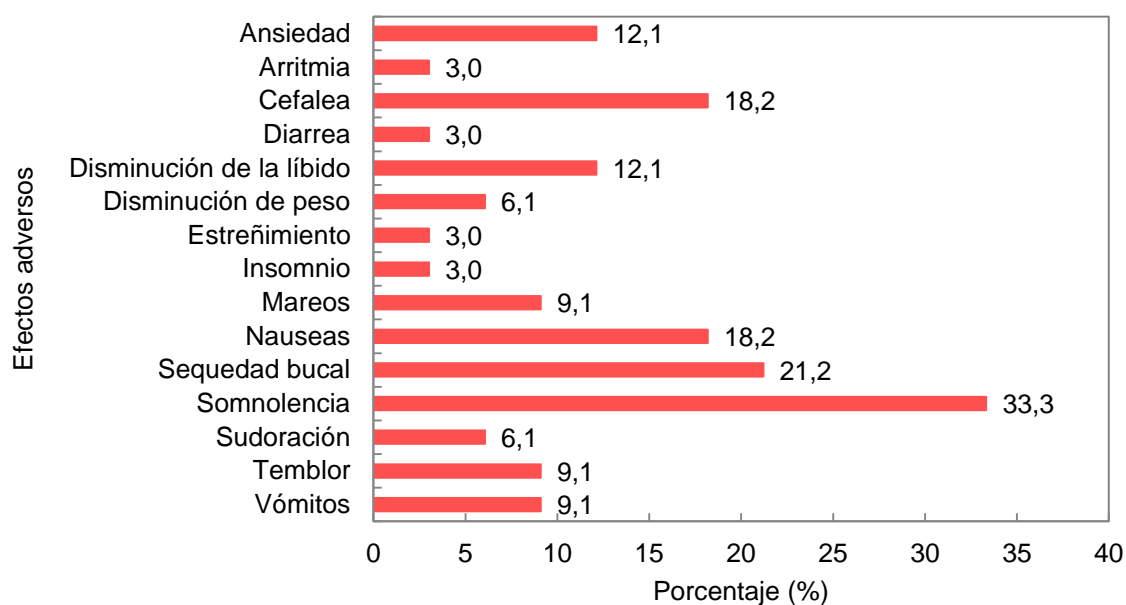


Figura 10: Efectos adversos manifestados por la población estudiada (n=33)

4.8. COSTO TERAPIA CON ANTIDEPRESIVOS

Tabla 13: Media y moda del costo de los antidepresivos prescritos

Principio Activo	Moda	Media	Desviación estándar
Amitriptilina	320	1.471	± 2.819
Bupropion	0	17.322	± 7.721
Citalopram	2.288	5.599	± 8.109
Clormipramina	16.805	16.805	0
Desvenlafaxina	31.783	31.783	0
Duloxetina	27.960	25.040	±7.152
Escitalopram	7.820	13.574	± 7.147
Fluoxetina	470	10.220	± 9.976
Mirtazapina	36.260	36.260	0
Paroxetina	17.510	17.510	0
Sertralina	787	9.336	± 14.387
Trazodona	20.292	20.292	0
Venlafaxina	28.137	28.137	0

La tabla precedente muestra la media y moda del costo de los diferentes antidepresivos en farmacia comunitaria, destacando que el de mayor y menor costo promedio, fueron la mirtazapina y amitriptilina, respectivamente. (ANEXO 5) Del total de pacientes encuestados (n=97), solo el 19,6%, correspondiente a 19 pacientes, suspendería su tratamiento por dificultades económicas, mientras que el 46,4% solicita una alternativa más económica del tratamiento.

4.9. ROL DEL PROFESIONAL QUÍMICO FARMACÉUTICO EN FARMACIA COMUNITARIA

De la población encuestada, solo el 33% (n=32) consultó al profesional químico farmacéutico ante alguna duda del medicamento, mientras que el 20% no consulta por ausencia de duda del medicamento y el 57% sólo confía en las indicaciones de su médico.

Los pacientes que solicitaron la atención del profesional, evaluaron la información entregada por este sobre los medicamentos, obteniendo el promedio y moda de la calificación al profesional de la salud en la tabla siguiente:

Tabla 14: Media y moda de la calificación al Químico Farmacéutico según la muestra (n=32).

Calificación	
Moda	7
Media	6,4
Desviación estándar	± 0,77

5. DISCUSIÓN

De acuerdo con las características socio demográficas de la población encuestada, es posible destacar ciertos aspectos en el empleo que ellos realizan de los antidepresivos. No obstante, cabe destacar que de las 162 personas a quienes se solicitó responder la encuesta, solo 97 accedieron a contestar. La negativa de participar en algunos de ellos es atribuible principalmente a dos factores; primero, al desinterés en participar y segundo, la falta de stock de su medicamento en este establecimiento, debido principalmente al desabastecimiento por parte del proveedor de la farmacia y a la solicitud de retiro del medicamento por parte del Instituto de Salud Pública, ya sea por cambio de embase y/o rotulación.

