

Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión

Factors associated with treatment adherence in adolescents with depression

Bernardo Pacheco P.¹ y Consuelo Aránguiz G.²

Introduction: Mood disorders prevalence during adolescence has increased. Unfortunately, the greatest number of diagnosis is not a synonym of treatment success because this depends, among others factors, on the treatment adherence. In fact, mental health research has shown consistently high rates of treatment non-adherence. Nevertheless, the literature has been focused mainly on adult populations, and only a few articles describe adolescent adherence. **Objectives:** To review the different factors associated with treatment adherence in adolescents with depression and to describe theoretical models that can help improving adherence in this population. **Method:** Review of current research and adherence theories related to adherence in adolescents with different pathologies, adults with mood disorders and especially in adolescent depression. **Conclusion:** Cognitive factors related to personal and family beliefs and attitudes towards mental health disorders and medication, biological and psychological factors related to the developmental stage like emotional regulation, self-esteem, self-efficacy and adolescent-parent relationship are very important factors associated to medication adherence in adolescents. The therapeutic relationship might help to improve adherence by shaping these factors, building trust, cooperation, patient and family commitment to behavior change and giving information.

Key words: Treatment adherence, compliance, adolescent, depression.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (1): 69-78

Introducción

La depresión en adolescentes es un trastorno mental con impacto inmediato en la funcionalidad personal y ocurrencia de complicaciones graves como la conducta suicida¹. A largo plazo los estados depresivos recurrentes afectan la adaptabilidad social y se asocian a mayor presencia de trastornos afectivos en la vida adulta². El riesgo

de recurrencias de depresión en adolescentes es alto; un 30 a 60% de los casos recurren durante el primer o segundo año post remisión del primer episodio³. El tratamiento de la depresión incluye la resolución del episodio actual y la prevención de recurrencias y complicaciones. Las intervenciones consideran el tratamiento farmacológico y psicosocial. Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico en casos de depresión moderada o severa

Recibido: 15/09/2010

Aceptado: 30/12/2010

¹ Psiquiatra Infanto Juvenil. Departamento de Psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Médico Familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile.

y en estados depresivos que no hayan respondido a psicoterapia, o en caso de no disponer de ésta. La terapia farmacológica debe incluir una fase aguda y una de continuación entre 6 a 12 meses después de haber remitido los síntomas para así evitar recurrencias⁴. La evidencia avala el uso en niños y adolescentes de antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ya que son efectivos a corto plazo, disminuyendo cerca de un 30% los síntomas depresivos iniciales (OR 1,57 IC 95% 1,29-1,91)⁵. La terapia de mantención o continuación en adolescentes deprimidos, al igual que en adultos, ha mostrado reducir las recurrencias por lo que es perentorio lograr una buena adherencia a la farmacoterapia por el tiempo que dure el tratamiento⁶⁻⁸.

En relación a la adherencia al tratamiento, el comportamiento de los adolescentes es similar al de los adultos. En estudios clínicos que incluían supervisión constante de los pacientes y sus familias mientras duraba tratamiento, la tasa de abandonos varió entre un 20 y 40%, porcentaje probablemente más elevado en un contexto clínico habitual⁵. Estudios con adultos depresivos detectan que alrededor de un 30 a 40% de los pacientes deja de tomar antidepresivos dentro del primer mes de iniciado el tratamiento, y un 45% a 60% lo hace hacia los 3 meses^{9,10}. En nuestro país la adherencia a las terapias farmacológicas parece ser también escasa. Un estudio retrospectivo con niños y adolescentes con patología mental asistentes a un consultorio psiquiátrico para su tratamiento, detectó que un 59% de los casos controlados habían abandonado los fármacos¹¹.

El objetivo del presente artículo es comprender de un modo teórico general el fenómeno de adherencia a la farmacoterapia y conocer también qué factores juegan un rol preponderante en la adherencia al tratamiento en adolescentes con distintas patologías, especialmente aquellos con trastorno del ánimo. El artículo busca también revisar un modelo explicativo de las dinámicas presentes en la adherencia a un tratamiento que sea de interés clínico y que ayude a instaurar de manera satisfactoria un tratamiento farmacológico en adolescentes con depresión.

