

BORRADOR DEL TEXTO PUBLICADO COMO
García Pérez M, Asiel Rodríguez A, González Aguado F, Fernández Liria A.
Incumplimiento terapéutico y calidad de vida en el paciente con ansiedad y
depresión. Madrid: PBM, 2002
ISBN: 84-932484-6-0

Incumplimiento terapéutico y calidad de vida en el paciente con ansiedad y depresión

Dr Fernandez Liria, Psiquiatra, Coordinador de Salud Mental de el Area III de Madrid.

Dra Garcia Perez, Psiquiatra, Hospital "Principe de Asturias"- Alcalá de Henares. Madrid.

Dra Asiel Rodriguez, residente de psiquiatria, Hospital "Principe de Asturias"- Alcalá de Henares. Madrid. Medico de familia.

El haber conseguido unos adecuados recursos sanitarios en las sociedades occidentales hace necesario que en la actualidad, nos preocupemos que estos sean utilizados adecuadamente y cumplan la finalidad para la que fueron destinados. Para lograr una buena calidad de vida de nuestros paciente con un correcto uso de los recursos se requiere que tanto las estructuras sanitarias, como los médicos y los usuarios hagan un esfuerzo conjunto.

La implantación del modelo reformado de atención primaria, desde una perspectiva biopsicosocial, permitió la búsqueda de estrategias donde interactuarán los diferentes niveles, intentando una colaboración activa del usuario y una mejora de las relaciones médico –paciente .

El conseguir un buen cumplimiento terapéutico ha sido siempre uno de los objetivos desde atención primaria, permitiendo confirmar que este trabajo común es posible y útil.

La búsqueda de nuevas intervenciones para conseguir una mejor adherencia al tratamiento de las diferentes patologías, ha sido fuente de múltiples estudios e investigaciones en atención primaria. En España, existen diferentes trabajos realizados sobre cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos, con dislipemia, diabéticos o asmáticos entre otros (*Rigueira García A.I. Cumplimiento terapéutico: ¿Que conocemos en España?. Aten primaria 2001; 27:559-568*).

En cambio sorprende lo poco que se ha investigado con trastornos psiquiátricos cuando se estima que esta presente en el 10-20 % de la población general y que un 30 -40 % de estos cuadros realizan alguna demanda de asistencia sanitaria.

Hemos estructurado el texto en tres partes principales:

- Conceptos básicos sobre cumplimiento e incumplimiento y modos de analizarlo.
- Características, diagnóstico y abordaje de la falta de adherencia en los pacientes con cuadros ansioso depresivo desde la perspectiva de la patología, del paciente, del sistema sanitario, de las terapéuticas utilizadas.
- Estrategias para mejorar el cumplimiento y la calidad de vida del paciente.

Cumplimiento o incumplimiento:

Definición:

El cumplimiento, también denominado observancia o adhesión se define según Sackett como "el grado hasta el cual la conducta del paciente en términos de tomar medicamentos, seguir las dietas o ejecutar los cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica". Según este autor, en prescripciones de larga duración, con independencia de que el propósito fuera prevenir o aliviar el síntoma, el cumplimiento era de un 50 % y en relación con los tratamientos no farmacológicos no alcanzan un 30%. La presencia de incumplimiento terapéutico tiene graves consecuencias tanto sanitario-económicas como sobre la calidad de vida del paciente. El trabajo de Horowitz muestra una mayor mortalidad por infarto agudo de miocardio en pacientes no cumplidores que en cumplidores. Existe otro estudio realizado por McKenney y Harrison que demuestra que un 10% de los pacientes que ingresaban, lo hacían como consecuencia directa con el incumplimiento terapéutico.

Modos de clasificar el incumplimiento:

A) en función del paciente: En función del cumplimiento podemos distinguir 4

tipos de paciente (*Roca- Cusachs A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. Med Clin (Barc) 2001:116 (supl)56-62.*).

Grupo A: Son pacientes que hacen correctamente el tratamiento y consiguen los objetivos terapéuticos.

Grupo B: Lo integran pacientes que sin seguir las recomendaciones, alcanzan los objetivos terapéuticos. En este grupo el profesional debe asumir que el tratamiento es innecesario.

Grupo C: Pacientes que siguen correctamente la prescripciones y no alcanzan los objetivos terapéuticos. En este grupo, el medico debe plantear la pertinencia del tratamiento prescrito.

Grupo D: Formado por pacientes que no siguen la prescripción médica y no consiguen los objetivos terapéuticos. Será en este último grupo donde deberemos centrar nuestros esfuerzos para conseguir mejorar la adherencia al tratamiento y por tanto la calidad de vida del paciente.

B) en función del modo de tomar la medicación: Se distinguen los siguientes tipos de incumplimiento. Entre los más característicos se encuentra los siguientes *(Mareque M. Grupo de trabajo sobre incumplimiento. Incumplimiento terapeutico en los ancianos. Med Clin(Barc) 1993; 100:736-740).*

Errores de omisión

Errores en la dosis

Confusión de horarios

Toma de fármacos no prescritos.