En relación con la diferencia porcentual observada en la variable género, en donde predomina el género femenino, con una prevalencia del 77,3%, en contraste con el género masculino, que fue de sólo un 22,7%, esto está en concordancia con el compendio estadístico del año 2012, que muestra que la región de Valparaíso está constituida mayoritariamente por personas del género femenino²⁹. Además, otros autores han señalado que los múltiples roles de la mujer en la actualidad, tienen una relación directa con el bienestar social y mental y se encuentran ligados al género femenino, incidiendo en que las mujeres padezcan mayor cantidad de cuadros depresivos que los hombres³⁰. En general, es posible señalar que las mujeres perciben, reconocen, informan y buscan ayuda, más tempranamente o con mayor frecuencia, frente a los síntomas detectados, ya que están más preocupadas de su salud, mientras que, en el caso de los hombres, es posible

advertir que éstos postergan sus consultas al médico³¹. Por lo tanto, es más probable que ellos tiendan a reconocer síntomas como la fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades usualmente placenteras, y sueño alterado, sin embargo, exteriorizan sus síntomas de forma diferente. Por ejemplo, acudiendo al alcohol o a las drogas cuando se encuentran; deprimidos, frustrados, enojados. Lo anterior, resultaría determinante para concluir en un diagnóstico errado.³¹

Por su parte, Thara y Patel (2001) explican que ésta vulnerabilidad de las mujeres se debe a muchos factores, entre los cuales destacan las condiciones de vida estresantes, el alto índice de abusos sexuales y la condición de víctima de violencia, además del desempeño de roles sociales múltiples entre otros³².

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica aplicada en México en el año 2003, reportó cifras similares a las encontradas en éste estudio, en donde los trastornos afectivos fueron casi dos veces más frecuentes en el género femenino que en el género masculino³³. Algo similar ocurrió en el estudio Chileno de Prevalencia de patología Psiquiátrica en el año 2004, en donde el análisis según género mostró que los trastornos afectivos y ansiosos son significativamente mayor en mujeres que en hombres, con una relación 2:1³⁴.

En relación con el rango etario, la proporción mayor se obtuvo en el rango de los 40-49 años, intervalo que concuerda con lo expresado en el MINSAL⁹. Sin embargo, según Weissman y cols; la edad de aparición de los cuadros depresivos se da entre los 25 y los 30 años,³⁵. En el contexto de este estudio la edad de aparición es menor, lo que concuerda con lo reportado por Burke, Regier y Cols (1990), quienes afirman que la edad de inicio de ésta patología se encuentra entre

los 15 y 19 en mujeres y de 25 a 29 años en hombres³⁶. Además, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos, o tres veces más frecuentes en el género femenino que en el masculino. Lo que se puede explicar debido a los cambios hormonales que se producen en la mujer^{37,38}.

Con respecto al estado civil este estudio detectó un alto porcentaje de depresión en pacientes casados, a pesar de que, en otros estudios, la separación matrimonial, es decir, el estado social de divorciado(a) y viudo(a), constituyen las causas sociales para la aparición del trastorno depresivo, en éste caso, se encontraron datos opuestos debido a que la metodología y tipo de muestra utilizada por estos estudios fueron diferentes a la de este estudio ³⁹. En relación con el grado de instrucción, la mayoría de los pacientes posee el nivel de educación obligatoria, lo que está en contradicción con los datos contenidos en la literatura, la cual asegura que a menor nivel de escolaridad, mayor cantidad de estados depresivos, atribuibles también a una situación económica desventajosa⁴⁰.

Se encontró que los antidepresivos más prescritos por los profesionales de la salud fueron los ISRS. Lo anterior, concuerda con una investigación que señala que la prescripción de estos fármacos se ha incrementado debido a que actualmente existe un aumento del diagnóstico depresivo leve y moderado, que antiguamente no eran tratadas además este tipo de fármacos es considerados seguros y con un perfil de efectos secundarios tolerables⁴¹. Por otra parte según un estudio de la evolución del consumo de antidepresivos de 1996 hasta 1999 realizado por Díaz y cols., señala un incremento significativo de los ISRS respecto al resto⁴². De esta familia farmacológica los que destacan son en primer lugar la sertralina, luego el

escitalopram y posterior la fluoxetina, concordando con un estudio chileno, sin embargo entre los años 1992 a 2004 en Chile el más prescrito era la fluoxetina el cambio se debe a la mayor efectividad y menor incomodidad para el paciente²². Debido a que los pacientes padecen otras patologías, además de algún trastorno mental y/o conductual, se detectó el consumo de otros fármacos en forma concomitante al tratamiento con antidepresivos, constatando que la mayoría de ellos consumen antihipertensivos, asociados a una terapia de hipertensión, lo cual se puede deber a la gran cantidad de adultos presentes en este estudio sometidos a estrés. En segundo lugar, se encuentra el uso concomitante con benzodiazepinas, el cual los médicos utilizan para complementar la terapia en los pacientes con depresión, consiguiendo menos abandono y reduciendo la gravedad del trastorno depresivo ⁴³.