Metodología

Se realizó una búsqueda en Medline, Lilacs y Psycinfo utilizando los términos: (“medication compliance” OR “medication adherence” OR “treatment adherence” OR “treatment compliance”) AND (“adolescent” OR “adolescence”) AND (“depression” OR “major depressive disorder”). Los estudios encontrados para adherencia a tratamiento en adolescentes deprimidos fueron escasos y poco exclusivos. Se decidió ampliar la búsqueda reemplazando AND por OR. Se revisaron artículos de revisión y originales que incluyeran adultos y adolescentes con depresión mayor. Se encontraron estudios cuantitativos, cualitativos y artículos de revisión relacionados con adherencia a tratamiento farmacológico y otros tipos de tratamientos como dietas en pacientes adolescentes con diabetes tipo 1 (DM1), asma, fibrosis quística, enfermedades inflamatorias intestinales y trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH), todas patologías que requieren tratamiento y seguimiento de largo plazo. Se incluyeron en la revisión los artículos más atingentes.

El concepto de adherencia a tratamiento

Se utilizan varios términos asociados al concepto de *adherencia a tratamiento*: alianza terapéutica, cooperación, compliance, mutualidad, colaboración; entre otros. Cada término tiene un matiz particular pero todos se centran en destacar la capacidad que tiene el paciente para enganchar, participar y respetar el acuerdo sobre las recomendaciones del tratamiento co-establecido por el profesional de salud.

Modelos teóricos de adherencia a tratamiento

Se puede analizar la adherencia a tratamiento desde distintas perspectivas considerando distintos modelos explicativos¹². Mencionaremos en primer lugar al *modelo biomédico*, este modelo identifica factores que pueden causar adherencia y busca

usar esta información para conducir al paciente a ella. El *modelo conductual/social* construye la adherencia como una conducta que es aprendida y de este modo se puede re-aprender y mejorar la adherencia. Otro modelo explicativo es el *modelo comunicacional* que asocia la pobre adherencia a la ruptura o asincrónica comunicación entre el médico y el paciente. Consecuentemente la mejoría de la comunicación mejora la adherencia. Otro modelo es el *modelo racional de creencias*, aplicado a las creencias en el área de la salud. Este modelo supone que la adherencia puede modificarse en base al pensamiento racional; plantea que si un paciente funciona y utiliza el pensamiento lógico y considera balanceadamente los riesgos versus los beneficios del tratamiento, se llegará a una mayor adherencia. Finalmente, mencionaremos el *modelo de sistema autoregulatorio* que toma en consideración los factores cognitivos y la capacidad de planificación del paciente. Éste es visto como un sujeto capaz de resolver sus problemas y por lo tanto, desarrollar un comportamiento consecuente.

Ningún modelo aisladamente incorpora todas las variables que expliquen la adherencia a trata-

miento, y pueda ser aplicado a todos los pacientes a una condición médica específica o a un contexto determinado.

Factores asociados a adherencia a tratamiento

Los factores más investigados y con mayor importancia para predecir adherencia son las creencias y actitudes que tienen los sujetos sobre su enfermedad y tratamiento, las cuales explican hasta un 20% de la varianza de la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas¹³. Existen otros factores, que también analizaremos a continuación, que influyen en la adherencia a tratamiento y que no están directamente relacionados a variables cognitivas (Tabla 1).

a. Factores relacionados al trastorno

La depresión es una enfermedad que se asocia a baja adherencia a tratamiento. Esto podría explicarse por características propias de la enfermedad (anhedonia, alteración de la memoria, sentimien-

Tabla 1. Factores asociados a adherencia a tratamiento

Enfermedad	Medicamentos	Relación médico-paciente	Familia	Adolescencia
Características propias del trastorno	Creencias sobre:	Vinculación	Apoyo familiar	Individuación
Creencias sobre:	• Modo de acción	Relación de cooperación	Cohesión familiar	Autonomía
• Causas	• Efectos adversos	Considerar las creencias del paciente	Calidez parental	Pertenencia grupal
• Gravedad	• “Dependencia”	Toma de decisiones en conjunto	Control parental	Autoestima
• Tratamiento	• Efectividad	Información disponible	Creencias de padres y familiares en relación a la enfermedad y el tratamiento	Regulación emocional
Valoración social	Efectos adversos			Inmadurez cognitiva
Comorbilidades	Latencia de efectividad			

tos de desesperanza), y por el significado que le da el paciente a su trastorno en relación a la causa de su dolencia, a la gravedad de los síntomas y a la forma de resolverla o tratarla¹⁴. Este significado va estar influido a su vez por la valoración que haga la sociedad sobre la enfermedad, y por las experiencias e información que el sujeto vaya teniendo¹⁵.