Cuando el método utilizado permite su cuantificación, se puede considerar incumplimiento por omisión o alteración cuando afecta a un 100% de la recomendación, aunque generalmente se admiten límites de variación como considerar pacientes cumplidores si toman por encima de un 75-80% de la dosis. Se considera también incumplimiento cuando existe un toma de dosis mayor de la prescrita. Por ejemplo, se ha estimado que el 21% de los ancianos toma medicación no prescrita, un 20% comparte con otras personas y un 30% utiliza viejos fármacos.

C) en función de la intencionalidad *(Mareque M.)*

Se considera dos tipos de incumplimiento en función de este criterio.

Involuntario. No existe intencionalidad para hacerlo.

Voluntario: Cuando el paciente deliberadamente no sigue las indicaciones. Se han analizado diversas causas que pueden estar relacionados con este tipo de incumplimiento.

- Creencia que la medicación es excesiva
- Presencia de reacciones a fármacos, (el haber tenido alguna reacción adversa hace que el paciente sienta temor a tomar el nuevo fármaco prescrito).
- Falta de evidencia subjetiva de mejoría
- Sensación de curación
- Asunción de que la medicación que se recibe es escasa.

El incumplimiento voluntario es difícil de modificar ya que está muy relacionado con la creencia del paciente, de hecho algunos autores se refieren a él como "incumplimiento razonado". Es muy importante tenerlo en cuenta y explorarlo antes de iniciar cualquier intervención terapéutica.

Modos de evaluar o detectar el incumplimiento:

No existe método alguno que permita identificar de forma sencilla a los pacientes cumplidores de los que no lo son. Clásicamente los métodos se dividen en directos e indirectos (*Rigueira García A.I.; Martín Zurro A, Cano Pérez*

J.F..Atención primaria (conceptos, organización y práctica clínica). Harcourt Brace, 4ª edición 1999.).

A) Métodos directos:

Se basan en la detección del fármaco o de algún marcador añadido al medicamento en algún fluido o tejido del paciente. Son más sensibles y específicos pero presentan múltiples problemas para su

uso habitual: molestias para el paciente, existencia de interacciones con otros fármacos, interferencia con la absorción, solo disponible para algunas sustancias, no se ha normalizado el número de determinaciones necesarias para decidir si el paciente es cumplidor, métodos sofisticados y caros.

B) Métodos indirectos:

Comunicación del cumplimiento con el paciente: consiste en solicitar mediante entrevista o cuestionario, información sobre el cumplimiento (es especialmente específica cuando se admite incumplimiento pero tiende a sobrestimar el cumplimiento).

Recuento de tabletas

Monitores de cumplimiento

Hemos expuesto en esta primera parte de modo esquemático los conceptos generales sobre cumplimiento, pero para profundizar y entenderlo mejor tomaremos una patología concreta que en nuestro caso será los cuadros ansioso-depresivos.

Realizaremos un análisis desde ángulos diferentes: la propia enfermedad, el paciente, el sistema sanitario donde nos desenvolvemos y el tratamiento prescrito.

Incumplimiento en los trastornos por ansiedad y depresión

La presencia de problemas de salud mental es muy prevalente en la población general entre 15-25% y por tanto lo es también entre los pacientes que acuden a los servicios sanitarios de atención primaria, primer escalón en nuestro sistema de salud. Se calcula que un 30% de las consultas de atención

primaria tiene que ver con problemas de la salud mental, aunque no siempre de modo explícito. Un porcentaje importante de estos pacientes (en torno a un 20%), no son nunca diagnosticados de sus problemas problemas psiquiátricos. El estudio de Gabarrón et al, muestra que entre un tercio y la mitad de los casos son infradiagnosticado. (Gabarron E, Atención primaria 2002) Esto muestra la importancia que tiene una buena formación en salud mental del médico de atención primaria. Va a ser la puerta de entrada de estos pacientes, donde un diagnóstico eficaz y precoz permitirá la prevención del suicidio, mejorará la calidad de vida del paciente y reducirá los costes sanitarios, ya que estos enfermos hacen una importante utilización de los servicios médicos..

De hecho en el plan de salud realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 95 se explicita como uno de los objetivos disminuir la morbimortalidad por problemas mentales, mejorando la atención de las personas con problemas de salud mental, integrando sus cuidados dentro del esquema asistencial general y potenciando su permanencia en la comunidad" (*La calidad asistencial de la depresión en España (estudio sociosanitario. Libro blanco). 1997.*).

La patología psiquiátrica que con más frecuencia consulta en atención primaria es, según el estudio de la OMS realizado entre los años 1990-1992, los cuadros depresivos con 10%, los cuadros por ansiedad generalizada 8%, y un 12% con cuadros mixtos.

