



AUTORES

Raquel Varas¹
 Ana Molinero²
 Pilar Méndez³
 Adela Martín⁴
 Pilar Barral⁵
 M^a Carmen Magro⁵
 Raquel Cámara¹
 Ana Cosín³
 Santiago López²

1. Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
2. Farmacéutica comunitaria de Fuenlabrada (Madrid).
3. Farmacéuticos comunitarios de Madrid.
4. Farmacéutica comunitaria de Boadilla del Monte (Madrid).
5. Farmacéutica comunitaria de Torrejón de Ardoz (Madrid).

El presente estudio forma parte de la Sexta Acción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Fue presentado como comunicación póster al VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica, celebrado en Sevilla en octubre de 2009.

RESUMEN

OBJETIVOS

Mostrar los resultados de la implicación activa del farmacéutico comunitario en la dispensación de medicamentos de los grupos terapéuticos N05B y N06A, mejorando el proceso de uso de los mismos y protegiendo de posibles RNM mediante la identificación/resolución de PRM.

Continúa ➔

OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PARA LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS EN FARMACIA COMUNITARIA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado ánimo incluyen aquellas patologías que tienen como característica principal una alteración del humor. En esta revisión, nos centraremos en dos de ellos, la depresión y la ansiedad.

La depresión es un trastorno mental grave caracterizado por el decaimiento persistente del ánimo, la incapacidad de disfrutar o sentir placer, la presencia de pensamientos negativos y la sensación de falta de energía, en algunos casos acompañados de síntomas somáticos. Es una patología cíclica cuyos síntomas pueden desaparecer espontáneamente, lo cual no significa su curación, pues pueden aparecer nuevos episodios^{1,2}. La prevalencia se estima entre el 3 y el 6% para hombres, y el 5-10% para mujeres³⁻⁵. La ansiedad es una emoción experimentada por todos a lo largo de la vida,

pero que se puede definir como patológica cuando se caracteriza por la presencia de una excesiva preocupación como síntoma principal. Su diagnóstico diferencial conlleva una larga lista de trastornos incluidos dentro de esta definición entre los que se destacan: trastorno de ansiedad generalizado, fobia social, trastorno pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, agorafobia y fobias específicas. En la actualidad, la ansiedad se considera una de los trastornos psiquiátricos más frecuentes situándose en Europa, según diferentes estudios, con una prevalencia poblacional entre el 1,3 y el 3%⁶⁻⁸; ésta se incrementa hasta un 13,8% cuando se calcula la prevalencia en pacientes que acuden a los servicios de atención primaria y/o se encuentren en una clínica de salud mental^{5,9-13} (Tabla 1). Ambos trastornos son al menos dos veces más prevalentes entre las mujeres que entre los hombres, debido a factores

TABLA 1 PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD^(6,18-22)

País	Grupo edad	Tamaño muestra	Prevalencia 12 meses (%)	Prevalencia global (%)	Fuente	Instrumento
US	15-45 años	8.098	3,1	5,1	Wittchen et al (1994)	DSM-III-R
US	adultos	43.093	2,1	4,1	Grant et al (2005)	DSM-IV
US	≥18 años	9.282	3,1	-	Kessler et al (2005b)	WMH-CIDI
Europa*	adultos	21.425	1,0	-	Alonso & Lépine (2007)	CIDI
Francia	≥18 años	2.894	2,1	6,0	Lépine et al (2005)	WMH-CIDI
Alemania	18-65 años	4.181	1,5	-	Carter et al (2001)	M-CIDI

* Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España.

DSM-IV-R = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision; M-CIDI = Munich Composite International Diagnostic Interview; WMH-CIDI = World Health Organization World Mental Health Composite International Diagnostic Interview.

MÉTODO

- Adaptación del procedimiento de actuación para realizar la entrevista en el mostrador.
- Cuestionario con datos sanitarios.
- Registro de datos durante siete meses en el módulo de AF del Bot PLUS.

RESULTADOS

Se registraron 790 actuaciones, dispensándose 1.177 fármacos. La demanda fue realizada mayoritariamente por mujeres con edades comprendidas entre 30 y 69 años. Los fármacos más dispensados pertenecieron al grupo N05 (alprazolam y lorazepam) y fueron para tratamientos de continuación en el 73% de los casos.

