



REVISIÓN

Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia

Francisco Acosta^{a,*}, Luciano Rodríguez^b y Beatriz Cabrera^b

^a Servicio de Salud Mental, Dirección General de Programas Asistenciales, Gran Canaria, Canarias, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Gran Canaria, Canarias, España

Recibido el 26 de junio de 2012; aceptado el 29 de agosto de 2012

Disponible en Internet el 10 de octubre de 2012

PALABRAS CLAVE

Creencias;
Antidepresivos;
Psicoterapia;
Tratamiento;
Depresión;
Adherencia

KEYWORDS

Beliefs about illness;
Antidepressants;
Psychotherapy;
Treatment;
Depression;
Treatment adherence

Resumen Las creencias y actitudes frente al tratamiento en los pacientes con depresión son factores de incuestionable importancia para la adherencia al tratamiento. A pesar de su importancia, aún existen pocos estudios que hayan evaluado los factores determinantes de las creencias y actitudes negativas o positivas frente al tratamiento. En esta revisión se abordan las áreas de la adherencia al tratamiento antidepresivo y a la psicoterapia, la influencia de las creencias y actitudes frente al tratamiento sobre la adherencia, las creencias y actitudes frente a la depresión y sus tratamientos, su evaluación, las variables relacionadas con estas creencias, y las limitaciones de los estudios disponibles. La consideración y evaluación de las creencias de los pacientes respecto a la depresión y los tratamientos es esencial para optimizar las posibilidades de éxito de la terapia mediante la identificación y abordaje de concepciones erróneas, prejuicios y actitudes negativas, así como la consideración de estos aspectos en la elección del tratamiento.

© 2012 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Beliefs about depression and its treatments: Associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment

Abstract Beliefs and attitudes about treatment in patients with depression are significant factors related to treatment adherence. Despite their importance, few studies have evaluated the determining factors of these beliefs, and the positive or negative attitudes towards treatment. This review looks at areas such as, adherence to antidepressants and psychotherapy, influence of beliefs and attitudes on adherence to treatment, beliefs and attitudes about depression and its treatment, their assessment, variables associated with these beliefs, and limitations of available studies. Acknowledging the importance of patient beliefs about depression and treatment, and their assessment are essential to optimize the chances of success of therapy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjacostaartiles@hotmail.com (F. Acosta).

by identifying and addressing misconceptions, prejudices and negative attitudes, as well as the consideration of these aspects in order to improve treatment choice.

© 2012 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes e invalidantes en la población general, con importantes consecuencias a nivel individual, familiar y socioeconómico, siendo la adherencia al tratamiento uno de los factores claves en la recuperación y un posterior resultado clínico más favorable^{1,2}. Por su parte, las creencias sobre la depresión y el tratamiento, tanto psicofarmacológico como psicoterapéutico, han sido consideradas como una de las principales variables asociadas a la adherencia al tratamiento con antidepresivos. A su vez, los factores determinantes de las creencias son múltiples, incluyendo factores sociodemográficos y culturales, y factores propios de la enfermedad, entre otras³.

En esta revisión se abordan las áreas de la adherencia al tratamiento antidepresivo y a la psicoterapia; la influencia de las creencias y actitudes frente al tratamiento sobre la adherencia; las creencias y actitudes hacia la depresión, el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia; su evaluación y las limitaciones de los estudios disponibles. Aunque no como apartado independiente, también se señalan los hallazgos más relevantes de las variables relacionadas con estas creencias.

Adherencia al tratamiento antidepresivo

Se estima que la no-adherencia a la medicación antidepresiva oscila entre el 30-60%⁴. Entre sus consecuencias se ha señalado el aumento de la tasa de recaídas y recurrencias^{1,2}. A pesar de que el 49-84% de los pacientes perciben la necesidad de tratamiento antidepresivo³, un tercio abandona el tratamiento a los 3 meses tras encontrarse mejor⁵; a los 6 meses, la tasa de no-adherencia alcanza el 55%⁶. Llamativamente, solo el 1-2% de las publicaciones dedicadas al tratamiento de los trastornos afectivos exploran los factores asociados con la no-adherencia a la medicación⁷.