En el estudio realizado en el año 1995 sobre calidad asistencial de la depresión, la actuación médica más frecuente ante un caso de depresión es el tratamiento con fármacos por el propio médico en un 50% de los casos, frente a un 29% que remite al psiquiatra, y un 20% que realiza otro tipo de intervención no farmacológica (aconsejamiento, psicoterapia y pautas de

higiene) (*La calidad asistencial de la depresión en España (estudio sociosanitario. Libro blanco).*1997.). Estos datos confirman que el cumplimiento terapéutico de la depresión va a depender en gran medida de la actuación del médico de familia. Según los datos recogidos en el estudio antes referido, los médicos de atención primaria consideran que un 25% de los pacientes realiza una cumplimentación poco correcta frente al 7,7% de los psiquiatras. El incumplimiento de las otras terapéuticas no farmacológicas es aun mayor, en torno a un 46% frente al 20 % de los especialistas. Un trabajo realizado en Inglaterra refiere que 30-60% de los pacientes en tratamiento por depresión desde atención primaria abandonan el tratamiento. (*Peveler R, George C, et al.Effects of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial.BMJ1999; 319:612-615.*)

Esta situación nos muestra la necesidad de analizar la problemática del cumplimiento de los cuadros ansioso depresivos para buscar soluciones.

Problemas de la adherencia en función de la propia patología:

A. Depresión:

a) Dificultades de diagnóstico: Es muy importante conocer bien los diferentes cuadros patológicos, las dificultades diagnosticas, y las propias "trampas" de la enfermedad para luego poder poner en practica el plan terapéutico más adecuado y conseguir que el paciente lo cumpla.

- Diagnostico diferencial de la "queja" depresiva: Hemos visto que la queja depresiva es muy frecuente en atención primaria. Es muy importante distinguir los diferentes cuadros implícitos en esta demanda:

- ✓ desde cuadros de **tristeza "normal"** como sentimiento normal e inherente a la condición humana que surge de las relaciones con el medio. En estos cuadros faltan la gran mayoría de los síntomas del cuadro depresivo, y suelen tener escasa repercusión sobre el rendimiento y la vida cotidiana. Se debe realizar una cierta vigilancia ya que el paciente consulta por ello pero no es preciso iniciar tratamiento.
- ✓ **Cuadros adaptativos:** Son cuadros reactivos a situaciones vitales dolorosas. También deben vigilarse pero inicialmente no precisan tratamiento, si conviene mostrar una actitud empática hacia el paciente y dejar la puerta abierta.
- ✓ **Las reacciones de duelo** ante la pérdida de un ser querido pueden ser también motivo de consulta. El paciente suele tener dificultades para enfrentarse con las actividades normales durante los primeros 6 meses, volviendo lentamente a su nivel de funcionamiento previo a la vez que va elaborando la pérdida. Son situaciones de importante vulnerabilidad , en ocasiones puede evolucionar hacia un duelo patológico o cuadro depresivo. Conviene estar atento a la evolución, dar al paciente la posibilidad de hablar de su pérdida pero inicialmente no está indicado el tratamiento farmacológico .
- ✓ **Los síntomas depresivos**, también, pueden ser síntomas de enfermedades físicas, por lo que es importante descartar patología orgánica que será el tratamiento más eficaz para

este problemática aunque a veces se pueden beneficiar de tratamiento antidepresivo.

- ✓ Finalmente, **el trastorno depresivo**, se caracteriza por un síndrome cuyo núcleo central es la tristeza patológica junto con otros síntomas que alteran el funcionamiento habitual de la persona y no constituyen la respuesta normal a un acontecimiento penoso y que estos síntomas existan desde hace más de dos semanas. Es muy importante distinguir este cuadro del resto, ya que este si se beneficiara de tratamiento mucho más que el resto.

- Criterios diagnósticos de episodios depresivos (CIE-10)

- A. El episodio debe durar al menos dos semanas.
- B. Ausencia de síntomas maníacos o hipomaniacos relevantes para el diagnóstico en cualquier momento de la vida del individuo.
- C. No es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o enfermedad orgánica.
- D. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
 1. humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días.
 2. Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
- E. Por lo menos 4 de los siguientes síntomas adicionales:
 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos o inadecuados.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentración y de pensar acompañadas de falta de decisión.
 5. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición
 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo. Cambio del apetito con la correspondiente modificación del peso.

Trastorno depresivo moderado: al menos dos de los tres síntomas de D y seis del total (D+E)

Trastorno depresivo grave: los tres síntomas de D y ocho del total (D+E).

b) Presencia de sintomatología física:

- Una de las mayores dificultades que presenta el diagnóstico de la depresión es la presencia de quejas somáticas. Estos son muchas veces el único motivo de consulta. No son siempre fáciles de

diferenciar. En general, suelen existir algunas peculiaridades que pueden ayudar en el diagnóstico (suelen ser quejas variadas, no suelen tener coherencia fisiológica, el modo de expresar el paciente su dolencia es ambiguo y atípico).

- No siempre el paciente acepta, que su sintomatología pueda estar relacionada con un cuadro depresivo. Esta una de las situaciones donde el buen manejo de la entrevista clínica es de gran utilidad.

c) La duración y evolución de la enfermedad: clásicamente se suelen distinguir dos pautas evolutivas.