Algunos adultos deprimidos no quieren usar antidepresivos porque tienen la creencia de que deberían ser capaces de sobreponerse sin ayuda⁹. En adolescentes deprimidos se observa una mejor adherencia a tratamiento cuando el adolescente tiene una mayor percepción de las consecuencias vitales de la enfermedad, cuando la reacción emocional es más intensa al momento del diagnóstico y cuando no le preocupa lo que los otros puedan pensar respecto al diagnóstico¹⁶⁻¹⁸. En adolescentes con TDAH, una variable que determina tomar la decisión de usar medicamentos es la evaluación que el adolescente hace del impacto que tiene el medicamento en su "sentido de identidad". Para muchos adolescentes el tener un TDAH es una condición que no necesita ser "arreglada", es una "forma de ser". La mayor severidad sintomática y grado de disfunción puede aumentar la chance de adherencia¹⁹.

b. Factores relacionados a los medicamentos

Los medicamentos se asocian a barreras cognitivas y prácticas. Entre las barreras cognitivas se encuentran las creencias sobre su modo de acción, grado de efectividad, y temores a los efectos adversos; especialmente la dependencia. En un estudio realizado en India²⁰, en adultos con diagnóstico reciente de primer episodio de depresión, el 88% de los encuestados creía que los antidepresivos pueden producir dependencia y alterar la personalidad, 58% pensaba que los antidepresivos alteran su inmunidad y 72% creía que podrían tomar dosis menores los días en que se sintieran mejor. Por otro lado, algunos adolescentes con TDAH, creen que los medicamentos cambian su personalidad y los estigmatiza como enfermos, sintiéndose distintos al grupo de pares²¹. En el asma bronquial,

las barreras principales para adherir a tratamiento identificadas por los niños y sus padres fueron la estigmatización y el miedo a la adicción al fármaco usado y a los efectos adversos²².

Entre las barreras prácticas están el número efectivo y la intensidad de efectos adversos que se presenten con el medicamento. En estudios realizados con antidepresivos y estabilizadores del ánimo, los resultados en cuanto a la importancia de los efectos adversos como razón para no adherir al uso de medicamentos son variables²²⁻²⁸. Una revisión en adultos depresivos tratados con antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina se observó que presentar uno o más efectos adversos muy incómodos aumenta al doble el riesgo de abandonar el tratamiento²⁸. Entre estos efectos incómodos estaba el aumento de peso.

Otra razón posible de abandono es la demora entre inicio de tratamiento y remisión de síntomas. Esto se puede deducir ya que un importante número de pacientes discontinúa el uso de antidepresivos antes de los 30 días de iniciado el tratamiento^{9,10}.

La forma de administración del medicamento, frecuencia, número de medicamentos y costos también son barreras prácticas a la adherencia²⁹⁻³¹. En niños con TDAH el uso de metilfenidato de liberación prolongada, que evita varias dosis al día, se asocia a mayor número de días consecutivos usando el medicamento³¹. La mayoría de los antidepresivos son usados una vez al día por lo tanto, esto juega a favor de la adherencia.

c. Factores relacionados con la familia

El apoyo social es un importante factor de conductas proactivas en salud. El apoyo social más cercano está en la familia. La cohesión familiar, el apoyo familiar, el compartir valores similares, influyen en el paciente y su adherencia a los tratamientos médicos. Las actitudes negativas, el rechazo familiar y un alto nivel de crítica son poderosos predictores de no adherencia y abandono a tratamiento^{14,31}. La oposición o la no participación al tratamiento medicamentoso por parte de la familia o amigos del paciente, se asocian a altas tasas de abandono. Estudios en adolescentes con DM1, fibrosis quística y asma muestran que

el apoyo parental desde la calidez y sin intentar controlar, permite mejorar la adherencia al tratamiento. Adolescentes asmáticos consideran importante que sus padres les recuerden sobre la toma de sus medicamentos, a pesar que pueda ser molesto³²⁻³⁵.