El trastorno mental más frecuentemente encontrado en la farmacia comunitaria fue la depresión, con una prevalencia de 52,6%, concordando con lo descrito anteriormente, puesto que la población está envejeciendo y con ello las enfermedades se han ido modificando; aumentando las patologías crónicas que causan discapacidad y riesgo de vida, por lo que es fundamental su tratamiento³. Además, las afirmaciones anteriores se asemejan a lo encontrado en otras investigaciones realizadas en clínicas de atención de pacientes con problemas de salud mental, confirmando que la depresión ocupa los primeros lugares entre los padecimientos mentales ⁴⁴.

Otra variable destacada, se relaciona con las patologías concomitantes, tales como: hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo, en mayor porcentaje, que a menudo pueden presentarse en la depresión, ya sea como causa o como

resultado de ésta misma.⁴⁴ No obstante, estas enfermedades concurrentes deben ser tratadas, y se ha demostrado, en algunos estudios, que las personas tienden a presentar síntomas graves, tanto de la depresión como de su patología concomitante, por lo cual tienen mayor dificultad para adaptarse a su condición médica, que las personas que solo padecen de depresión. Además otra investigación encontró evidencia que señala que al tratar la depresión se puede favorecer la evolución de la enfermedad concomitante ⁴⁵.

A la población intervenida se realizaron preguntas de conocimiento, relacionadas con la enfermedad y la terapia farmacológica, en donde se constató que el 69,1% de los pacientes son capaces de responder correctamente las interrogantes. Sin embargo, existen conceptos en donde el manejo de la información fue menor al 50 %, lo que se puede deber a que el tiempo de educación de los pacientes, por parte de los profesionales de la salud. Además en un estudio realizado por Becerra y cols, se encontró que los conocimientos que poseen los familiares de pacientes depresivos, eran deficientes, tanto en el manejo de los síntomas, como en el tratamiento⁴⁶. También se debe mencionar que un menor porcentaje de los pacientes conocen los efectos adversos de los antidepresivos, además, es importante destacar el bajo conocimiento que poseen los pacientes respecto al inicio de la terapia antidepresiva, ya que , estos medicamentos requieren de 2 a 3 semanas para que alcancen las concentraciones séricas y se manifieste sus efectos, lo que no siempre está en conocimiento del paciente, y es de suma importancia para que el afectado no abandone la terapia antes de tiempo¹⁹.

La adherencia en el manejo de los trastornos mentales es fundamental para lograr los objetivos sanitarios propuestos, sin embargo, en éste grupo de pacientes

existen mayores dificultades para conseguir una buena adherencia terapéutica, debido a que son terapias a largo plazo que se orientan a evitar la recurrencia de síntomas. En éste estudio la prevalencia de la adherencia fue de un 56,7 %, cifra similar a la descrita por otros estudios, donde se reporta que entre el 20-50% de los pacientes no cumplen con su tratamiento prescrito ⁴⁷. Sin embargo, en oposición al estudio, una investigación realizada en Santiago de Chile muestra una cifra mayor, en donde el incumplimiento al tratamiento con antidepresivos supera el 52% ⁴⁸. En otro estudio realizado en nuestro país, de tipo retrospectivo, con niños y adolescentes con patología mental que asistían a un consultorio psiquiátrico para su tratamiento, se detectó que un 59% incumplía con el tratamiento⁴⁹. No obstante, estas cifras son mayores a lo publicado por otros trabajos, ya que los resultados de adherencia en atención primaria fluctúan en un rango bastante amplio, debido a las diferentes metodologías, por lo que es difícil comparar con otros trabajos ^{49,50}. Además considerando que el test de Morisky es un método subjetivo, los resultados obtenidos mediante ellos podrían estar alterados por parte del paciente, aunque el cuestionario es una herramienta útil en la práctica clínica, posiblemente los resultados obtenidos no se aproximen a la realidad de los pacientes estudiados.

Existen factores que influyen positiva o negativamente en la adherencia a la terapia con antidepresivos. De acuerdo a las características demográficas de quienes son adherentes, es posible destacar ciertos aspectos. En primer lugar, se desprende que no existe una tendencia estadísticamente significativa de la adherencia por parte de algún género (tabla 4), concordando con un estudio realizado por Albaz, en el cual concluyó que la variable sociodemográfica género

no afectaba la adherencia terapéutica de los pacientes ³⁹, sin embargo, según otros autores, la influencia del género en el cumplimiento de la terapia en esta patología es muy importante, se sabe que las mujeres son más adherentes, ya que la mayoría de los hombre sufren depresión por pérdida laboral y al momento de volver a conseguir un trabajo se siente mejor y abandonan la terapia⁵¹.

En segundo lugar, es posible señalar que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la variable edad y la adherencia. El rango etario con mayor tendencia a la adherencia son los menores de 60 años, siendo el rango de los 40-49 años, los más adherentes. Es posible señalar que la moda de los individuos que son adherentes fue de 50 y 62 años, para ambos géneros, respectivamente. Lo cual indica que las mujeres son adherentes a más temprana edad que los hombres. (Tabla 6) Estos resultados concuerdan con lo señalado por otro estudio, que por cada año más que tiene la persona, la adherencia al tratamiento era mejor, definiendo que el ser joven como un factor de riesgo para ser no adherente⁴⁹. Sin embargo, otra investigación realizada por Galván y Santiuste sostiene que las edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) presentaban mejor adherencia, encontrando esta última, en discordancia con este estudio⁵².

