

PERCEPCIÓN DE MUJERES CONSULTANTES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN¹

PERCEPTION OF FEMALE PATIENTS IN A PRIMARY CARE SERVICE REGARDING QUITTING THE TREATMENT OF DEPRESSION

MARIA ELENA NEIRA R.*

FÉLIX COVA S.**

GABRIELA NAZAR C.***

LORENA PARRA L.****

NÉSTOR ORTIZ R.*****

RESUMEN

El tratamiento oportuno de los trastornos depresivos es considerado una prioridad sanitaria. Un obstáculo en el logro de este propósito es la baja adherencia o el abandono del tratamiento que realizan algunos consultantes. El objetivo de esta investigación fue comprender la percepción de personas que desertaron de su tratamiento en atención primaria respecto de los factores que motivaron ese abandono. Investigación de orientación cualitativa. Las participantes fueron mujeres entre 18 y 65 años, diagnosticadas de depresión, que ingresaron y abandonaron el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en el primer semestre del año 2008 y año 2009 en dos centros de salud familiar de la Octava Región, Chile. Se realizaron 15 entrevistas en profundidad semiestructuradas, las que fueron codificadas y analizadas a través del método de comparación constante. Las principales razones de abandono del tratamiento se concentraron en la existencia de obstáculos en el acceso o continuidad de la atención y en aspectos relacionados con una percepción negativa del tratamiento recibido, especialmente del farmacológico, pero también del psicológico. Se observó en las consultantes que su implicación en el tratamiento era baja debido a desconocimiento del diagnóstico recibido o una discordancia entre el tratamiento recibido respecto a sus expectativas y creencias. Estos resultados indican que los profesionales de la enfermería podrían tener un rol clave en favorecer la permanencia de los consultantes en el tratamiento al poner una mayor consideración de las expectativas, creencias y necesidades de los propios consultantes.

Palabras clave: Depresión, cooperación del paciente, pacientes desistentes del tratamiento, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Early treatment of depressive disorders is considered a health priority. One obstacle in achieving this purpose is the low adherence or abandonment of treatment performed by some consultants. The aim of this research is to understand the perception of people who deserted their treatment in primary care settings on the factors that led to the abandonment. The research uses an inductive strategy and qualitative approach as methodological basis. Participants were women aged 18 to 65 years, diagnosed with depression, who entered and left the National

¹ Publicación derivada de Tesis de Magíster Psicología de la Salud, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

* Enfermera, Profesora Universidad San Sebastián, Concepción, Chile. E-mail: mariaelenaneira@hotmail.com

** Psicólogo. Profesor Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: fecova@udec.cl

*** Psicóloga. Profesora Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: gnazar@udec.cl

**** Enfermera. Profesora Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile. E-mail: lorena.parra@unab.cl

***** Enfermero. Profesor Universidad de Concepción, Concepción, Chile. E-mail: nortiz@udec.cl

Program for Diagnosis and Treatment of Depression in the first half of 2008 and 2009 in two family care centers at the 8th Region, Chile. A total of 15 in-depth interviews were conducted and thereafter analyzed using the constant comparison method. The reasons for the abandonment referred to obstacles in the access and lack of continuity in the treatment, as well as factors related to negative perception of the treatment not only the pharmacological but also the psychological one. It was observed that consultants' involvement in treatment was low due to scarce knowledge of their diagnosis received or a discrepancy between the treatment received regarding their expectations and beliefs. These results indicate that nurses could play a key role in improving the adherence to the treatment by considering patients' expectations, beliefs and needs.

Key words: Depression, patient compliance, patients dropouts, primary health care.

Fecha recepción: 27/07/10 Fecha aceptación: 03/06/12

INTRODUCCIÓN

Dada su alta frecuencia y el impacto que tienen en la vida de las personas, los trastornos depresivos son considerados una prioridad sanitaria en el mundo (1-3). En Chile, la existencia del Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión y la incorporación de estos trastornos al sistema de Garantías Explícitas en Salud ha implicado un esfuerzo relevante desde una perspectiva de salud pública en esta materia. Estas iniciativas le han dado a la atención primaria un rol muy relevante en la intervención respecto de este problema (4, 5). El tema de la depresión preocupa a todo el equipo de salud, es así como en los profesionales de enfermería que trabajan en la atención primaria de salud, cobra importancia el poder conocer el manejo terapéutico de las usuarias que están con depresión, ya que no siempre el motivo de consulta es directo sino que aparece en otras instancias como el control de salud de sus hijos o de otros familiares (6-8). En la actualidad, el Ministerio de Salud en Chile le ha dado importancia a la pesquisa precoz de síntomas depresivos en las diferentes etapas del ciclo vital durante las actividades propias de enfermería, a través de la entrevista y aplicación de instrumentos validados que permitan realizar un screening en la población más vulnerable como son madres de hijos