La no-adherencia es un fenómeno multifactorial. Los factores de riesgo se han agrupado en varias categorías: relacionados con el paciente, la enfermedad, la medicación, el médico y la asistencia sanitaria, y la familia y sociedad⁸. Los factores más establecidos han sido las actitudes de los pacientes y las creencias de salud incluyendo el estigma percibido hacia la depresión, las actitudes y creencias sobre la depresión y la medicación del paciente y la familia, la deficiente relación terapéutica médico-paciente o psicoterapeuta-paciente, y la no-adherencia previa. Otros factores señalados han sido los efectos secundarios de la medicación, el peor nivel educativo y económico (especialmente en las primeras etapas del tratamiento), no estar

casado, la depresión en sí misma, los olvidos, determinados rasgos de personalidad, abuso de sustancias, comorbilidad médica y síntomas somatomorfos^{7,8}. La psicoeducación⁹ y la toma de decisiones de forma conjunta con el paciente¹⁰ son factores relevantes para la mejora de la adherencia. Por su parte, el empleo se ha asociado a una red social mayor, y a una mejor actitud hacia el tratamiento farmacológico y adherencia a este¹¹.

Por otra parte, tanto el grado de no-adherencia como los factores de riesgo pueden variar según el momento evolutivo. La discontinuación temprana se asocia con los efectos secundarios y con la percepción de la medicación como inefectiva. Los pacientes en la fase de mantenimiento, por definición menos deprimidos, disminuyen la adherencia con la mejoría clínica, y tienden a creer que no necesitan la medicación durante más tiempo o estar menos dispuestos a continuar tolerando los efectos adversos antes aceptables, tales como la disfunción sexual¹². Por su parte, la adherencia es mayor en los casos de sintomatología más grave y predisponiendo al no inicio del tratamiento en los casos más leves¹³.

Adherencia a la psicoterapia

La no-adherencia es un fenómeno frecuente en el proceso psicoterapéutico¹⁴, situándose según metaanálisis entre el 35%¹⁵ y 47%¹⁴, pudiendo sobrepasar el 60% cuando se evalúa la no asistencia a la primera cita de toma de contacto^{16,17}. En otros estudios, solo el 11% completaron la terapia¹⁸, y solo el 10% llegaron a la décima sesión¹⁹. Esta no adherencia se produce en todos los trastornos, programas de tratamiento, tipos y formatos de terapia²⁰.

Existen muy pocos estudios que hayan evaluado la adherencia en psicoterapia⁷. Así, en la depresión, apenas se han realizado estudios²¹, y la mayor parte se han centrado en características sociodemográficas.

Los hallazgos sobre los factores de riesgo para la no-adherencia no han sido concluyentes. Los múltiples factores se han englobado en varias áreas: paciente, relación terapéutica, contexto, tipo de psicoterapia y expectativas hacia la terapia²². Sin embargo, existe unanimidad en que la relación terapéutica, y especialmente la alianza terapéutica, es un aspecto fundamental para la adherencia, y un aspecto esencial, pero no curativo en sí mismo, para el éxito de la psicoterapia^{23,24}.

Influencia de las creencias y actitudes frente al tratamiento sobre la adherencia

Las creencias negativas sobre la medicación⁷ y la enfermedad²⁵ son un factor importante para la no-adherencia. Por contra, las actitudes positivas respecto a

los antidepresivos se asocian a un mayor uso activo de los servicios de salud mental²⁶. La actitud positiva ante el tratamiento farmacológico fue el principal predictor de adherencia en un estudio prospectivo²⁷. En pacientes con depresión, las creencias específicas como «mi salud depende de los antidepresivos» y la menor preocupación de depender de estos se han asociado fuertemente con la adherencia. Las creencias de que los medicamentos causan daño, que son sobre-prescritos, el experimentar efectos adversos y la mayor gravedad de la depresión se asociaron a una deficiente adherencia²⁸. La principal creencia negativa hallada consistentemente sobre los antidepresivos ha sido el creer que pueden causar adicción³. Otros autores no han hallado asociación entre las creencias de necesidad de tratamiento y una mayor adherencia, pero sí entre la preocupación por la medicación y la no-adherencia²⁹. Las actitudes positivas hacia los antidepresivos se han asociado al uso de antidepresivos, siendo la educación del paciente sobre los antidepresivos una variable mediadora entre ambos³⁰. En esta línea, en ensayos clínicos se ha hallado mayor adherencia en los pacientes que recibieron asesoramiento sobre el tratamiento frente a los que no³¹, y cambios positivos en las creencias sobre los antidepresivos, en los pacientes que recibieron un programa de intervención que incluía la psicoeducación sobre el tratamiento antidepresivo, frente al seguimiento sistemático estándar³². Los pacientes con más conocimientos sobre la depresión y los antidepresivos, y menor estigma percibido se adhirieron mejor al tratamiento³³. Una de las dificultades en el estudio del estigma y su influencia en la adherencia es la diferenciación entre el estigma relacionado con el tratamiento antidepresivo del relacionado con la depresión³⁴. Como componentes del estigma en pacientes con depresión, se han identificado las creencias de que otros pensarán que la persona era la responsable de padecerla, que no es deseable tener cerca a estas personas, y que pueden constituir un peligro³⁵.