En relación con el nivel de instrucción no es determinante en la práctica de la adherencia, ya que por lo expuesto en la Tabla 7, no existe una tendencia del nivel de estudio con la adherencia que sea estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Sin embargo, un estudio realizado por la OMS en el año 2003, encontró que el analfabetismo y el bajo nivel académico predisponen a la falta de adherencia con el tratamiento, concordando con lo aquí encontrado³⁴. Del mismo modo, un trabajo

realizado en Barcelona en 1993, prueba que los pacientes con mayor riesgo de abandono, son los analfabetos, estando en mayor grado que los que poseen escolaridad⁵².

En relación al estado civil de la población, aquí se observa que no existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la variable estado civil y la adherencia. Sin embargo, en un estudio chileno se obtuvo que la mayor proporción de abandono fuera en los solteros con un 16,9%, mientras que un 4,2% en los casados ⁵², lo que se contrapone con los resultados obtenidos aquí. Lo anterior, también se debe a que la mayoría de los pacientes estudiados son casados.

Otro factor importante es el conocimiento que poseen los pacientes de su tratamiento. En la tabla 9 se establece que no existe relación estadísticamente significativa, entre el conocimiento de la terapia y la adherencia al tratamiento. Por lo que no es un factor correlativo del incumplimiento de la terapia, no obstante, se debe considerar la importancia de conocer elementos específicos del régimen de medicación. Otros autores señalan que, en relación con los conocimientos de la enfermedad, y factores como la gravedad y el tratamiento, están relacionados con la adherencia ^{53,54}. Por lo cual, para que se cumpla ésta, los síntomas deben ser graves y generar la necesidad de cumplir la terapia.

La utilización de fármacos concomitantes con la terapia con antidepresivos, según éste estudio, no tiene relación estadísticamente significativa, por lo expuesto en la Tabla 10. Sin embargo, está comprobado que la cantidad de fármacos que el paciente ingiere, es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento⁵⁵.

Dentro de las patologías con mayor prescripción de antidepresivos, se establece que no existe relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre ésta variable y la adherencia, mientras que otros estudios revelan que la depresión empeora la adherencia al tratamiento⁵¹.

Otro factor importante en la adherencia es la presencia de reacciones adversas con los medicamentos, ya que estas influyen en el cumplimiento del tratamiento, llegando, en algunos casos, a discontinuar la terapia⁵⁶. Aquí se obtuvo que de acuerdo al nivel de significancia obtenido ($p < 0,05$), fue estadísticamente significativo.

También la dificultad que presentan los pacientes para el acceso a la consulta médica es otro factor que interviene en la adherencia, una cifra no menor afirmó no contar con horas médicas, esto se debe a que en este estudio pacientes eran atendidos en consultorios, hospitales públicos, ya que el sistema está saturado, no dando abasto para una buena atención. Sin embargo a pesar de que el tiempo de contacto entre el médico y el paciente es cada vez más corto, por la saturación del sistema, un alto porcentaje señaló realizar las consultas al profesional de la salud y su tratamiento, aunque no existen estudios específicos que indiquen que este factor influya en la adherencia.

Los efectos adversos son inherentes a cualquier tipo de medicamento, y la probabilidad de que éstos se manifiesten va a depender del tiempo de uso, de la dosis, de la susceptibilidad del paciente y por último, del uso concomitante con otros medicamentos que puedan provocar interacciones. Las reacciones adversas principales mencionadas por los pacientes fueron las descritas en la literatura para los antidepresivos tales como ansiedad, cefalea, diarrea, disminución de la libido y

del peso, estreñimiento, mareos, sequedad bucal, somnolencia, vómitos entre otras^{56, 57}.

Los antidepresivos que exhibieron el mayor número de efectos adversos fueron los ISRS. Esto se puede deber a que dichos antidepresivos fueron los más prescritos. Además, la mayoría de éstos se usaron asociados a benzodiazepinas, provocando mayor efecto sedante, debido a la combinación de estos dos medicamentos^{19,43, 57,58}.

En la tabla 13 se muestran los diferentes costos de los antidepresivos estudiados, siendo la mirtazapina el de mayor valor. Es necesario puntualizar que no todos los pacientes poseen un nivel socioeconómico alto, con capacidad para acceder a estos medicamentos onerosos, sin embargo, sólo un 19,6%, abandonaría la terapia por dificultades económicas, además el 46,4 % solicitaría, en caso de no contar con el dinero, una alternativa más económica. Lo anterior, se debe a la previa influencia de la publicidad, ya que los medios de comunicación incitan a solicitar el bioequivalente y/o genérico, por lo cual, ésta variable no se correlaciona con un abandono de la terapia. Además hay que considerar que la patología depresión pertenece al GES, por lo cual los pacientes obtienen sus medicamentos gratuitos, o pagando alguna diferencia. Al comparar los distintos medicamentos antidepresivos es posible afirmar la gran variabilidad de los valores, debido a la gran cantidad de alternativas comerciales por principio activo, además se debe considerar que los fármacos de última generación, como la mirtazapina presentan un costo más elevado que los antidepresivos clásicos como la fluoxetina debido a los costos de las investigaciones, desarrollo y producción de estos.