menores de un año, adolescentes, adultos y adultos mayores (2, 9). La depresión se presenta en mayor porcentaje en mujeres que en hombres. Esto se ha demostrado en diversos estudios internacionales como nacionales (10-15).

Una vez que se ha pesquisado y diagnosticado depresión, la baja adherencia a los tratamientos y el abandono de éstos es uno de los desafíos en el abordaje de los trastornos depresivos en el mundo. Una baja adherencia se relaciona con dificultades en lograr la mejoría de los usuarios, lo que más tarde puede traducirse en recaídas, en aumento de los años vividos con discapacidad y mayores costos para la salud (16-19). En Chile y específicamente en el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión, existen estudios que muestran tasas de abandono de los tratamientos antidepresivos en atención primaria de 19% (20) y la impresión de muchos profesionales es que en ciertos contextos es aún más alta.

La adherencia o no adherencia a los tratamientos puede ser afectada por diversas situaciones (21, 22). Entre los que han sido más destacados e investigados están: tipo de enfermedad, donde se observa una menor adherencia en enfermedades crónicas; el régimen de tratamiento que debe cumplir siendo menor la adherencia si los requisitos para llevar adecuadamente dicho tratamiento son muchos o muy complejos, así como

también el costo económico que implique, la duración y la forma en que alterará su estilo de vida (23, 24).

Dentro de las realidades que influyen favorablemente en la adherencia a tratamiento se encuentran algunas características de los pacientes; entre éstas destacan el apoyo social de familiares y amigos, estado de ánimo positivo y tener expectativas optimistas (25).

Por otro lado las actitudes y comportamientos de los médicos y profesionales de la salud, en particular las habilidades para poder comunicar de manera efectiva las indicaciones, también colaboran con la adherencia y la satisfacción de los usuarios.

Otras características que influyen en la adherencia y mantención del tratamiento son las creencias de los consultantes en torno a la enfermedad y al tratamiento, la valoración de los servicios recibidos, el grado de satisfacción usuaria, la forma en que se organiza y se entrega la atención como disponibilidad de fármacos y seguimiento de casos (26, 27). Un estudio realizado en seis centros de atención primaria de distintos países mostró que las barreras más comunes informadas por los pacientes para el seguimiento de los tratamientos fueron los costos del tratamiento, la preocupación por las reacciones adversas de los medicamentos, como también el estigma relacionado con el tratamiento (28). Los temores respecto de los medicamentos y los efectos secundarios de éstos ha sido destacado como uno de los factores más influyentes en el abandono de los tratamientos antidepresivos (29).

Es interesante destacar que la mayoría de la investigación respecto a la adherencia a los tratamientos de la depresión se refiere a tratamientos farmacológicos. Algunos estudios indican que la adherencia de los consultantes está influida por el tipo de tratamiento que prefieren y que, en muchos casos, la opción por alternativas psicológicas es mayor (30).

El estudio del abandono en el Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión identificó como principales causas

de abandono las siguientes: razones personales, destacándose la “falta de tiempo”, “tener otra cosa que hacer”; y características del tratamiento, como las de “tener que participar en grupos” o de “tomar remedios” (20).

El objetivo de la investigación fue comprender la percepción de mujeres que desertaron de su tratamiento en el Programa Nacional de Depresión en atención primaria, respecto de los factores que motivaron el abandono de éste.

MATERIAL Y MÉTODO

En esta investigación se utilizó una metodología cualitativa. Se entrevistaron a 15 mujeres ingresadas al Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en atención primaria en 2 centros de la Octava Región. Ellas fueron seleccionadas entre las consultantes que cumplieron con los siguientes perfiles: ser mujer mayor de 18 años, diagnosticadas de depresión en el segundo semestre de 2008 o primer trimestre de 2009, y que fueron declaradas en abandono por el programa al finalizar el tercer trimestre de 2009.

El criterio de abandono utilizado fue el empleado en los propios Centros de Salud: consultantes inasistentes a control por más de seis meses en el centro de Salud de Atención Primaria.