Diversos modelos han tratado de dar un sustento explicativo coherente a las complejas interacciones entre los diversos factores implicados.

El *modelo teórico de Horne* distingue entre creencias sobre la medicación en general y creencias sobre la específicamente prescrita. Estas últimas comprenden 2 constructos: necesidad percibida para la medicación (necesidad) y potencial percibido de la medicación para causar problemas (preocupación)³⁶. Las creencias sobre la medicación en general parecen ser más relevantes para la adherencia al inicio del tratamiento³⁷. En esta fase aguda se producen cambios en las creencias sobre los antidepresivos. Las percepciones se vuelven más pro-adherentes conforme los pacientes van teniendo experiencia con el tratamiento, al aumentar las percepciones de necesidad del tratamiento y debilitarse las de su potencial dañino. Las creencias en la peligrosidad predicen la posterior aparición de efectos secundarios, y la aparición de efectos secundarios refuerza la creencia en la peligrosidad³⁸. En la fase de mantenimiento, los diferentes grados de adherencia se explican por el balance entre las percepciones de necesidad y daño potencial, siendo la adherencia menor cuando el daño percibido supera a la necesidad percibida, y alta cuando la necesidad percibida supera al daño percibido¹².

El *modelo de creencias de salud* postula que los determinantes principales de la búsqueda de tratamiento y

adherencia son las creencias sobre la susceptibilidad a un problema de salud y su gravedad, la efectividad del tratamiento, los beneficios percibidos y las barreras al tratamiento³⁹. Tales creencias pueden ser especialmente importantes en los trastornos mentales, con frecuencia estigmatizados y no bien comprendidos⁴⁰. La adherencia se correlaciona con las creencias del paciente sobre la gravedad de la enfermedad que debe ser tratada o prevenida²⁵. Se han identificado 4 estados de posicionamiento subjetivo según la «necesidad percibida» y «percepción del daño» en pacientes deprimidos: *escépticos*, aquéllos que consideran una baja necesidad de tratamiento y con altas preocupaciones de daño en relación al tratamiento; *ambivalentes*, los que perciben altas necesidades y preocupaciones; *indiferente*, los que valoran como bajas la necesidad y las preocupaciones de daño; y los de *aceptación*, percibiendo alta necesidad y bajas preocupaciones¹².

Creencias y actitudes hacia la depresión, la medicación y la psicoterapia

Creencias sobre la depresión

Las áreas estudiadas han sido la etiología de la depresión, la utilidad de los tratamientos, la búsqueda de ayuda y el estigma percibido. Las creencias sobre las causas de la depresión son mayoritariamente de tipo no biológica, psicológica o ambiental³. Sin embargo, mientras que la población general y los pacientes afectados de trastornos depresivos más leves aluden a causas o factores externos (reactivos a dificultades interpersonales y estrés), los pacientes más graves tienden a aludir a una etiología biológica y a depositar más confianza en el tratamiento farmacológico. Por su parte, las personas que sufren depresión suelen tener más creencias positivas sobre el tratamiento que los sanos³. Las causas de la depresión más comúnmente mencionadas son el estrés asociado al trabajo, seguido de la personalidad y la situación familiar, dando razones biológicas solo el 3,6% de los encuestados⁴¹. Sin embargo, se ha observado una evolución en los últimos años (1996-2006) de las creencias sobre el origen, dirigiéndose el cambio hacia un marco más biomédico. Estos cambios podrían justificarse en función de campañas televisivas en relación con la depresión, y también con el marketing dirigido al cliente que las compañías farmacéuticas realizan en Estados Unidos⁴².