Cabe destacar que sólo el 33% consultó al profesional químico farmacéutico ante alguna duda del medicamento, esto se debe a que el profesional se encuentra en una oficina realizando labores administrativas y muy pocos conocen, o diferencian al auxiliar de farmacia del químico farmacéutico. Imposibilitando así, la trasmisión de los conocimientos de los medicamentos hacia la comunidad. Aunque las personas que solicitaron la atención del químico farmacéutico quedaron conformes con la información entregada, y aclararon dudas de su tratamiento, otorgando como nota un 6,4. Si bien, ésta corresponde a una calificación buena, es también potencialmente mejorable. Como profesionales, los principales ámbitos a perfeccionar, se relacionan con la ayuda a la comunidad, la presencia, al encontrarse no solo disponible, sino que, visible al público, con el fin de interactuar con éste, orientar y resolver dudas frecuentes en relación al uso de sus medicamentos.

6. CONCLUSIONES

- 1.- El empleo de los antidepresivos permitió determinar quiénes utilizan este tipo de fármacos de acuerdo a sus características sociodemográficas las cuales fueron coincidente con otros estudios realizados en el uso de estos medicamentos, pudiendo servir de base para estudios posteriores en establecimientos públicos con la finalidad de obtención de datos más verídicos y posible realización de farmacovigilancia.
- 2.- Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina fueron los fármacos de mayor prescripción debido a su grado de efectividad y seguridad para el tratamiento de depresión leve o moderada. Destacando el diagnóstico depresión como el trastorno mental y/o conductual más frecuente en la población estudiada.
- 3.- Los pacientes de éste estudio presentaron un adecuado conocimiento con respecto al uso de su terapia antidepresiva, destacando el dominio del nombre del principio activo, aunque un gran porcentaje de los usuarios no tenía conocimiento de los efectos adversos del medicamento y el tiempo de inicio del efecto antidepresivo.
- 4.- La adherencia al tratamiento con antidepresivos fue óptima, mostrando una relación estadísticamente significativa por rango etario y efectos adversos.

- 5.- Pese a que la mayoría de la población encuestada mencionó presentar síntomas característicos a las reacciones adversas mencionadas en la literatura de los antidepresivos, un alto porcentaje indicó desconocer los efectos adversos provocados por los antidepresivos. Por ello es importante su detección ya que se ve afectada la seguridad y efectividad en la terapia con antidepresivos.
- 6.- Los costos de los antidepresivos son variables, debido a la cantidad de alternativas comerciales que existe por principio activo, sin embargo los antidepresivos de marcas son más onerosos que los genéricos. Cabe destacar que pese a la variación de precios la población no abandono la terapia, pero si es un perfil de riesgo potencial de abandono de la terapia.
- 7.- El químico farmacéutico, además de dispensar los medicamentos y de las labores administrativas de la farmacia, debe evitar el incumplimiento de las terapias mediante la interacción directa con el paciente y la población en general, y de éste modo instruir en el empleo responsable de los fármacos, además de mantener el stock de los medicamentos contribuyendo al cumplimiento de sus terapias

7. REFERENCIAS

- 1.- Paykel E.S., Priest R.G. 1992. Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. B.M.J. 305: 1198-1202.
- 2.- Clasificación Internacional de Enfermedades 10° CIE 10° REVISION. [en línea] <http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf> [consulta: 20 de Mayo 2014].
- 3.- Villanueva R. 2000. diccionario Mosby medicina, enfermería y ciencias de la salud. 5ª edición electrónica Harcourt. España. [en línea] <<http://www.cosaslibres.com/search/pdf/diccionario-de-mosby/10#>>
- 4.- WHO. 2010. World Health Organization. Mental health. Depression [en línea] <http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html> [consulta: 20 de Mayo 2014].
- 5.- WHO. 2010. Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. [En línea] <<http://www.who.int/whr/2001/es/>> [consulta: 20 de Mayo 2014].
- 6.- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. 2002. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (SSM-IIIR/CIDI)(ECCP). Rev Med Chile. 130:527-36.
- 7.- Minoletti A, López C. 1999. Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y consecuencias. Ministerio de Salud, pp 195-206. [en línea] http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001100007> [consulta: 20 de Mayo 2014].
- 8.- Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P. 2007. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. Rev Med Chile; 135(12):1591-9.
- 9.- Ministerio de salud. 2013. Guía clínica AUGE. Depresión en personas de 15 años y más. [en línea] <http://web.minsal.cl/AUGE_GUIAS_CLINICAS> [consulta: 20 de Mayo 2014].
- 10.- De la Torre Maslucan J, Shimabukuro R, Varela L, Krüger H, Huayanay L, Cieza J, Gálvez M. 2006. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta Médica Peruana; 23(3):144.