d. Factores relacionados con la relación médico paciente

En adultos deprimidos los estudios muestran que aquellos pacientes que están en buena relación con su médico adhieren más al tratamiento, al igual que aquellos que refieren recibir mayor información y a los que se les permite elegir entre distintas alternativas de terapias^{9,36}. En terapia de adicciones, la capacidad del agente de salud de empatizar con el paciente con el fin de lograr una relación de cooperación es un fuerte factor de adherencia. La entrega de información por sí sola parecería no ser suficiente para promover cambios conductuales importantes para el manejo de algunos trastornos y enfermedades³⁷.

e. Factores relacionados con la etapa de adolescencia

Las principales tareas de la adolescencia son la búsqueda de una identidad propia, un sentido de pertenencia grupal y la diferenciación de los padres. Características propias de los adolescentes son el ser más impulsivos y menos reflexivos en la toma de decisiones, inseguros y ambivalentes de sí mismos, e inmaduros emocionalmente (cambios anímicos bruscos, difícil regulación emocional). Estos aspectos de la personalidad en formación hacen que la aceptación de un trastorno o enfermedad, y por consiguiente un tratamiento se tome “menos en serio” o un “a mí no me sucede” (omnipotencia del pensamiento), y por consiguiente no se aprecie inmediatamente su importancia, más aún cuando el uso de un fármaco puede provocar la sensación de “estar controlado” o de ser “dependiente de algo”, cuando lo que se quiere es “ser independiente y no someterse a autoridad alguna que coarte mis acciones” (proceso de diferenciación y autonomía). Esta dinámica psicológica puede determinar una “espontánea”

menor adherencia a una terapia farmacológica, como se ha observado en pacientes con trastornos del ánimo, pacientes diabéticos, asmáticos y otras patologías crónicas¹⁴.

Aplicación de un modelo de comprensión e intervención en la adherencia a tratamiento farmacológico

Analizaremos la conducta de adherencia en adolescentes según el Modelo de Etapas de Cambio³⁸. Este modelo propone que los individuos pasan por distintas etapas de preparación para asumir una nueva conducta que tiene relevancia en sus vidas. Estas *etapas de preparación para el cambio* se asocian a procesos cognitivos y emocionales que permiten el paso o no a la siguiente fase. Este modelo le da al médico o agente de salud la posibilidad de intervenir para facilitar el paso de una etapa a la siguiente. Las etapas del modelo son: *precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantención* (Figura 1). Si aplicamos el modelo al análisis de un adolescente depresivo que requiere de tratamiento farmacológico, diríamos que en *etapa precontemplativa* el sujeto se siente triste, no enfermo y por lo tanto, cree no necesitar medicamentos y tratamiento. Un adolescente en *etapa contemplativa* sería aquel que sabe que está deprimido pero piensa que es algo leve, que probablemente va a pasar mientras se mantenga activo, no quiere que sus papás se enteren, y teme que si usa antidepresivos se acostumbrará y no los podrá dejar. En *etapa de preparación* el adolescente acepta que su ánimo no es normal, acepta consultar con sus padres, ya se habla que probablemente tiene una depresión. Puede haber antecedentes de depresión en la familia y se acepta el uso de antidepresivos porque a algún familiar le hicieron bien. Tienen aparentemente una buena aceptación a comenzar el tratamiento y no creen que olvidarán las prescripciones. Un adolescente en *etapa de acción y mantención* es aquel que ya comenzó a tomar los fármacos. En esta fase se debe invertir para animar la continuidad de la terapia, o bien nos encon-