Hasta 2 tercios de los encuestados en España consideran la depresión como una enfermedad y el resto como un estado de ánimo. El 80% la consideraba una enfermedad de carácter psicológico o mental y de forma unánime de tipo crónico. Las causas más nombradas fueron los problemas laborales, familiares, económicos, estrés, pérdida de un ser querido y soledad, confundiendo los desencadenantes con las causas⁴³.

Las creencias sobre la depresión son uno de los factores asociados a la petición de ayuda profesional. El estigma asociado a la depresión es frecuente⁴⁴; las creencias de condición estigmatizante y de que uno mismo debería ser capaz de controlar el propio estado depresivo se asocian al no comentar los síntomas al médico⁴⁵. Los grupos más vulnerables serían aquellas categorías etarias extremas, los jóvenes y ancianos, dada la menor percepción de enfermedad y la

atribución de dificultades a fases «normalizadas» de la vida del individuo; dicha creencia se extiende incluso a médicos de Atención Primaria, entre los que se han identificado dificultades para la instauración de tratamiento en estos grupos⁴⁶.

Las creencias sobre las causas de la depresión influyen sobre las preferencias de tratamiento de los pacientes, y en la asignación a un tipo de tratamiento u otro. La preferencia de psicoterapia se asocia a la atribución de la etiología a problemas en la infancia y a etiologías más complejas que aquellos que prefieren tratamiento con fármacos⁴⁷. La atribución a causas intraindividuales se asocia a asignación a terapia cognitivo conductual, mientras que la atribución a causas biológicas se asocia a tratamiento psicofarmacológico⁴⁸. Las creencias en causas biomédicas de la depresión se asocia fuertemente a la preferencia por tratamiento antidepresivo⁴⁹. Por su parte, una creencia en modelos no médicos interferiría en el tratamiento biomédico estándar, pues se rechazaría por estimarlo poco útil o incluso nocivo⁵⁰.

Creencias sobre los antidepresivos

Las principales creencias negativas sobre los antidepresivos son las posibilidades adictivas (en especial en los varones), la sobremedicación y la prescripción abusiva de los antidepresivos⁵¹.

Más de 2 tercios de la población encuestada en España mostró creencias sobre la dependencia causada por los antidepresivos, siendo el principal efecto adverso alegado para no tomarlos durante largo tiempo⁴³. Similares hallazgos se obtuvieron en pacientes mayores de 60 años deprimidos, con actitudes negativas al tratamiento. Los 2 principales motivos para la resistencia a tomar tratamiento antidepresivo fueron el temor a la dependencia y la resistencia a ver los síntomas depresivos como una enfermedad médica⁵². Por su parte, los adolescentes preferían la psicoterapia sobre los fármacos, y los principales efectos adversos que les dificultarían la adherencia al tratamiento antidepresivo fueron el aumento de peso en las chicas y los sexuales en los chicos⁵³. Los pacientes con trastorno depresivo parecen tener una visión más negativa de los antidepresivos que aquellos con trastorno bipolar⁵⁴.

Basándose en el modelo de Horne, se ha hallado que la *necesidad* de tratamiento antidepresivo se asocia con mayor edad, mayor gravedad de los síntomas depresivos, expectativa de una mayor duración de los síntomas y atribución de estos a un desequilibrio químico, mientras que la creencia de *nocividad* del tratamiento se asocia al no haber tomado antes antidepresivos, a la atribución de los síntomas a factores aleatorios y al entendimiento deficiente de los síntomas depresivos⁵⁵.

Resulta difícil diferenciar las creencias estigmatizantes relacionadas con la depresión de aquellas relacionadas con los antidepresivos. Resistirse o rechazar el uso de antidepresivos podría ser una manera de no ser etiquetado como mentalmente enfermo⁵⁶. En algunos casos la depresión es vista como un signo de debilidad, y los antidepresivos como indicados en los «psíquicamente débiles» o «aquellos incapaces de afrontar sus problemas emocionales»^{43,57}.