A cada una de las entrevistadas se les explicó el objetivo de estudio, su forma de participación y se les aclaró que podían abandonarlo en el momento en el que les pareciera conveniente, después de lo cual se le solicitó firmar el documento de consentimiento informado.

Recolección y análisis de la información

Se realizaron entrevistas en profundidad. La pauta de entrevista fue elaborada específicamente para esta investigación e incluyó los

siguientes ámbitos de exploración: a) antecedentes del abandono del programa, b) percepción del diagnóstico y tratamiento recibido, c) percepción de la enfermedad, d) percepción de su estado anímico y bienestar; y e) percepción relación equipo de salud-usuario. La pauta de entrevista fue sometida previamente al juicio de dos expertos. Previo a su aplicación definitiva, se realizó una aplicación piloto en dos participantes que cumplieron los mismos perfiles, debiendo realizársele ajustes menores.

Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora. Fueron realizadas por dos entrevistadores en el domicilio de las participantes. Todas las entrevistas fueron grabadas en formato digital y transcritas en su totalidad.

Previo a la realización de las entrevistas, las participantes fueron informadas de los objetivos y alcances de la investigación y de las características de la entrevista que se les realizaría (incluyendo su grabación), y se les solicitó la firma de un consentimiento informado. No hubo rechazos a participar.

Una vez obtenidos los primeros datos se inició el proceso de codificación siguiendo la estrategia analítica del análisis de contenido y análisis temático (31), esto es, se indagó sobre ámbitos particulares (percepción de tratamiento, calidad de la relación con el equipo de salud, entre otros), y también se permitió la expresión libre de las participantes para identificar temáticas emergentes.

Se inició el proceso con la identificación de las unidades de análisis y la codificación abierta. Utilizando el método de comparación constante (32) se generó un esquema de codificación, el que fue progresivamente refinado en un proceso iterativo a medida que se incorporaban nuevos casos. Posteriormente se generaron categorías más inclusivas, las que fueron analizadas en términos de sus propiedades y relacionadas entre sí, a modo de identificar patrones dentro y entre los casos en estudio. Finalmente se desarrolló la fase interpretativa del estudio y se dio res-

puesta a las preguntas de investigación.

RESULTADOS

A continuación se describen los aspectos señalados por las participantes relacionados con su experiencia del tratamiento antidepressivo y abandono.

1. Percepción negativa del tratamiento farmacológico

El descontento con el tratamiento farmacológico aparece como motivación importante en el abandono de varias participantes. Ello tenía relación tanto como la percepción de efectos secundarios, como el propio acto de consumir un psicotrópico “lo desagradable de sentirse drogada” (caso 3) y el temor a la “adicción” (Caso 5).

2. Insatisfacción con la atención psicológica

Varias entrevistadas cuestionaron la atención psicológica recibida. Estos cuestionamientos apuntaron a técnicas utilizadas, a no sentirse cómodas con el profesional y a su falta de acogida.

“y a mí no me gustó porque era como totalmente light y uno le contaba sus problemas y era como que todo le rebotaba y dije estoy perdiendo mi tiempo... porque él se supone que estaba para apoyar en un momento así, y no para hacer dibujos, yo no estoy para que en ese momento me esté haciendo dibujos” (Caso 14).

3. Disponibilidad de horas de atención en el centro de salud

Las dificultades para obtener horas atención de médicos y de psicólogo, especialmente cuando ésta se había discontinuado por alguna razón, como la pérdida de una cita, fueron señaladas entre las causales de

abandono. *“Después ella salió con vacaciones y de ahí no nos vimos más y me recomendaron otra, y yo dije que no, no estoy para el juego de nadie, contar mis cosas personales con cada persona”* (Caso 8).

4. Interrupción en la atención en el centro de salud

Las interrupciones en la atención en el centro de salud, por ejemplo por movilizaciones de los funcionarios, fueron reportadas entre las causales de abandono.

“y además empezaron con los paros, eso fue lo otro, yo fui en dos oportunidades y estaban en paro, no sé igual a mí me implicaba tiempo, a mi esposo porque me tenía que acompañar o para que se quedara con el niño, entonces al final dije ya, eso me desmotivó en realidad un poco” (Caso 1).

5. Percepción de mejoría

En algunos casos, el abandono del tratamiento fue atribuido a la percepción de una mejoría. *“Me di cuenta que ya no necesitaba remedios...comencé a sentirme mejor”* (Caso 15).