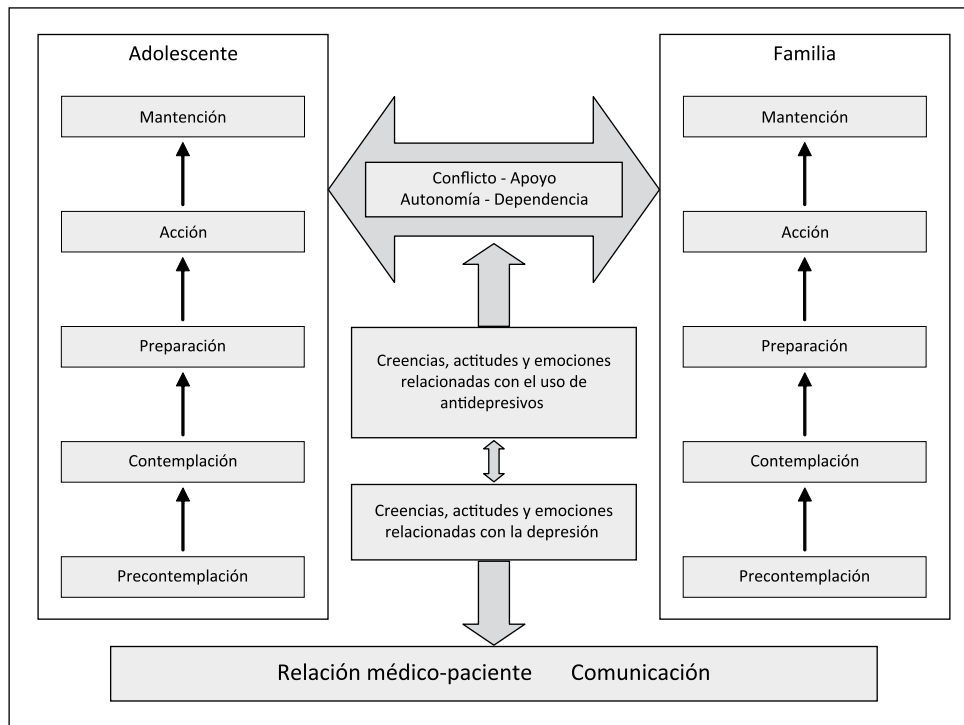


Figura 1. Modelo explicativo de adherencia a tratamiento antidepresivo en adolescentes.

traremos con un adolescente que en las primeras semanas se queja de que no siente ningún cambio o beneficio con el uso de los medicamentos, destacando sus efectos adversos si los hay, además de plantearnos ambivalentemente el deseo de dejar el tratamiento. El proceso de inicio y adherencia a tratamiento muchas veces se torna más complejo cuando la familia está en sincronía con la resistencia a continuar el tratamiento, produciéndose una alianza colusiva entre adolescente-familia en contra de la terapia farmacológica. Por lo tanto, las etapas de este modelo se pueden aplicar también a la actitud que la familia tiene ante la terapia farmacológica de su hijo. Se integra lo anteriormente descrito con la interacción que puede ocurrir entre el adolescente y su familia, ambos inmersos en un contexto de valores y prejuicios.

De este modo el médico tratante que considere este modelo, no sólo se preocupará del paciente, sino también de la actitud de sus padres o cuidadores ante el problema. El profesional se centrará no sólo en el efecto farmacológico propiamente tal, sino también se enfocará con especial interés en la

fase de adherencia al tratamiento que transcurre, de modo de intervenir preventivamente para modificar creencias, actitudes o resistencias que faciliten o estimulen un abandono prematuro de la terapia.

El agente de salud participa activamente en la adherencia a tratamiento

La enseñanza en los equipos de salud aumenta la adherencia a los tratamientos en los pacientes. El entrenamiento del profesional con conocimiento técnico y práctico, le permite desarrollar habilidades que aplicará en estimular la adhesión del paciente a su tratamiento. Se proponen cinco pasos de *acercamiento o aproximación del agente de salud para el aumento la adherencia terapéutica*¹². El primer paso es la *reflexión práctica* en que se estimula que el profesional sea capaz de reflexionar en la acción y sobre la acción. Por ejemplo, reflexionar especialmente sobre la adherencia a los tratamientos en psiquiatría, sobre la insuficiencia que el modelo médico tradicional puede tener al ser aplicado a al

adherencia del paciente psiquiátrico. Se debe hacer mucho con el profesional de la salud si se quiere mejorar la adherencia. En este nivel de reflexión se puede alcanzar con los pares, estimulando el feedback y la revisión de literatura científica. En un segundo nivel el profesional de salud debe *reflexionar sobre las diferencias*, las que existen en los tratamientos de niños y adultos y de los protocolos o guías clínicas que se han establecido para adultos y que son aplicadas en niños y adolescentes. El profesional debe integrar la información existente con la experiencia clínica y su conocimiento de modo de proveer tratamientos más efectivos. El tercer paso de acercamiento es el de la *colaboración familiar*. Busca enganchar al paciente con su tratamiento maximizando el involucramiento familiar. El profesional que trabaja con niños necesita de una mirada sistémica cuando interviene con un plan de tratamiento. La familia impacta positivamente o negativamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Los programas de educación familiar, el acceso a la información y la buena disposición de los profesionales ayuda a que la familia alcance niveles más positivos de involucramiento terapéutico. En el cuarto paso se menciona el *rol de la evaluación*. Cuando se realiza una evaluación, ésta tiene grandes beneficios para el que aprende y sobre quién se trabaja. La autoevaluación permite redireccionar el proceso de aprendizaje, apoyándose en las fortalezas y mejorando áreas de desarrollo más débiles. El último paso a considerar es el de la investigación, la cuál puede ser llevada a cabo por el equipo de salud. La investigación apoyada en la práctica clínica mejora la adherencia al tratamiento. Los profesionales que trabajan con niños y adolescentes que presentan problemas de salud mental, son especialmente llamados a realizar investigación ya que existen escasos estudios con población infante juvenil que aborden la relación entre terapia farmacológica y adherencia a tratamiento.