- 11.- Ormel J., Maerten W., Koeter M. Wim van den Brink; Gerard van de Willige.1991. Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. Arch. Gen. Psychiatry. 48:700-706.
- 12.- Stahl, SM. Psicofarmacología esencial: Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas. Editores Ariel S.A, 3ª edición, 2000.
- 13.- De Irala. 1999. Depresiones. En: Farmacia Clínica. Bonal de Falgas J. Editorial síntesis. España. Volumen II, pp 195-206.
- 14.- Mann J. 2005. The Medical Management of depression. N Engl J Med. 353(17): 1819-1825.
- 15.- Moore, D. 2005. Manual de psiquiatría, 2 ed. Mexico: Panamericana. Pp.134, 143-145.
- 16.- Moizeszowicz J. 1994. Psicofarmacología psicodinámica III: Nuevos enfoques clínico-terapéuticos. Editorial Paidós. Buenos Aires, pp 208, 258-266, 278-316.
- 17.- Trindade E, Menon D, Topfer L, Coloma C.1998. Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. CMAJ. 159(10): 1245-1252.
- 18 .- HEERLEIN, A. 2002. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* vol.40, suppl.1, pp. 21-45.
- 19.- Del río J. 2003. Fármacos antidepresivos y antimaníacos. En: Farmacología Humana. Flóres, J. Masson S.A., Barcelona, pp 165-173, 549-557.
- 20.- Golberg R. 1999. Adverse Effects of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. Arch Fam Med. (8): 197-198.
- 21.- Verdu B, Decosterd I, Buclin T, Stiefel F, Berney A. 2004. Antidepressants for the Treatment of Chronic Pain. Drugs; 68 (18): 2611-2632.
- 22.- Jirón M, Machado M, Ruiz I.2008. Consumo de Antidepresivos en Chile: 1992-2004. Rev Méd Chile; 136: 1147–1154.
- 23.- WHO. 2003. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. [en línea] <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/> [consulta: 23 Mayo 2014].
- 24.- CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. 2006. Case Management Adherence Guidelines;2:212. [en línea] <www.cmsa.org/portals/0/pdf/CMAG2.pdf> [consulta: 24 Mayo 2014].

- 25.- LIBERTAD A.2006. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana Salud Pública*; 32 (3) [en línea] <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm> [consulta: 23 de mayo 2014].
- 26.- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DJ, editores.1976. *Compliance in heart care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 516. [en línea] <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704580/>> [consulta: 23 de mayo 2014].
- 27.- Lowry, Richard. *VassarStats: Website for Statistical Computation*. [en línea] <<http://www.vassarstats.net/>> [consulta: 23 de mayo 2014].
- 28.- Glantz S. *Bioestadística*. 6° Edición. McGraw Hill/Interamericana de México.2006.148-157pp.
- 29.- INE.Compendio estadístico 2012. Estadísticas demográficas. <http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2012/estadisticas_demograficas_2012.pdf> [consulta: 23 de mayo 2014].
- 30.- Salgado N, Díaz M.1999. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, 22(Núm.esp), 68-74.
- 31.- Kring A., Gordon A. 1998. Sex differencesw in emotion; Expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 688-703.
- 32.- Thara, R. y Patel, V. 2001. "Women's mental health: a public health concern. *Regional Health Forum*", 5(1):24-33.
- 33.- Medina-Mora, M.A., Borges, G, Lara, C. 2003. "Prevalencia de trastornosmentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud Mental*, 26(4):1-16.
- 34.- Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. 2004. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month an 1- month rates. *Br J Psychiatry* ; 184:299-305.
- 35.- Weissman MM, Wolk S, Goldstein R, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier C, Ryan N, Dahl R, Wichramaratne P.1999. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*; 281(18): 1701-1713.
- 36.- Burke, K., Burke, J., Regier, D. y Rae, D.. 1990. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.

- 37.- Bruce M.2002. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol.Psychiatry*; 52:175-184.
- 38.- Cyranowski J, Frank E, Young E, Shear M. 2000. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*; 57: 21-27.
- 39.- Albaz R. 1997. Factors affecting patient compliance in Saudi Arabia. *Saudi Journal of Social Sciences*; 25:5-8.
- 40.- Berenzon G, Tiburcio S, Medina-Mora M. 2005. Variables demográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombre y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28 (6), 33-40.
- 41.- Baena J, López C, Fuentes E, Bragulat A, Cucurull E, García A. 1999. Evolución del tratamiento farmacológico de las depresiones (1989-1996): La irresistible ascensión de los inhibidores de la recaptación de serotonina. *Medicina familiar y comunitaria*; 9 (2): 90- 97.
- 42.- Díaz A, López A, Ruiz-Clavijo M, Vargas M. 2001. Evolución del consumo de antidepresivos en el área de Zamora desde 1996 al 1999. *Aten Primaria*. 28:333-339.
- 43.- Pardo G. 1994. Normas Técnicas: Prescripción racional de benzodiazepinas. Alerce talleres graficos S.A, pp 9-38.
- 44.- Katon W, Ciechanowski P.2002. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*,; 53: 859-863.
- 45.- Cassano P, Fava M. 2002. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*,; 53: 849-857.
- 46.- Becerra, J, Cribillero M, Flores Y. 1998. Nivel de conocimientos en familiares de pacientes con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi: enero-marzo1998. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 47.- Vergouwen A., Bakker A., Katon W., Verheij TJ., Koerselma F. 2003. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry*; 64:1415-1420.
- 48.- Jirón M, Escobar L, Arriagada L, Orellana S, Castro A. 2011. Factores Asociados al Incumplimiento de los Tratamientos con Antidepresivos en Santiago, Chile.
- 49.- Mehta S, Moore RD, Graham NMH.1997. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*;11(14):1665-70.