6. Creencias acerca de la depresión

Entre las razones de abandono del tratamiento aparecen las concepciones de las participantes respecto de las enfermedades de salud mental y, particularmente, de la depresión. Esta última sería una condición que las personas pueden sobrellevar con disposición personal y sin necesidad de ayuda externa. *“A lo mejor por eso gatilló que no fuera, porque me dije a mí misma, yo lo puedo manejar sola”* (Caso 1).

7. Dificultades para asistir al centro de salud

Algunas entrevistadas relatan imposibilidad para asistir al centro de salud debido a la falta

de apoyo familiar, por ejemplo en el cuidado de los hijos. *“En ese instante estaba como en otra etapa y yo tenía que estar al último (lugar), habían otras prioridades”* (Caso 1).

8. Olvido

Probablemente indicando la ausencia de relevancia asignada al tratamiento, en algunos casos el abandono fue atribuido simplemente al olvido de las citas, *“Una vez yo no me encontraba acá, andaba en Santiago y se me olvidó que tenía control médico, se olvida uno a veces, esa fue la causa, porque yo me encontré con la psicóloga y le dije”* (Caso 13).

Por otro lado, se abordaron las percepciones de las participantes respecto de los siguientes aspectos: estado anímico al momento de hacer abandono del tratamiento y en la actualidad, relación con el equipo de salud, necesidad de tratamiento y percepción del diagnóstico y satisfacción con el tratamiento recibido o de continuar el tratamiento.

Estado anímico al momento de hacer abandono del tratamiento y en la actualidad

El estado anímico y bienestar al momento de hacer abandono del tratamiento fue difícil de pesquisar; sin embargo, en la evaluación del estado anímico actual las participantes señalaron mayoritariamente la remisión de la sintomatología que las llevó a consultar, *“Ahora estoy feliz..., me doy cuenta que somos muy imperfectos...Me siento mejor”* (Caso 11). Otro grupo señala, sin embargo, que continúa con los mismos síntomas que tenía al iniciar el programa *En este momento sí* (continúa triste), *pero yo trato de [suspira] de darme ánimo sola* (Caso 4).

Relación equipo de salud-usuario

Respecto a la relación con el equipo de salud existe heterogeneidad de percepciones, aun cuando un número mayoritario de partici-

pantes señaló estar satisfechas con la atención recibida de los profesionales del centro de salud.

“...Iba cada tres meses, entre la Dra. y el psicólogo, los dos trabajaban en conjunto, son muy buenos los dos, se ponen la camiseta con sus pacientes... A parte que era bueno el psicólogo, buenas indicaciones...” (Caso 11).

En otros casos, sin embargo, la percepción era la contraria: *“Además la psicóloga no me gustó, muy jovencita con una trenza colgando, como que no me dio como una persona seria, como que no sé, para mi opinión todas las personas que tienen tatuajes las relaciono con drogas, no sé, para mí sí, puede que esté equivocada. Y ella me dio poca confianza...”* (Caso 4).

Necesidad de tratamiento y percepción del diagnóstico de depresión

En relación a cómo surge su incorporación al programa, las entrevistadas relataron mayoritariamente que el consultar surgió por iniciativa de otras personas. Entre los más citados aparecen esposo y vínculos cercanos. La incorporación al programa propiamente tal resulta de la derivación de otros profesionales de salud.

“Primero fui al enfermero y ahí me hicieron un test y en ese test salió muy elevado, no sé cómo se llamaba eso, entonces me mandó al doctor... el médico me hizo que viera al psicólogo y él me dijo que tenía depresión” (Caso 5).

En relación a su percepción sobre el diagnóstico recibido las opiniones son coincidentes en la falta de explicación del diagnóstico o en la entrega de una explicación vaga

“En ese momento con esa sensación, como cuando te dicen los doctores con su jerga o vocabulario que te dicen un diagnóstico quedai como que no lo entendiste” (Caso 1).

Satisfacción con el tratamiento

En relación a su evaluación del tratamiento, las entrevistadas perciben favorablemente la intervención psicológica, específicamente la posibilidad de expresar sus problemas, *“Bien, ya en la segunda sesión estaba regia”* (Caso 11) *“Sabes, que sirve harto conversar con alguien que no es tu familia o alguien conocido, o sea tú le puedes contar hartas cosas que de ellos no va a salir...”* (Caso 12).