Tres cuartas partes de los pacientes que iniciaban tratamiento decían no saber cuál era su indicación. Los tratamientos de continuación eran percibidos como efectivos y/o seguros por el 93% de los pacientes. Se detectaron 105 PRM y 65 RNM (60% falta de seguridad y 35,5% falta de efectividad). La principal actuación realizada fue dispensar con IPM (82%). Las intervenciones fueron facilitar información sobre los medicamentos (32%), ofrecer educación sanitaria (23%), derivar a SFT (16%) y derivar al médico (26%), aceptando (93%) y observando mejoría (37%).

CONCLUSIONES

El farmacéutico juega un papel fundamental en la optimización del tratamiento terapéutico de estos pacientes y en la detección e identificación de los PRM, previniendo y/o evitando los RNM asociados a la necesidad, falta de efectividad y falta de seguridad de los mismos, que real o potencialmente pudieran aparecer.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Trastornos del estado del ánimo, resultados negativos de la medicación, información personalizada sobre el medicamento, seguimiento farmacoterapéutico.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Mood disorders, negative medicine outcomes, personalized medication information, pharmacotherapy follow-up.

ABREVIATURAS

- AF: atención farmacéutica.
- TEA: trastornos del estado del ánimo.
- RNM: resultados negativos de la medicación.
- PRM: problemas relacionados con los medicamentos.
- IPM: información personalizada sobre el medicamento.
- SFT: seguimiento farmacoterapéutico.

genéticos, biológicos, hormonales y sociales¹⁴⁻¹⁷. Con frecuencia se asocian, originando una comorbilidad en torno al 58% de los pacientes¹⁸⁻¹⁹ y un coste socio-económico e individual relevante. Datos publicados indican que el índice medio de cumplimiento del tratamiento por los pacientes afectados por trastornos de ansiedad y depresión es del 42 y 46%²⁰⁻²¹ respectivamente, por ello es importante: detectarlo precozmente, conocer las causas y encontrar herramientas que mejoren su adherencia. La literatura existente indica que la falta de adherencia y la inseguridad terapéutica son factores clave en la menor eficiencia de estos tratamientos²²⁻²³. Entre los factores relacionados con el incumplimiento se encuentran los *relacionados con el paciente* (bajo nivel de estudios, tendencias suicidas, estado civil, la edad, descuido del autocuidado), *con el entorno* (falta de apoyo familiar, rechazo social) y *con el tratamiento* (desacuerdo con el diagnóstico clínico, miedo a la aparición de efectos adversos, falta de confianza en el tratamiento, aversión al consumo de medicamentos, demora al inicio de la acción terapéutica, sensación de mejora antes de acabar el tratamiento prescrito).

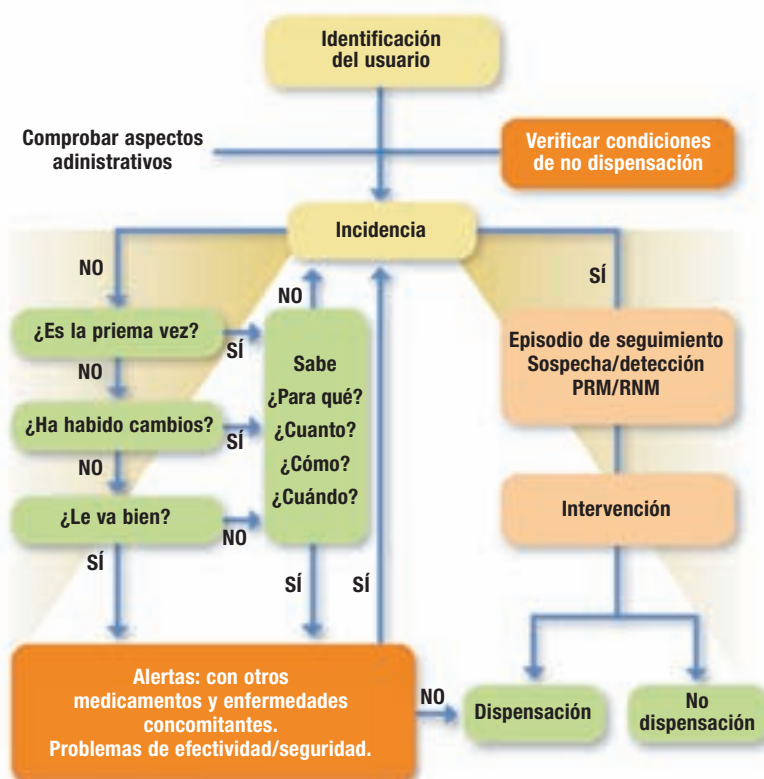
OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es mostrar los resultados de la sexta acción del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Atención Farmacéutica en la Comunidad de Madrid, en la que se pretendió implicar activamente al farmacéutico comunitario en el servicio de dispensación, específicamente de medicamentos pertenecientes a los grupos N05B y N06A²⁴ con el fin de optimizar el proceso de uso de los mismos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asegurar que el paciente conoce la medicación prescrita para su problema de salud y cómo administrarla (correcto proceso de uso).
- Mejorar el servicio de dispensación de psicofármacos en pacientes que utilizan medicamentos para los TEA con el fin de que los conozcan y utilicen de manera adecuada para obtener el máximo beneficio.
- Informar al paciente de la importancia del correcto cumplimiento terapéutico y las consecuencias del mismo.
- Identificar y resolver PRM para prevenir o evitar la aparición de