- 50.- Bulloch AG, Patten SB.2010. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* ;45: 47–56.
- 51.- Galvan F, Santiuste C.1998, Factores asociados con el cumplimiento de la quimioterapia contra la tuberculosis. *Med Clin (Barc)* ; 111:655-657.
- 52.- Jo T, Almas S. 2002. Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. En línea: <http://www.portlesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/indez.htm>
- 53.- Pozsik C. 1993. Compliance with tuberculosis therapy. *Med Clin North Am*; 77: 1289-1301.
- 54.- Cassano P, Fava M. 2002. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*,; 53: 849-857.
- 55.- Martín C., Guzmán M., Otero P., Tejedor R., Díaz J., Pérez C. 2011. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedcados. *Metas enferm*, 14 (8), 24-30. [en línea] <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738703>> [consulta: 23 de mayo 2014].
- 56.- Medina J, García de León M. 2004. Efectos secundarios de los antidepresivos. *Vigilia y Sueño*.16 (1): 48-57.
- 57.- Kripalani S., Yao X., Haynes B. 2007. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*.167:540-550.
- 58.- Ministerio de Salud .1993. Uso racional de medicamentos: en el caso de las benzodiazepinas. [en línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993.pdf>> [consulta: 23 de mayo 2014].

ANEXOS

ANEXO 1: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: CIE-10.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer (G30.-+)
F01 Demencia vascular
F02 Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte
F03 Demencia, no especificada
F04 Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F05 Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física
F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F09 Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
F20 Esquizofrenia
F21 Trastorno esquizotípico
F22 Trastornos delirantes persistentes
F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24 Trastorno delirante inducido
F25 Trastornos esquizoafectivos
F28 Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
F29 Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Trastornos del humor (afectivos)
F30 Episodio maniaco
F31 Trastorno afectivo bipolar
F32 Episodio depresivo
F33 Trastorno depresivo recurrente
F34 Trastornos del humor [afectivos] persistentes
F38 Otros trastornos del humor [afectivos]
F39 Trastorno del humor [afectivo], no especificado
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos
F40 Trastornos fobicos de ansiedad
F41 Otros trastornos de ansiedad
F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
F43 Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F44 Trastornos disociativos [de conversión]
F45 Trastornos somatomorfos
F48 Otros trastornos neuróticos
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
F50 Trastornos de la ingestión de alimentos
F51 Trastornos no orgánicos del sueño
F52 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte

F54 Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados ¹⁴
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F60 Trastornos específicos de la personalidad
F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62 Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F63 Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F64 Trastornos de la identidad de género
F65 Trastornos de la preferencia sexual
F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales
F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado
Retraso mental
F70 Retraso mental leve
F71 Retraso mental moderado
F72 Retraso mental grave
F73 Retraso mental profundo
F78 Otros tipos de retraso mental
F79 Retraso mental, no especificado

Trastornos del desarrollo psicológico
F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81 Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
F82 Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
F83 Trastornos específicos mixtos del desarrollo
F84 Trastornos generalizados del desarrollo
F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico
F89 Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia
F90 Trastornos hipercinéticos
F91 Trastornos de la conducta
F92 Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F93 Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
F95 Trastornos por tics
F98 Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
Trastorno mental no especificado
F99 Trastorno mental, no especificado

ANEXO 2: CANASTA GES JULIO 2013.**DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS****Tratamiento Depresión Moderada**

Fluoxetina 20 mg	40 mg./ día. Por 270 días
Venlafaxina 75 mg	150 mg. x 180 d.
Sertralina 50 mg	100 mg./ día. Por 270 días
Clonazepam 0,5 mg	1,5 mg./ día. Por 150 días

Tratamiento Depresión Grave Año 1

Fluoxetina 20 mg	40 mg./ día. Por 365 días
Venlafaxina 75 mg	150 mg. x 365 días
Sertralina 50 mg	100 mg./ día. Por 365 días

**Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida,
o Refractariedad Año 1**

FLUOXETINA CM O CP 20 mg	60 mg./día x 365 d.
PAROXETINA CM RECUBIERTO 20 MG	40 a 60 mg. x 365 d.
VENLAFAXINA CM 75 MG	225 mg. x 365 d.
SERTRALINA CM RECUBIERTO 50 MG	150 mg./ día./365 d
BUPROPION CM RECUBIERTO 150 MG ACCION PROLONGADA	300 mg. x 365 d.
ESCITALOPRAM COM RECUBIERTOS 10 MG	10 mg/día / 365 días
HALOPERIDOL CM 5 MG	10 mg. x 60 d.
RISPERIDONA CM RECUBIERTO 3 MG	6 mg. x 60 d.
QUETIAPINA 25 MG CM RECUBIERTO	25 mg/día x 60 días
OLANZAPINA CM 10 MG	10 mg/día x 60 días
MODAFINILO TAB 100 MG	100 mg/día x 90 días
METILFENIDATO CM 10 MG	20 mg/día x 90 días
LAMOTRIGINA CM 50 MG	200 mg./día/365 d
CLONAZEPAM CM 0,5 MG	2,0 mg./ día. Por 180 días
LORAZEPAM CM 2,0 MG	2,0 mg./ día. Por 180 días
DIAZEPAM CM 10 mg	10 mg. x 30 d.