- Es una presentación episódica, de comienzo brusco y cuya duración media es de dos años. Muchas veces el episodio es único aunque puede recurrir. Es importante conocer la temporalidad, de la enfermedad para poder mantener los tiempos adecuados, un abandono demasiado temprano aumenta el riesgo de recaída.
- Existe una presentación persistente, con un estado de ánimo bajo de forma más o menos crónico aunque con fluctuaciones (distimia). En este caso el tratamiento se deberá mantener largos periodos de tiempo y de modo profiláctico.

d) La comorbilidad con otros trastornos del tipo, abuso de sustancias o cuadros de ansiedad pueden dificultar el diagnóstico y adecuado tratamiento.

e) La propia psicopatología del cuadro depresivo puede dificultar conseguir un buen cumplimiento. El paciente se siente invadido por sentimientos de culpa,

(Kaplan E. No cumplimiento de los antidepresivos como un factor del síndrome de discontinuación. J Clin Psychiatry 1997;58 (suppl7)), es como si “no se mereciera nuestros cuidados”. La anhedonia, le hacen mostrar muy pasivo e indiferente ante el tratamiento. Es muy importante el seguimiento de estos para conseguir un adecuado cumplimiento.

B) Trastorno ansioso: Dificultades del diagnóstico ansioso.

Aunque es un cuadro frecuente en las consultas de atención primaria, es a veces difícil de distinguir la ansiedad como respuesta normal ante algún acontecimiento vital de la ansiedad patológica. Además los trastornos por ansiedad producen gran sintomatología somática lo que dificulta aún más el diagnóstico. se ha calculado que un 10% de los pacientes que acuden a consulta de cardiología y medicina interna presentan cuadros de ansiedad.

Incluso una vez diagnosticada la presencia de ansiedad patológica, en función básicamente de la intensidad y/o persistencia, puede asociarse a cuadros orgánicos o secundario a algunas patologías. Entre los trastornos psiquiátricos primarios por ansiedad más frecuentes y que un médico de atención primaria debe poder diagnosticar y tratar son los trastornos por pánico y los trastornos por ansiedad generalizada.

- **Trastornos de pánico (trastornos por angustia, ansiedad paroxística episódica):**

Se caracteriza por la presencia de crisis repetidas y frecuentes. Las crisis tienen un inicio brusco, con incremento de la intensidad de los síntomas en los primeros minutos, duración breve (10-30 minutos) y un final espontáneo. Empiezan de modo inesperado, sin un desencadenante inmediato. Presentan un cortejo de síntomas físicos vegetativos variados y al mismo tiempo un miedo sobrecogedor con la sensación que ese estado no puede ser superado. La complicación más frecuente es la agorafobia (por evitación). Criterios CIE-10.

Criterios diagnósticos del trastorno de pánico (CIE-10)

- A. Ataques de pánico recurrentes que no se asocian de modo constante a una situación o objeto específicos, y que a menudo se presentan de forma espontánea (imprevisibles). Los ataques de pánico no se deben a un ejercicio intenso o a la exposición a situaciones peligrosas o a amenazas para la vida.
- B. Un ataque de pánico se caracteriza por todo lo siguiente:
1. Es un discreto episodio de temor o de malestar.
 2. Se inicia bruscamente.
 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos segundos y dura algunos minutos.
 4. Deben hallarse presente 4 de los síntomas descritos a continuación, uno de los cuales debe ser de los grupos A a D (autonómicos):

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado.
- b) Escalofríos.
- c) Temblores
- d) Sequedad de boca

Síntomas relacionados en el pecho o abdomen:

- e) Dificultad para respirar
- f) Sensación de ahogo
- g) Dolor o malestar en el pecho
- h) Náusea o malestar abdominal

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o devanecimiento
- j) Desrealización o despersonalización
- k) Sensación de ir a perder el control, de volverse loco
- l) Miedo a morir

Síntomas generales:

- m) Oleada de calor o escalofríos
- n) Adormecimiento o sensación de hormigueo

C. El trastorno no es debido a un trastorno mental orgánico ni a otro trastorno mental (esquizofrenia o trastorno afectivo)

Trastorno de pánico moderado: al menos 4 ataques en un mes

Trastorno de pánico grave: al menos 4 ataques por semana en un mes

- **Trastorno por ansiedad generalizada:**

Es un trastorno muy frecuente en atención primaria, con una prevalencia del 10%. Su síntoma básico es la ansiedad junto la preocupación exagerada por circunstancias vitales habituales. La ansiedad se manifiesta en forma de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva e hipervigilancia que no llega a cristalizarse en crisis. Los pacientes suelen consultar por preocupaciones sobre su salud, inquietud, nerviosismo, insomnio o por síntomas somáticos inespecíficos y vagos. El diagnóstico se hace por exclusión de otros cuadros.

Criterios diagnósticos del trastorno por ansiedad generalizada (CIE-10)

- A. Un periodo de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimiento de aprensión, en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana
- B. Por lo menos cuatro de los síntomas listados abajo deben estar presentes, y al menos uno del a-d (autonómicos):

Síntomas autonómicos:

- a) Palpitaciones o golpeo del corazón o ritmo cardiaco acelerado.
- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas de los miembros.
- d) Sequedad de boca.

Síntomas relacionados en el pecho o abdomen:

- e) Dificultad para respirar.
- f) Sensación de ahogo.
- g) Dolor o malestar en el pecho.
- h) Náusea o malestar abdominal.