Otro grupo expresa su disconformidad con el tratamiento recibido, particularmente, con el tratamiento farmacológico. *“Me dio miedo tomar pastillas porque una tía también tuvo depresión y como que se lo pasaba durmiendo, por eso no quise...”* (Caso 5). *“esperaba fármacos de mejor calidad, como los que se dan en el área privada”* (Caso 7).

Otras percepciones negativas se centran en la falta de disponibilidad de horas de atención, cambio de terapeuta una vez iniciado el proceso psicoterapéutico y el no sentirse muy a gusto con las técnicas psicológicas utilizadas por los profesionales.

“Lo negativo que hay es que no le hacen a uno un tratamiento como corresponde porque si va a tomar un mes y después va a tener una laguna de un mes porque no tiene hora o porque no tiene remedios, cómo podimos (sic) tener salud?” (Caso 6).

Necesidad de continuar tratamiento

La evaluación respecto de abandonar el programa es heterogénea. Para algunas fue una decisión justificada, otras lo señalan como involuntario y otro grupo lo evalúa negativamente.

“Malo. Sí malo porque a lo mejor era una oportunidad que tenía para poderlo resolver, a lo mejor estaba equivocada en decir que lo podía hacer yo sola. No pude” (Caso 1).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La adherencia y abandono del tratamiento de pacientes depresivos es un fenómeno multidimensional, tanto del paciente y su entorno como de los centros de salud y las prácticas asistenciales. Dentro del relato de las propias participantes como determinantes de su abandono del programa de depresión de atención primaria están la percepción negativa del tratamiento farmacológico, insatisfacción con la atención psicológica, disponibilidad de horas de atención del centro de salud, interrupción de la atención en el centro de salud, olvido, percepción de mejoría, creencias personales de la depresión y las dificultades para asistir al centro de salud.

La disponibilidad de horas de atención del centro de salud e interrupción de la atención en el centro de salud están relacionadas entre sí y apuntan a las dificultades de acceso a la atención como un potente gatillador del abandono (23). La importancia de las dificultades de acceso probablemente se ve acentuada en personas con depresión por el propio estado desmotivacional que genera el ánimo depresivo, así como por la relevancia que al tratamiento le estén dando los consultantes.

Al respecto, hay distintas percepciones de una insuficiente comprensión de parte de las personas de por qué estaban siendo tratadas y de las implicaciones del tratamiento recibido. Algunas consultantes manifestaron prejuicios respecto de los medicamentos que no fueron analizados en sus interacciones con el equipo de salud o no estaban preparadas para comprender los efectos secundarios de los fármacos. De hecho, la percepción negativa del tratamiento farmacológico aparece como una razón de abandono del tratamiento (20, 29). No se observó en las consultantes que percibieran el uso de medicamentos como una opción de tratamiento, sino como una parte inevitable de éste.

Es interesante destacar que el tratamien-

to psicológico fue también percibido negativamente por las consultantes. También se observó en estos casos que las participantes no lograban identificar el sentido del tratamiento o de las técnicas empleadas, dando la impresión que la implicación de éstas en el tratamiento no fue suficientemente abordada por los profesionales.

En las consultantes aparece como razón del abandono una percepción de estar mejor y de no necesitarlo. El olvido en otros casos da cuenta de una baja valoración de la necesidad de tratamiento. Otras consultantes consideraban que tenían que ser capaces de enfrentar sus problemas sin requerir tratamiento. Estas situaciones indican que en algunas consultantes la evaluación de la necesidad de tratamiento, o del tipo de tratamiento requerido, más allá del diagnóstico de depresión, no fue suficiente.

Es importante destacar que la gran mayoría de las entrevistadas de este estudio no consultó espontáneamente por un ánimo depresivo. Eso es representativo de las consultantes del Programa Nacional de Depresión y explica la importancia particular que tiene evaluar la necesidad de tratamiento percibida por las consultantes y su motivación a tratarse, así como las expectativas y creencias asociadas. Otro elemento a considerar es que mucha de la sintomatología depresiva en atención primaria tiene un curso fluctuante, no siempre muy intenso, y está muy vinculada a estresores psicosociales (20) Ello puede implicar que las consultantes no estimen necesario un tratamiento, menos si tiene efectos secundarios (29).