Creencias sobre la psicoterapia vs. medicación

La preferencia por la psicoterapia frente a la medicación está consistentemente establecida, hallándose en estudios de pacientes con depresión, pacientes de atención primaria y la población general³. Esta preferencia se ha hallado en la población general española incluso en relación con la esquizofrenia y el trastorno bipolar⁵⁸. Los factores asociados a esta preferencia incluyen el sexo femenino, mayor conocimiento de la psicoterapia o experiencia previa con esta, baja laboral pagada, y no haber tenido un reciente tratamiento antidepresivo³. Los pacientes con afección grave perciben también utilidad de la coterapia farmacológica y psicoterapéutica³, de la que puedan aprender mecanismos de afrontamiento, cambiar patrones de pensamiento, pautas de afrontamiento de estrés y relaciones difíciles^{59,60}. Esta preferencia se mantiene en la actualidad, incluyendo los países desarrollados, aunque progresivamente ha habido un ascenso en la valoración positiva de los psicofármacos, coincidiendo con mayores tasas de petición de ayuda por parte de los pacientes deprimidos⁶¹. Así, las personas familiarizadas con el tratamiento de una depresión tendieron a estar más dispuestos a recomendar la búsqueda de ayuda por profesionales de salud mental, y a aprobar diversas opciones de tratamiento, especialmente la medicación⁶². Esta correlación positiva en la utilidad percibida de tratamiento y la posibilidad de ayuda por parte de profesionales de salud mental aparece más frecuentemente en mujeres⁶³, en pacientes sin pareja (separados, divorciados o viudos), en aquellos que han recibido tratamiento psiquiátrico previo⁶⁰, y en pacientes con afección más grave; mientras que para la población general o pacientes afectados con afección más leve se da una mayor importancia de la figura de la familia como apoyo y de los trabajadores sociales o consejeros frente a los profesionales de salud mental³. Por su parte, la eficacia percibida de estos tipos de tratamientos también es favorable a la psicoterapia en la población general y en los pacientes de Atención Primaria, especialmente en el caso de varones y población anciana. En el caso de los pacientes deprimidos los estudios han sido heterogéneos, unos favorables a la psicoterapia y otros a la medicación³. Los síntomas de los trastornos de la personalidad del cluster B se han asociado a una actitud negativa frente a la psicoterapia y deficiente adherencia a la misma en pacientes con depresión mayor, mientras que los síntomas de los trastornos de personalidad del cluster C se asociaron a una actitud positiva¹¹.

Evaluación

Dada la importancia de las creencias y actitudes sobre la adherencia, resulta necesario que estos aspectos se evalúen en todos los pacientes. Si bien la forma más habitual será la evaluación en el contexto de la entrevista clínica, existen escalas psicométricas disponibles, algunas de las cuales están validadas en España.

Dado que diversos factores pueden afectar a la validez de las actitudes referidas por el paciente respecto a la medicación, como determinados síntomas, la deseabilidad social y el estigma, se ha recomendado la utilización de entrevistas simplificadas, la evaluación en estabilidad o con síntomas mínimos, y evitar administrar evaluaciones

estigmatizantes (por ejemplo, una escala de evaluación de síntomas) cuando se evalúe la adherencia⁶⁴.

El *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ)⁶⁵ se diseñó para evaluar las creencias sobre la medicación. Se compone de 2 escalas; una que evalúa creencias sobre la medicación en general (BMQ-general) y otra escala que valora las opiniones del paciente sobre su tratamiento específico (BMQ-específico). Existe una versión validada en España. Su estudio de propiedades psicométricas realizado sobre pacientes crónicos, hipertensos, diabéticos y estudiantes universitarios, mostró una buena validez y fiabilidad, si bien sería recomendable realizar estudios en otras poblaciones y tipos de tratamiento⁶⁶.

La escala *Drug Attitude Inventory* (DAI)⁶⁷ se desarrolló para pacientes con esquizofrenia, si bien se ha utilizado en diversos trastornos psiquiátricos⁶⁴. Ha sido ampliamente utilizada. Evalúa actitudes, creencias y sentimientos en relación a la toma de medicación, así como el efecto subjetivo de los antipsicóticos y conciencia de enfermedad. La versión más utilizada es la reducida de 10 ítems⁶⁴. Existe una versión validada en español⁶⁸.