Síntomas relacionados con el estado mental:

- i) Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
- j) Desrealización o despersonalización.
- k) Sensación de perder el control, de "volverse loco".
- l) Miedo a morir

Síntomas generales:

- m) Sofocos o escalofríos
- n) Sensación de entumecimiento u hormigueo

Síntomas de tensión:

- o) Tensión muscular o dolores y parestesias.
- p) Inquietud y dificultad para relajarse.
- q) Sentimiento de estar al límite bajo presión o de tensión mental.
- r) Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Otros síntomas no específicos:

- s) Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
- t) Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.
- u) Irritabilidad persistente
- v) Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

C. El trastorno no satisface todos los criterios de trastorno de Pánico, Trastorno Fóbico, Trastorno Obsesivo-Compulsivo o Trastorno Hipocondríaco.

D. Exclusión de un Trastorno Orgánico específico: hipertiroidismo, trastorno mental orgánico, o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (anfetaminas, abstinencia a benzodiazepinas).

Es muy característico su confusión con cuadros depresivos. Esta confusión hace que en muchas ocasiones no estemos realizando el tratamiento más adecuado.

Diagnóstico diferencial ansiedad/ depresión:

Ansiedad	Depresión
Comienzo antes 30 años	Comienzo después 30 años
Síntomas críticos o permanentes	Síntomas cíclicos
Mejoría matutina	Mejoría vespertina
Insomnio de conciliación	Insomnio tardío
Pesadillas	Sueños tristes
Temor a la muerte	Ideas desiderativas de muerte
Proyección de	Proyección al pasado

futuro(incertidumbre)	
Mejoran con psicoterapia	Mejoran con antidepresivos(+ psicoterapia)
Peor pronostico	Mejor pronostico

Debemos tener en cuenta que en muchas ocasiones ambos se asocian, hablaremos entonces de cuadros ansioso depresivos, presentes en casi un 25% de los casos de cuadros de ansiedad. Es importante afinar en el diagnóstico, único modo de poder iniciar un tratamiento lo más eficaz posible para el paciente y que facilitara la cumplimentación.

Problemas de adherencia en relación con el paciente:

- En general los cuadros ansiosos depresivos (sobre todo los depresivos) se asocian con las siguientes **variables sociodemográficas:**

Sexo femenino

Menor nivel educativo

Estado civil separado, viudo, divorciado, soltero

No poseer trabajo

Antecedentes familiares

Antecedentes personales de depresión

En muchas ocasiones estas características se asocian implícitamente con los cuadros ansioso-depresivos. En el estudio de Gabarrón se demuestra que se diagnostica más depresión en mujeres, viudas y jubilados (*Gabarrón et al*). Cuando cambia el perfil del paciente (por ejemplo, hombre con pareja y alto nivel socioeconómico) es más difícil, para el propio médico y el paciente, asociar la sintomatología con el cuadro ansioso depresivo. (*Moreno ME, Clemente Iriola E; et al:*

Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/ depresivos. Aten Primaria 2000;26:554-558.

Edad: Clásicamente se considera la depresión como una enfermedad de personas de edad media o avanzada, sin embargo en estudios recientes en población general se dan prevalencias significativas de depresión en personas entre 30-40 años.

Respecto a los cuadros ansiosos ocurre algo inverso, asociando esta patología con población joven cuando es muy prevalente entre personas mayores.

Es cierto que la depresión en el anciano, tiene una serie características particulares, que es importante distinguir para reconocer e iniciar el tratamiento más adecuado. La prevalencia de depresión en ancianos es muy alta, pudiendo llegar a un 50 % en algunos grupos de riesgo, (pacientes internados). Está muy relacionada con enfermedades físicas y con tratamientos farmacológicos. Las características clínicas que más dificultan su diagnóstico es el curso prolongado, tendencia a la somatización y al emmascaramiento.

De especial gravedad es la omisión del diagnóstico de depresión en la llamada pseudodemencia depresiva, causa más frecuente de demencia reversible. Es importante poder hacer el diagnóstico e instaurar tratamiento ya que la respuesta a los fármacos es tan favorable como cualquier otra depresión.

- **Creencias y conocimientos del paciente sobre la enfermedad:**

- La estigmatización (*Wayne K, Von Korff M; et al. Collaborative Management to achieve treatment guidelines. JAMA 1995;273:1026-1031*). Muchos pacientes todavía, presentan muchas dificultades para aceptar un enfermedad relacionada, con la esfera de la salud mental. Es frecuente escuchar en nuestras consultas, "van a pensar que estoy loco". Esta actitud de negación del problema mental va dificultar mucho el abordaje

terapéutico y conseguir que el paciente acepte el tratamiento y sea capaz de cumplirlo. Nos encontramos ante una situación que antes de poder plantear cualquier tipo de intervención terapéutico es necesario conocer bien los temores y pensamientos del paciente, creando una buena relación con este.

- Conocimientos de los síntomas: Es muy importante explorar los conocimientos que tiene el paciente sobre la enfermedad que padece, como cree que podemos ayudarlo. Estos datos nos ayudaran luego a plantear el tratamiento.

Como hemos visto, tanto la ansiedad como la depresión son trastornos con tendencia a la recurrencia, la cronicidad y al deterioro de la calidad de vida por lo o que tambien es importante, aprenda a reconocer su sintomatología, para poder acudir para recibir tratamiento lo más pronto posible.