Ello es concordante con desidia observada en algunas consultantes respecto de lo que implica perder horas o no asistir a citas concertadas. “La falta de tiempo” y “tener otra cosa que hacer” fue el primer factor de abandono del estudio ya citado del Programa Nacional de Depresión, sugiriendo una compleja mezcla de factores motivacionales con factores de accesibilidad como una de las razones del abandono (20).

En síntesis, los resultados obtenidos apuntan por una parte a la relevancia de los aspectos relacionados con el acceso en la permanencia en el tratamiento, así como aspectos relacionados con el grado en que las consultantes se sienten y/o han sido implicadas en su proceso de tratamiento.

Estos resultados son de interés para los y las profesionales de la enfermería. Sugieren la importancia de otorgar mayor atención a la forma como se le asigna el diagnóstico de depresión a los consultantes, la psicoeducación al respecto, y especialmente a hacerlos partícipe del tratamiento, acogiendo sus expectativas y creencias.

En futuras investigaciones sería interesante conocer también la percepción que tienen las familias de los usuarios respecto de cómo ellos vivencian el proceso, dado el rol que probablemente tienen en favorecer la adherencia.

REFERENCIAS

1. Ballesteros S, Vitriol V, Florenzano R, Vacarezza L, Calderón A. Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos Rev Chil Neuropsiquiatr. 2007; 45(4): 288-295.
2. Ministerio de Salud Chile. Guía clínica. Serie Guías Clínicas Minsal N° XX Tratamiento de personas con depresión. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2006.
3. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001; 178: 228-233.
4. Aragonés E, Gutiérrez M, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 27(09): 623-628.
5. Araya R, Alvarado R, Minoletti A. Chile: an ongoing mental health revolution. Lancet. 2009; 374(9690): 597-598.
6. Aragonés E, López G, Badia W, Hernández J. Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain. Perspect Psychiatr Care. 2008; 44(4): 248-258.
7. Fugerato AR, Ferreira da Silva Candido MC, Lobo da Costa M Jr. Comparando conocimientos e opinião sobre de pressão entre los enfermeros de serviços de saúde. Rev Salud Publica. 2009; 11(2): 200-211.
8. Tamayo J, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29(2): 182-187.
9. Ministerio de Salud Chile. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y las niñas de 0 a 6 años. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008.
10. Caro I. Género y Salud Mental. Madrid: Biblioteca Nueva, 2001.
11. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: A randomized primary care study. Psychiatr Serv. 2009; 60 (3): 337-343.
12. Cova F. Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. Ter Psicol. 2005; 23(1): 49-57.
13. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16 (6): 378-386.
14. Bravo de Rueda C. Bioética, Salud mental y Género. Acta bioeth. 2006; 12(2) 169-175.
15. Cortés I, Artazcoz L, Rodríguez M, Bo-

- rell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit.* 2004; 18(5): 351-359.
16. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev Med Chil.* 2007; 135(12): 1591-1599.
 17. Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics.* 2008; 49(6): 520-529.
 18. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb.* 2005; 30(4): 268-273.
 19. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chil.* 2007; 135(5): 647-652.
 20. Alvarado R, Veja J, Sanhueza G, Muñoz MG. Evaluación del programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 18(4-5): 278-286.
 21. Barra E. *Psicología de la salud.* Santiago, Chile: Mediterráneo. 2003. 175 p.
 22. Doesschate T, Bockting CL, Schene AH. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord.* 2009; 115(1-2): 167-170.
 23. Martín L, Grau JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud.* 2004; 14(1): 89-99.
 24. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kuppelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry.* 2002; 180: 104-109.
 25. Barra E. Actitudes. En Barra E. *Psicología social.* 2ª ed. Concepción: Vicerrectoría Académica, Dirección de Docencia; 1998. p. 91-124.
 26. Ayalon L, Areán PA, Alvidrez J. Adherence to antidepressant medications in Black and latino elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005; 13(7): 572-580.
 27. Burra TA, Chen E, McIntyre RS, Grace SL, Blackmore ER, Stewart DE. Predictors of self-reported antidepressant adherence. *Behav Med.* 2007; 32(4):127-134.
 28. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry.* 2004; 161(9): 1626-1634.
 29. Lin EH, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walter E et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care.* 1995; 33(1): 67-74.
 30. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23(2): 129-134.
 31. Ezzy D. *Qualitative analysis: practice and innovation.* London: Routledge; 2002. 208 p.
 32. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques.* London: Sage Publications; 1990. 270 p.