Existen otras escalas, aún sin validación en España, como la *Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs* (BEMIB)⁶⁹, la *Rating of Medication Influences* (ROMI)⁷⁰, ambas basadas en el modelo de creencias sobre la salud. La *Medication Adherence Rating Scale* (MARS)⁷¹ inicialmente desarrollada para un uso en pacientes con esquizofrenia y psicosis, evalúa la adherencia y las actitudes frente a la medicación.

Limitaciones de los estudios y dificultades metodológicas

En los estudios de creencias hacia la depresión y su tratamiento se utilizan con frecuencia cuestionarios realizados por los autores, no validados y difícilmente repetibles. Solo algunos han utilizado escalas validadas de creencias como el *Beliefs about Medicines Questionnaire* o el *Drug Attitude Inventory*^{12,27,55}. La mayoría de los estudios sobre adherencia han utilizado medidas de adherencia autorreferida, con lo cual la estimación de la misma probablemente esté siendo sobrevalorada, ya que la adherencia referida por los pacientes es el método menos válido⁶⁴, y tiende a ser mayor de la real⁷². Por otra parte, es difícil diferenciar en los artículos revisados aquellas creencias que se refieren solo a los antidepresivos de las que se refieren a los medicamentos psicotrópicos en general³⁴. En la misma línea, existe dificultad a la hora de separar el estigma percibido relacionado con la depresión del relacionado con el tratamiento antidepresivo. El estudio de las creencias sobre la depresión y su tratamiento, y las variables relacionadas con estas en muestras de pacientes deprimidos tiene el inconveniente de la influencia de la propia depresión en estas creencias. La existencia de depresión, síntomas depresivos³ y la mayor severidad de los mismos⁵⁵ se han hallado como factores influyentes en las creencias sobre la depresión y el tratamiento antidepresivo, por lo que es importante contar con estudios que evalúen estas creencias en ausencia de depresión.

Conclusiones

La no-adherencia es un fenómeno frecuente, tanto al tratamiento antidepresivo como a la psicoterapia, suponiendo un 30-60% en términos globales. Es un fenómeno multifactorial, y la evaluación de los factores de riesgo es básica para un posterior abordaje de los mismos. La no-adherencia a la psicoterapia aún está poco estudiada. Las creencias y actitudes frente a la medicación y la psicoterapia son un factor potencialmente influyente en la adherencia, que debe ser evaluado en todos los pacientes. Los factores causales que subyacen a estas creencias y actitudes son múltiples y aún poco estudiados. Cada paciente debe ser evaluado individualmente, ya que cada persona es única en su historia personal y su forma de concebir la depresión y su tratamiento. Las creencias negativas (concepciones erróneas, prejuicios), actitudes negativas y el posible estigma percibido hacia la medicación y/o la depresión deben ser identificadas y abordadas en el contexto de la terapia y una adecuada relación terapéutica, ya que pueden ser un factor importante para la no-adherencia, y la identificación de estas y de las preferencias del paciente puede orientar hacia la instauración del tipo de tratamiento. En términos globales, actualmente existe preferencia por la psicoterapia, si bien en los últimos años la valoración positiva de los psicofármacos ha aumentado, en consonancia con un desplazamiento hacia un marco biomédico en las creencias sobre la etiología de la depresión. Por otra parte, dado que las creencias y actitudes son cambiantes, influidas por diversos factores, deben ser evaluadas a lo largo de la evolución.

Las creencias de los pacientes sobre la depresión y su tratamiento son un factor esencial para la adherencia, tanto a la psicoterapia como a los psicofármacos, y por consiguiente para la evolución del trastorno. La búsqueda de la mejor adherencia posible debe procurarse en el contexto de una buena relación terapéutica, la evaluación de las creencias y actitudes frente a la medicación y la psicoterapia, el abordaje de aquellas creencias y actitudes negativas, la psicoeducación, y la consideración de las preferencias del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Melfi CA, Chawla AJ, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:1128-32.
2. Frank E, Perel JM, Mallinger AG, Thase ME, Kupfer DJ. Relationship of pharmacologic compliance to long-term prophylaxis in recurrent depression. *Psychopharmacol Bull*. 1992;28:231-5.
3. Prins MA, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression-the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1038-58.
4. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000;403:50-6.