- La familia: El núcleo familiar y el entorno del paciente ser explorados por el medico y en muchas ocasiones incluidos a la hora de iniciar un tratamiento. Por una parte la familia puede contribuir al temor a la estigmatización, negando que su familiar pueda tener un problema de salud mental. Por otra parte debemos conocer que tolerancia tiene la familia con la enfermedad, sus posibilidades para cuidar al paciente, el riesgo de sobreprotegerle, Otro aspecto importante es saber si existen situaciones conflictivas dentro de la familia que pueden estar perpetuando el malestar del paciente y dificultando el cumplimiento terapeutico. Se debe poder manejar las

dinámicas familiares durante la entrevista clínica para luego tenerlo en cuenta a la hora de establecer un plan terapéutico.

Problemas de adherencia en relación con la atención sanitaria:

La atención sanitaria y sus deficiencias o dificultades es un punto clave a la hora de entender o buscar causas sobre el incumplimiento terapéutico.

- **Los médicos;**

- Una de las clásicas quejas de los médicos a la hora de buscar causas a los problemas de cumplimiento es **el tiempo**. (En la encuesta realizada sobre depresión en el año 95 entre los médicos de cabecera, sorprende que una expresión frecuente entre los médicos de aquel momento es "los pacientes psiquiátricos no existen porque no tengo tiempo para atenderlos"). En general los médicos de atención primaria consideran que diagnosticar a un paciente depresivo lleva más tiempo que otros pacientes. Se ha comprobado que un especialista en una primera visita utiliza el triple de tiempo que un médico de primaria para evaluar un paciente con depresión. Es raro que un médico de familia utilice más de 15 minutos para un paciente deprimido. En la actualidad, la posibilidad de organizar la consulta de otro modo y poder tener consultas concertadas ha mejorado parcialmente la situación.

Aunque también, es cierto que a veces, es fácil escudarse en la falta de tiempo para justificar temores o inseguridades ante algunos

pacientes. Cinco minutos bien utilizados pueden dar mucha información sobre un paciente y sus dificultades.

- Otro de los problemas que se observan en relación con los médicos en los diferentes trabajos sobre incumplimiento en cuadros ansioso-depresivo es **la falta de conocimientos** especializados sobre el problema. Es difícil pautar un tratamiento y convencer al paciente que lo tome si nosotros mismos no transmitimos seguridad en lo que estamos haciendo. El estudio sobre calidad asistencial en la depresión del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 95 (*La calidad asistencial de la depresión en España (estudio sociosanitario. Libro blanco). 1997.*), muestra que un 22% de los MAP encuestados, consideran que la falta de formación especializada era uno de los problemas a la hora de detectar cuadros depresivos. Existen otros trabajos que muestran que para mejorar la adherencia al tratamiento una de las medidas utilizadas es una formación adecuada del médico. Otros estudios muestran que las prescripciones de los médicos son inadecuadas: pautando dosis subclínicas o manteniendo los tratamientos tiempos inadecuados. (Roter D, Hall J et al. *Effectiveness of intervention to improve patient compliance. A meta-analysis. Med Care 1998;36:1138-1161.*)

A pesar de estos datos pesimistas, en la actualidad, ha mejorado los conocimientos de los médicos sobre estos temas, sintiéndose más implicados con la atención psiquiátrica y mejor formados (rotación de los residentes de familia en salud mental y cursos de formación continuada sobre estos temas).

- **Temor al suicidio:**

Las ideas autolíticas presentes en un 15% de los pacientes con cuadros depresivos, es una situación que bloquea con frecuencia al médico. Debemos saber que esta ideación forma parte de la psicopatología del paciente, hablar de ello sin temor, alivia en gran medida al paciente que se siente escuchado y comprendido. Muchas este temor planea sobre el médico, evitando abordar al paciente y derivándolo al especialista. Aunque si es cierto que es uno de los criterios de derivación en casi todos los manuales, no por ello debemos evitar hablar con el paciente que con esta actitud se siente rechazado y le refuerza sus sentimientos de minusvalía y culpa.

- **Las estructuras sanitarias:**
- **La relación con especializada:** Aunque por las características del paciente, hayamos decidido remitirle a atención especializada, el médico de familia sigue teniendo un importante papel a la hora de conseguir un buen cumplimiento.
 - Depende como se realice la derivación, el paciente lo aceptará mejor y habrá más posibilidades de que acuda.
 - Hay que tener en cuenta que aunque el tratamiento lo pauté el especialista, la supervisión de su cumplimiento se realizará desde atención primaria.
 - Los estudios donde se integra la presencia de un psiquiatra dentro del sistema de atención primaria mejora la adherencia. Este hecho está probablemente en relación, con sensación de más apoyo y control de las decisiones.