Conclusiones

La adherencia a tratamiento es una clave decisiva en el pronóstico de una enfermedad y en pacientes afectados por un trastorno psiquiátrico. La falta de adherencia conlleva, además de altos costos económicos tanto para el paciente, su familia y la sociedad, la posibilidad de secuelas o recurrencias de los cuadros clínicos no tratados con su consecuente impacto en la salud física y mental. Diversos factores han sido involucrados en el comportamiento que se tiene ante la necesidad de asumir un terapia farmacológica. Variables cognitivas como las creencias y actitudes individuales o del grupo familiar que se tengan frente a las enfermedades o los trastornos mentales, gravitan en la adherencia favorable, resistencia o rechazo ante el inicio de una terapia farmacológica. Algunos factores individuales relacionados a la etapa de desarrollo adolescente como lo son el mayor grado de madurez emocional, la relación armónica padre-hijo, el sentimiento positivo de autoestima y de autoeficacia percibida por el propio adolescente favorecen un buen comienzo y adhesión positiva a la farmacoterapia. La relación médico paciente basada en la construcción de un vínculo que favorece la cooperación en confianza y la entrega de información que aporta conocimiento, es esencial para la adherencia del adolescente a su tratamiento. Conocer un modelo que explique las fases por las que puede transcurrir la adherencia a un tratamiento farmacológico por parte de un adolescente que cursa con un trastorno anímico, ayuda al médico tratante o psicoterapeuta a prevenir y alertar al paciente o a sus padres ante posibles abandonos del tratamiento. Los clínicos debemos hacer los esfuerzos correspondientes para estimular que el adolescente con depresión que requiere tratamiento con psicofármacos complete el lapso de tiempo necesario para su mejoría, y prevención de futuras recurrencias.

Resumen

Desafortunadamente la prevalencia de los trastornos depresivos en la adolescencia se ha visto incrementada en los últimos años. Un mayor diagnóstico no conlleva necesariamente a un tratamiento exitoso, debido, entre otros factores, a la pobre adherencia al tratamiento con medicamentos en la adolescencia. De hecho, los estudios en salud mental demuestran que un importante número de pacientes no adhieren a los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, estos estudios se centran principalmente en pacientes adultos y pocos en la población infanto juvenil. Nuestro artículo tiene por objetivo conocer de un modo general los factores que están en juego en la adherencia a tratamiento medicamentosos antidepressivo en adolescentes con trastorno del ánimo, y describir un modelo que pueda ayudar a intervenir clínicamente en favor de una mayor adherencia terapéutica.

Palabras clave: Adherencia a tratamiento, adolescencia, depresión.

Referencias

1. Compton SN, March IS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: a evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 930-59.
2. Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. *N Engl Med* 2002; 347: 667-71.
3. Seeley J, Lewinsohn P. Epidemiology of mood disorders during adolescence: implications for lifetime risk. In: *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders*. Cambridge University Press 2009.
4. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 1503-26.
5. Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology* 2008; 18: 62-73.
6. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL, Wagner KD, Findling RL, McCracken JT, *et al.* Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1397-405.
7. Rohde P, Silva S, Tonev S, Kennard B, Vitiello B, Kratochvil C, *et al.* Achievement and Maintenance of Sustained Response During the Treatment for Adolescents With Depression Study Continuation and Maintenance Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 447-55.
8. Cheung A, Kusumakar V, Kutcher S, Dubo E, Garland J, Weiss M, *et al.* Maintenance study for adolescent depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18: 389-394.
9. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 164-72.
10. Olfson M, Marcus SC, Tedeschi M, Wan GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 101-8.
11. Recart C, Castro P, Álvarez H, Bedregal P. Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Rev Med Chile* 2002; 130: 295-303.
12. Gearing RE, Mian IA. An Approach to Maximizing Treatment Adherence of Children and Adolescents with Psychotic Disorders and Major Mood Disord. *Can Child Adolesc Psych Rev* 2005; 4: 106-13.
13. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about pres-

- cribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosomatic Res* 1999; 47: 555-67.
14. Shaw R, DeMaso D. Adherencia a Tratamiento. En: *Consulta Psiquiátrica en Pediatría. En niños y adolescentes con enfermedad orgánica*. Editorial Médica Panamericana 2009; 227-42.
 15. Janz N K, Becker M H. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984; 11: 1-47.
 16. Meredith L, Stein B, Paddock S, Jaycox L, Quinn V, Chandra A, *et al*. Perceived Barriers to Treatment for Adolescent Depression. *Med Care* 2009; 47: 677-85.
 17. Munson M, Floersch J, Townsend L. Are Health Beliefs Related to Adherence Among Adolescents with Mood Disorders? *Adm Policy Ment Health* 2010; 37: 447-66.
 18. Munson M, Floersch J, Townsend L. Attitudes Toward Mental Health Services and Illness Perceptions Among Adolescents with Mood Disorders. *Child Adolesc Soc Work J* 2009; 26: 447-66.
 19. Charach A, Volpe T, Boydell K, Gearing R. Theoretical Approach to Medication Adherence for Children and Youth with Psychiatric Disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16 : 126-35.
 20. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S, Grover S. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 482-8.
 21. Bender BG. Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to asthma: the role of mental health status. interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunol Allergy Clin North Am* 2005; 25: 107-30.
 22. Berstein G, Anderson L, Hektner J, Realmuto G. Imipramine Compliance in Adolescents *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 284-291.
 23. Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK. Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 866-9.
 24. Pande AC, Sayler ME. Adverse events and treatment discontinuations in fluoxetine clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 267-9.
 25. Zimmerman M, Galione JN, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, *et al* Underrecognition of clinically significant side effects in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 484-90.
 26. Uher R, Farmer A, Henigsberg N, Rietschel M, Mors O, Maier W, *et al*. Adverse reactions to antidepressants. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 202-10.
 27. van Geffen EC, van der Wal SW, van Hulten R, de Groot MC, Egberts AC, Heerdink E R. Evaluation of patients' experiences with antidepressants reported by means of a medicine reporting system. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 1193-9.
 28. Goethe JW, Woolley SB, Cardoni AA, Woznicki BA, Piez DA. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: side effects and other factors that influence medication adherence. *J Clin Psychopharmacol* 2007; 27: 451-8.
 29. Elliot R. Poor adherence to anti-inflammatory medication in asthma: reasons, challenges, and strategies for improved disease management. *Dis Manage Health Outcomes* 2006; 14: 223-33.
 30. The diabetes Control and Complications trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.
 31. Marcus SC, Wan GJ, Kemner JE, Olfson M. Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 572-8.
 32. Greening L, Stoppelbein L, Reeves C. A model for promoting adolescents' adherence to treatment for type 1 diabetes mellitus. *Children's Health Care* 2006; 35: 247-67.
 33. Zindani G, Streetman D, Nasr S. Adherence to treatment in children and adolescent patients with cystic fibrosis. *J Adol Health* 2006; 38: 13-7.
 34. Wysocki T, Gavin L. Paternal involvement in the management of pediatric chronic diseases: associations with adherence, quality of Life and Health Status. *J Ped Psychology* 2006; 31: 501-11.
 35. Lewandowski A, Drotar D. The Relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. *J Ped Psychology* 2007; 32: 427-36.
 36. Tamburrino M, Nagel R, Chahal M, Lynch D.

- Antidepressant medication adherence: A study of primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009; 11: 205-11.
37. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press. 2002.
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Trans-theoretical therapy-toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Res Practice* 1982; 19 (3): 276-88.

Correspondencia:

Dr. Bernardo Pacheco P.
Departamento de Psiquiatría, Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Avenida Camino El Alba 12351. Las Condes.
Fono: 7548873 - Fax: 7548878
E-mail: bejupa@vtr.net