5. Maddox JC, Levi M, Thompson C. The compliance with antidepressants in general practice. *J Psychopharmacol*. 1994;8:48-52.
6. Sawada N, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Kikuchi T, Handa T, et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. *BMC Psychiatry*. 2009;9:38.
7. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:164-72.
8. Touriño González R. La adherencia en los trastornos afectivos. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2009;9:49-66.
9. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Bush T, et al. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl. 1:S20-3.
10. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: the treatment and management of depression in adults (Updated edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, N.º. 90.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/> [consultado 17 Ago 2012].
11. Holma IAK, Holma KM, Melartin TK, Isometsä ET. Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder: a five-year prospective study. *J Affect Disord*. 2010;127:102-12.
12. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to maintenance-phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med*. 2005;3:23-30.
13. Van Geffen ECG, Heerdink ER, Hugtenburg JG, Siero FW, Egberts ACG, Van Hulst R. Patients' perceptions and illness severity at start of antidepressant treatment in general practice. *Int J Pharm Pract*. 2010;18:217-25.
14. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr*. 1993;24:190-5.
15. Sharf J. Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination. *Diss Abstr Int: Section B The Sciences and Engineering*. 2008;68:6336 (9-B).
16. Bachman RM. Better compliance: physicians making it happen. *Am Fam Physician*. 1993;48:717-8.
17. Nicholson IR. Factors involved in failure to keep initial appointments with mental health professionals. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:276-8.
18. Mosher-Ashley PM. Therapy termination and persistence patterns of elderly clients in a community mental health center. *The Gerontologist*. 1994;34:180-9.
19. Levenson H, Butler S, Bein E. Brief psychodynamic individual psychotherapy. En: Hales R, Yudofsky SC, Talbot J, editores. *Textbook of Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2002.
20. Roberts H. Neurotic patients who terminate their own treatment. *Br J Psychiatry*. 1985;146:442-5.
21. Ayuso-Mateos JL, Pereda A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL, Casey P, Lehtinen V, et al. Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community. *Psychol Med*. 2007;37:717-25.
22. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En: Garfield SL, Bergin AE, editores. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1986. p. 157-212.
23. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol*. 1991;38:139-49.
24. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología (Murcia, Spain)*. 2003;19:205-21.
25. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care*. 2007;45:521-8.
26. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry*. 2011;11:52.
27. Brook OH, Van Hout HPJ, Stalman WAB, De Haan M. Nontricyclic antidepressants: predictors of nonadherence. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26:643-7.
28. Fawzi W, Abdel Mohsen MY, Hashem AH, Moussa S, Coker E, Wilson KCM. Beliefs about medications predict adherence to antidepressants in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2012;24:159-69.
29. Russell J, Kazantzis N. Medication beliefs and adherence to antidepressants in primary care. *N Z Med J*. 2008;121:14-20.
30. Sun G-C, Hsu M-C, Moyle W, Lin M-F, Creedy D, Venturato L. Mediating roles of adherence attitude and patient education on antidepressant use in patients with depression. *Perspect Psychiatr Care*. 2011;47:13-22.
31. Peveler R, George C, Kinmonth AL, Campbell M, Thompson C. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ*. 1999;319:612-5.
32. Vergouwen AC, Burger H, Verheij TJ, Koerselman F. Improving patients' beliefs about antidepressants in primary care: a cluster-randomized controlled trial of the effect of a depression care program. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009;11:48-52.
33. Gabriel A, Violato C. The development and psychometric assessment of an instrument to measure attitudes towards depression and its treatments in patients suffering from non-psychotic depression. *J Affect Disord*. 2010;124:241-9.
34. Castaldelli-Maia JM, Scomarini LB, De Andrade AG, Bhugra D, De Toledo Ferraz Alves TC, D'Elia G. Perceptions of and attitudes toward antidepressants: stigma attached to their use—a review. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:866-71.
35. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health*. 2009;9:61.
36. Horne RE. Treatment perception and self-regulation. En: Cameron LD, Leventhal H, editores. *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge; 2003. p. 138-53.
37. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care*. 1995;33:67-74.
38. Aikens JE, Klinkman MS. Changes in patients' beliefs about their antidepressant during the acute phase of depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:221-6.
39. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984;11:1-47.
40. Edlund MJ, Fortney JC, Reaves CM, Pyne JM, Mittal D. Beliefs about depression and depression treatment among depressed veterans. *Med Care*. 2008;46:581-9.
41. Hansson M, Chotai J, Bodlund O. Patients' beliefs about the cause of their depression. *J Affect Disord*. 2010;124:54-9.
42. Blumner KH, Marcus SC. Changing perceptions of depression: ten-year trends from the general social survey. *Psychiatr Serv*. 2009;60:306-12.
43. Comas A, Álvarez E. Knowledge and perception about depression in the Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32:371-6.
44. Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:311-5.
45. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, García E, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med*. 2011;9:439-46.
46. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. Justifiable depression: how primary care

- professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006;23:369–77.
47. Khalsa SR, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP. Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *J Clin Psychol.* 2011;67:539–49.
 48. Schweizer S, Peeters F, Huijbers M, Roelofs J, Van Os J, Arntz A. Does illness attribution affect treatment assignment in depression? *Clin Psychol Psychother.* 2010;17:418–26.
 49. Fernández Y, García E, Franks P, Jerant A, Bell RA, Kravitz RL. Depression treatment preferences of Hispanic individuals: exploring the influence of ethnicity, language, and explanatory models. *J Am Board Fam Med.* 2011;24:39–50.
 50. Srinivasan J, Cohen NL, Parikh SV. Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation. *Can J Psychiatry.* 2003;48:493–5.
 51. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self-reported adherence. *Med Care.* 2005;43:1203–7.
 52. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott K, Zubritsky C, Oslin DW, et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2006;21:146–51.
 53. Bradley KL, McGrath PJ, Brannen CL, Bagnell AL. Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment. *Community Ment Health J.* 2010;46:242–51.
 54. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med.* 2005;35:1205–13.
 55. Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS. Explaining patients' beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Ann Fam Med.* 2008;6:23–9.
 56. Malpass A, Shaw A, Sharp D, Walter F, Feder G, Ridd M, et al. "Medication career" or "moral career"? The two sides of managing antidepressants: a meta-ethnography of patients' experience of antidepressants. *Soc Sci Med.* 2009;68:154–68.
 57. Interian A, Martínez IE, Guarnaccia PJ, Vega WA, Escobar JI. A qualitative analysis of the perception of stigma among Latinos receiving antidepressants. *Psychiatr Serv.* 2007;58:1591–4.
 58. Ruiz MÁ, Montes JM, Correias Lauffer J, Álvarez C, Mauriño J, De Dios Perrino C. Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:98–106.
 59. Bann CM, Parker CB, Bradwejn J, Davidson JRT, Vitiello B, Gadde KM. Assessing patient beliefs in a clinical trial of hypericum perforatum in major depression. *Depress Anxiety.* 2004;20:114–22.
 60. Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ, Rost KM, Meredith LS, Rubenstein LV, et al. The acceptability of treatment for depression among African-American Hispanic, and white primary care patients. *Med Care.* 2003;41:479–89.
 61. Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35:211–9.
 62. Holzinger A, Matschinger H, Angermeyer MC. What to do about depression? Help-seeking and treatment recommendations of the public. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2011;20:163–9.
 63. Rokke PD, Scogin F. Depression treatment preferences in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology.* 1995;1:243–57.
 64. Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G. Measurement of psychiatric treatment adherence. *J Psychosom Res.* 2010;69:591–9.
 65. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health.* 1999;14:1–24.
 66. Beléndez Vázquez M, Hernández Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez fiabilidad de la versión española del Beliefs About Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7:767–79.
 67. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med.* 1983;13:177–83.
 68. Robles García R, Salazar Alvarado V, Páez Agraz F, Ramírez Barreto F. Assessment of drug attitudes in patients with schizophrenia: psychometric properties of the DAI Spanish version. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32:138–42.
 69. Dolder CR, Lacro JP, Warren KA, Golshan S, Perkins DO, Jeste DV. Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol.* 2004;24:404–9.
 70. Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, et al. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1994;20:297–310.
 71. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res.* 2000;42:241–7.
 72. Acosta FJ, Bosch E, Sarmiento G, Juanes N, Caballero-Hidalgo A, Mayans T. Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophr Res.* 2009;107:213–7.