- **Sistema de atención primaria:** Diferentes estudios muestran que mejora el cumplimiento cuanto mayor sea la disponibilidad del médico, en función de la ubicación, disponibilidad de horario (*Kaplan E.*). Incluso, existen algunos estudios que para mejorar la adherencia permiten el contacto telefónico del paciente con el médico. Otro punto importante, es la cobertura económica. Podríamos decir que en nuestro sistema sanitario desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y la creación del sistema de atención primaria estos objetivos están parcialmente conseguidos en los pacientes cubiertos por el sistema de salud.
- **Relación médico paciente:** Una buena relación médico-paciente es básica para conseguir la correcta adherencia al tratamiento. Los estudios muestran que un médico que no consigan proporcionar la seguridad y esperanza adecuada difícilmente conseguirán que el paciente realice su tratamiento. De hecho se ha visto que la ausencia de continuidad de la asistencia, los cambios de médico (*Kaplan E.*) dificultan la adherencia. Es por tanto básico trabajar sobre este aspecto para que nuestros pacientes acepten nuestras recomendaciones y las mantengan en el tiempo.

Problemas de adherencia en relación con el tratamiento:

A) Características generales:

Una vez llegados a un diagnóstico y conseguido salvar todas las dificultades del paciente y del propio sistema, debemos buscar el tratamiento mejor y más aceptable para el enfermo y su entorno. Los tratamientos para los cuadros ansiosos depresivos pueden ser farmacológicos, no farmacológicos o

combinados. En general en atención primaria se recomienda los tratamientos combinados. En este apartado analizaremos las dificultades del cumplimiento en relación con el tratamiento farmacológico, que desarrollaremos en el apartado del manejo. En la segunda parte abordaremos los posibles tratamientos no farmacológicos que se pueden asociar, para intentar paliar el malestar del paciente y mejorar su calidad de vida.

A la hora de iniciar un tratamiento farmacológico para conseguir evitar el incumplimiento del paciente debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- **La aceptabilidad del tratamiento.**
- **La duración del tratamiento.**
- **La complejidad del tratamiento.**
- **Los efectos adversos:** este es un aspecto muy importante y delicado ya que una parte importante de los abandonos están relacionados con los efectos secundarios. Con los psicofármacos utilizados para los cuadros ansioso-depresivo cada vez se van consiguiendo fármacos más seguros y con menos efectos secundarios, pero pueden existir y es importante conocerlos. Se deben anticipar y explicar al paciente antes que ocurran, para que este los conozca y evitemos que deje el tratamiento. (Existe también el riesgo que el paciente abandone el tratamiento al leer el prospecto del fármaco. Puede ser interesante explicar lo que van a encontrar). Además, el propio abandono de la medicación tiene sus propias patologías síndromes de abstinencia en el caso de las benzodiazepinas, mayor riesgo de recaídas o síndromes de discontinuación en el caso de los antidepresivos.

B) Tratamiento cuadros ansioso depresivo.

a) Síndrome depresivo:

- **Elección del antidepresivo:** para la elección del fármaco además de lo referido anteriormente debemos tener en cuenta, la presencia o no de otros procesos médicos, las posibles interacciones con otros fármacos, la edad del paciente, la gravedad y las características clínicas de episodio, los antecedentes de respuesta en episodios anteriores y la presencia de factores de resistencia.

En la actualidad, desde atención primaria, se recomienda iniciar el tratamiento con de un **antidepresivo del tipo ISRS**. (En los últimos años se ha generalizado el manejo de los ISRS, pero en el estudio realizado en el año 1995, se utilizaban todavía más los tricíclicos un 38% frente a un 28% de los ISRS). Es muy importante conocer que estos fármacos tienen un tiempo de latencia largo entre 2-6 semanas. Es importante conocer este hecho para no realizar cambios demasiado prematuros. Si pasado este tiempo, (6-8 semanas) no hemos conseguido una mejoría manifiesta se debe reevaluar el caso.

Las dosis suelen ser:

Fluoxetina	20-40	mg
Paroxetina	20-40	mg
Citalopran	20-40	mg
Fluvoxamina	100-200	mg
Sertralina	50-200	mg

- Es importante mantener el fármaco **el tiempo** suficiente, se ha visto que la retirada precoz aumenta el riesgo de recaída.

Se recomienda, para un episodio depresivo único moderado, mantener el tratamiento entre **6 a 12 meses**, una vez que se haya producido la remisión del episodio agudo, a la misma dosis que haya resultado eficaz.

Ante un episodio único grave o dos episodios en menos de un año mantener tratamiento entre 2-3 años. Será necesario poner en marcha todo tipo de intervención para conseguir el cumplimiento.

Tres o más episodios en menos de 5 años, mantener el tratamiento al menos 5 años.

- **Los efectos secundarios** más frecuentes de los ISRS, son náuseas, inquietud y/o insomnio, temblor distal, pérdida de apetito y disminución de la función sexual. En general, los efectos secundarios pueden ser inicialmente molestos pero bastante tolerables. Es posible instaurar medidas para minimizarlos, como iniciar el tratamiento durante 2-4 días con mitad de dosis. Si las molestias digestivas son muy importantes durante los primeros días se pueden asociar domperidona. Se debe siempre avisar al paciente de estos posibles efectos y nunca subestimar sus quejas ya que nos arriesgamos al abandono del tratamiento.
- **Asociación con otros fármacos:** La única asociación recomendada desde atención primaria son las benzodiazepinas, que por su efecto inmediato aliviarán la situación de angustia y el insomnio de los pacientes. Se recomiendan con este objetivo benzodiazepinas de

vida media larga o intermedia. Se podrán ir retirando una vez que se produce una mejoría significativa del paciente. (en general los médicos de familia utilizan mucho más las benzodiazepinas en los cuadros psiquiátricos que los especialistas-un 25% frente a un 5%).

b) Cuadros por ansiedad:

- **Trastornos de pánico:** en estos paciente es muy importante antes de plantear cualquier tratamiento farmacológico, explicar que le ocurre y modos de reconocer su sintomatología.