**Tratamiento Depresión con Psicosis, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad
Año 1**

FLUOXETINA CM O CP 20 mg	40 mg./día./365 d
PAROXETINA CM RECUBIERTO 20 MG	40 mg. x 365 d.
VENLAFAXINA CM 75 MG	150 mg. x 365 d.
SERTRALINA CM RECUBIERTO 50 MG	100 mg./ día./365 d
LAMOTRIGINA CM 50 MG	200 mg./día/365 d

ANEXO 3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS**

Edad _____ Sexo : M F
 Estado civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Separado/a Otro
 Nivel educacional
 • Enseñanza básica Completa Incompleta
 • Enseñanza media Completa Incompleta
 • Enseñanza superior: Técnico Completa Incompleta
 Universitario Completa Incompleta

IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL MEDICAMENTO

Nombre comercial del antidepresivo:.....

Nombre del principio activo.....

Concentración del principio activo (mg):.....

Dosis utilizada (comprimidos al día):.....

Que patología presenta:.....

¿Conoce la duración del tratamiento? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto dura?.....

¿Conoce el inicio del efecto del medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto dura?.....

¿Conoce los efectos adversos que posee este medicamento? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuáles?.....

¿Ha presentado algún efecto adverso? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuáles?.....

¿Se olvida alguna vez de tomar sus medicamentos? Sí No¿Toma todos los medicamentos indicados? Sí NoCuándo se siente bien ¿Deja de tomar sus medicamentos? Sí NoSi alguna vez se siente mal ¿Deja de tomar el medicamento? Sí No

¿Cuándo tiene dificultades económicas y no puede adquirir los medicamentos los suspende? Sí No

¿Solicita cambio del medicamento indicado, por una alternativa más económica? Sí No

¿Presenta alguna otra patología? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿Cuál o cuáles?.....

¿Qué otros medicamentos consume?
.....

FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

¿Ha tenido dificultad para tener acceso a consulta médica? Sí No

¿Cuándo tiene dudas con su tratamiento consulta a su médico? Sí No

¿Cuándo tiene dudas con sus medicamentos consulta al químico farmacéutico?
 Sí No

Si tuviera que evaluar la información dada por el químico farmacéutico ¿Qué puntaje le otorgaría? 0 1 2 3 4 5 6 7

ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... de Rut..... He decidido participar en un estudio denominado “Uso de antidepresivos en pacientes ambulatorios de una farmacia comunitaria de Quilpué”, realizado por la tesista Andrea Martínez Díaz de la carrera de Química y Farmacia de la universidad de Valparaíso, y que tiene por objetivo el análisis de uso de mis medicamentos antidepresivos. Para ello requiere responder una encuesta

En este estudio no existen riesgo que puedan afectar mi tratamiento , el posible beneficio de este es que al colaborar con responder la encuesta se podrá determinar cuáles procesos se pueden mejorar o fortalecer para asegurar que mi terapia con antidepresivos sea eficaz y segura.

Yo doy mi consentimiento voluntariamente a esta investigación sin ser forzado u obligado, por lo cual podre retirarme de este estudio en el momento que yo estime conveniente sin dar motivos y razones.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelado.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DEL PACIENTE

ANEXO 5: LISTADO DE MEDICAMENTOS SOLICITADOS Y SUS VALORES

Principio Activo	Nombre Comercial	Frecuencia	Valor *
Amitriptilina	Amitriptilina	5	320
	Morelin	1	7.226
Bupropion	Buxon	1	17.423
	Wellbutrin XL	1	24.992
	Bupredol	1	9.550
Citalopram	Citalopram	5	2.288
	Cipramil	1	22.152
Clormipramina	Ausentron	1	16.805
Desvenlafaxina	Pristiq	1	31.783
Duloxetina	Duceten	5	27.960
	Lervitan	1	10.442
Escitalopram	Escitalopram	8	7.820
	Ecitalex FT	3	12.078
	Ipran	2	15.741
	Lexapro	4	21.926
	Ectiban	3	15.185
	Celtium	3	15.517
	Neopresol	2	7.016
	Fluoxetina	2	470
Fluoxetina	Dominium	1	7.740
	Actan	2	12.475
	Sostac	1	7.055
	Prozac	1	29.532
	Ciblex	1	36.260
	Posivyl	4	17.510
	Sertralina	18	787
Sertralina	Deprax	3	13.026
	Implicane	1	11.819
	Emergen	1	24.678
	Altruline	3	44.956
	Elevel	1	21.574
	Sertac	1	15.223
	Trazodona	3	20.292
	Venlafaxina	6	28.137
		97	557.758

*Precios de medicamentos en la fecha de recolección de datos.