El tratamiento farmacológico, consistirá en la administración precoz de una benzodiazepina (diazepam, lorazepam), siempre que sea posible por vía oral o sublingual.

Cuando las crisis ocurren con mucha frecuencia o el paciente lo vive como muy incapacitante, se puede plantear **tratamiento profiláctico**. El tratamiento deberá prolongarse durante al menos 6-12 meses y en algunas ocasiones puede llegar a dos años:

Benzodiazepinas: alprazolam 2-10 mg a dosis crecientes, 3 o 4 tomas al día (también se puede utilizar el clonazepam 2-6mg al día). Otras benzodiazepinas solo resultan eficaces a dosis excesivamente altas, produciendo problemas de sedación. El inicio de la acción antipánico es más rápido que con antidepresivos, apreciándose resultados desde la primera semana. Se recomienda, si es posible, realizar un tratamiento con antidepresivos y retirar las benzodiazepinas en pocas semanas, cuando estos comiencen a ser eficaces.

ISRS: El único que tiene la indicación aprobada es la paroxetina, 40 mg/día como dosis recomendada, se debe iniciar el

tratamiento con 10mg e ir subiendo paulatinamente. Existen otros ISRS, que han demostrado ser eficaces.

Antidepresivos tricíclicos: Para algunos autores todavía se consideran de primera opción aunque por sus efectos secundarios cada vez se utilizan menos. Imipramina (75-300mg/día), clomipramina (75-225mg/día).

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): en esta patología es muy importante el manejo psicoterapéutico y técnicas de relajación que ayuden a reconocer y controlar la ansiedad. Desde el punto de vista farmacológico, suele estar indicada terapia ansiolítica, si persiste ansiedad a pesar de las técnicas no farmacológicas o el cuadro es muy marcado. Está indicado el tratamiento con benzodiazepinas de vida media larga o intermedia (evitar las de vida media corta) por periodos de 3-4 meses y posteriormente de forma intermitente.

No está recomendado el uso de antidepresivos a menos que este claramente asociado a cuadros depresivos.

Como hemos visto hasta ahora para conseguir que el paciente cumpla de modo adecuado con su tratamiento que en muchas ocasiones es muy prolongado debemos conseguir que el paciente acepte lo que le está ocurriendo y pueda aceptar el plan terapéutico. A continuación, veremos como podemos mejorar el acercamiento al paciente y de que técnicas disponemos para mejorar la adherencia y la calidad de vida del paciente.

Bibliografía:

1. Martín Zurro A, Cano Pérez J.F.. Atención primaria (conceptos, organización y práctica clínica). Harcourt Brace, 4ª edición 1999.
2. La calidad asistencial de la depresión en España (estudio sociosanitario. Libro blanco). 1997.
3. Palao Vidal D, Marquez Rowe M, Jodar Ortega I. Guía psiquiátrica en atención primaria. 1996
4. Rigueira García A.I. Cumplimiento terapéutico: ¿Qué conocemos en España?. Aten Primaria 2001; 27:559-568.
5. Mareque M. Grupo de trabajo sobre incumplimiento. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. Med Clin (Barc) 1993; 100:736-740.
6. Wayne K, Von Korff M; et al. Collaborative Management to achieve treatment guidelines. JAMA 1995;273:1026-1031.
7. MacDonald TM, McMahon AD, et al. Antidepressant drug use in primary care: a record linkage study Tayside, Scotland. BMJ 1996;313:860-861
8. Kaplan E. No cumplimiento de los antidepresivos como un factor del síndrome de discontinuación. J Clin Psychiatry 1997;58(suppl7).
9. Peveler R, George C, et al. Effects of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. BMJ 1999; 319:612-615.
10. Pampallona S, Bollini P, et al. Patient adherence in the treatment of depression. Br J Psychiatry 2002 Feb; 180:104-9.
11. Moreno ME, Clemente Irola E; et al: Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/ depresivos. Aten Primaria 2000;26:554-558.
12. Wayne K, Von Korff, et al. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. Medical Care 1992;30:67-76.
13. Roter D, Hall J et al. Effectiveness of intervention to improve patient compliance. A meta-analysis. Med Care 1998;36:1138-1161.
14. Lin E, Wayne K, Von Korff, et al. The role of the primary care physician in patient adherence to antidepressant therapy. Med Care 1995; 33:67-74.
15. Gervas J, Pérez Fernández M et al. Concordancia entre médico y paciente en una consulta de medicina general. Med Clin (Barc) 1985;84:400-404.
16. Roca-Cusachs A. Estrategias de intervención para mejorar el cumplimiento. Med Clin (Barc) 2001;116(supl)56-62.
17. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. OMSEd. meditor 1992.
18. Gabarrón Hortal E, Vidal Rojo JM et al. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Aten Primaria 2002;29:326-337.