FIGURA 1 PROTOCOLO DEL SERVICIO DE DISPENSACIÓN



RNM concienciando a los pacientes de que deben comunicar cualquier efecto adverso que esté relacionado con el medicamento²⁵.

MÉTODO

Estudio descriptivo observacional de corte transversal en las 102 farmacias de la Comunidad de Madrid que participaron en la 6ª Acción, durante un periodo de 7 meses (febrero-agosto de 2009). Se analizaron los registros enviados y realizados en el Módulo de AF del Bot PLUS, que recogen el procedimiento y la información referida por los pacientes durante el proceso de dispensación y la correspondiente intervención del farmacéutico ante las posibles incidencias detectadas.

Durante el proceso de dispensación de un medicamento el farmacéutico debe establecer una comunicación con el paciente encaminada a garantizar (Figura 1), tras una evaluación individual, el uso correcto del mismo:

- Conocer para quién es.
- Comprobar cuestiones administrativas obligatorias.
- Verificar que no haya criterios que puedan impedir la dispensación, como son alergia al medicamento, embarazo, lactancia, interacciones con otros medicamentos, duplicidades y contraindicaciones con otras enfermedades. Para ello, el farmacéutico se centró en obtener la siguiente información:
 - Para quién es/son el/los medicamento/s demandados.
 - Diferenciar si es tratamiento de inicio o tratamiento de continuación.
 - ✓ Si es un tratamiento de inicio, el farmacéutico intentará obtener la siguiente información del paciente:
 - ¿Sabe para qué lo va a usar?
 - ¿Sabe cuánto tiene que tomar?
 - ¿Sabe durante cuánto tiempo lo va a usar?
 - ¿Sabe cómo lo va usar?
 - ✓ Si es un tratamiento de continuación, el farmacéutico obtendrá la información relacionada con la percepción que tiene el paciente sobre la efectividad y seguridad del medicamento, utilizando alguna de las siguientes preguntas:

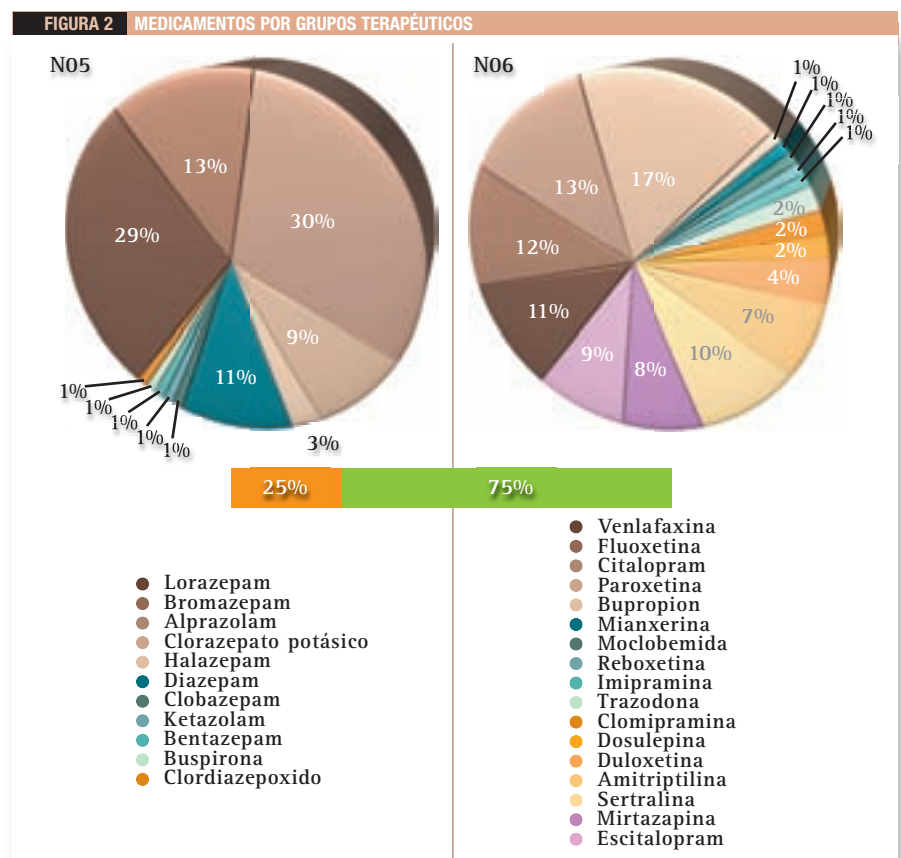
- ¿Le han cambiado algo?
- ¿Cómo le va el tratamiento?
- ¿Tiene algún problema con el tratamiento?
- La actuación del farmacéutico será diferente en función de:
 - ✓ Si no detecta incidencia, en cuyo caso la actuación del farmacéutico será:
 - Dispensar con IPM.
 - Dispensar con educación sanitaria.
 - Dispensar derivando.
 - ✓ Si detecta alguna incidencia, el farmacéutico podrá estudiarla en el correspondiente Episodio de Seguimiento, identificando PRM y clasificándolos utilizando el listado propuesto por Foro de AF en su Documento de Consenso²⁵. E igualmente en el caso de prevenir, identificar y/o resolver RNM reales o como riesgo de aparición, la intervención podrá suponer la comunicación al médico y la aceptación o no del mismo. De cualquier forma, la actuación del farmacéutico podrá ser dispensar, no dispensar el medicamento, notificar a farmacovigilancia, derivar al médico o al servicio de SFT. Como parte del proceso de dispensación, el farmacéutico registrará el procedimiento, su actuación e intervención, en el caso de inciden-

cia, en el servicio de dispensación del Módulo de AF del Bot PLUS²⁴, derivados de los criterios y recomendaciones de Foro²⁵. Asimismo, podrá obtener información del paciente y registrar las enfermedades y otros medicamentos activos, no solicitados en dicha dispensación, de acuerdo a su descripción y codificación tal como lo están en dicho módulo²⁴.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 790 dispensaciones con 1.177 fármacos. Los demandantes fueron principalmente el propio paciente (85,2%), seguidos de los cuidadores (11,6%) y de otros (3,2%).

La distribución por sexo de los pacientes fue: 68,9% mujeres frente 31,1% hombres, siendo el grupo de edad comprendido entre los 30 y 69 años el mayoritario, tanto en hombres (57,7%) como en mujeres (64,0%), seguido por el grupo de mayores de 70 años (20,3% para hombres y 21,1% para mujeres).



Los fármacos más demandados pertenecieron al grupo terapéutico N05 (74,5%), mientras que del grupo terapéutico N06 la demanda fue menor (25,5%). Al analizar en profundidad las dispensaciones se observa que en el grupo N05 el fármaco más demandado fue alprazolam (30%), seguido de lorazepam (29%), bromazepam (13%), diazepam (11%), clorazepato potásico (9%) y otros (8%), mientras que en el grupo N06 paroxetina fue el más demandado (17%), seguida de citalopram (13%), fluoxetina (12%), venlafaxina (11%), sertralina (10%), escitalopram (9%), mirtazapina (8%), amitriptilina (7%), duloxetina (4%) y otros (11%) (Figura 2).

Solamente el 27% de los pacientes decían recibir prescripciones para el inicio de tratamiento. De ellos, un 74,6% refería desconocer para qué se lo habían prescrito. Del 25,4% que decía saber para qué se lo habían prescrito, el 14,2% afirmaba que era el tratamiento para la depresión, el 6,1% para la ansiedad y el 5,1% para el insomnio. El 78% manifestaba no saber cómo tomarlo, el 19% desconocer durante cuánto tiempo tendría que utilizarlo y el 11% ignorar cómo manipular/conservar el medicamento.

De los pacientes que retiraban un tratamiento de continuación, el 93% manifestaba que le iba bien, el 2% que le iba mal y el 5% que se había producido alguna incidencia. Además, sólo el 1% reconocía que le habían cambiado algo del mismo, frente al 99% que no había tenido ningún cambio.

Como enfermedades concomitantes se registraron hipertensión (14,9%), hipercolesterolemia (8,8%), diabetes (3,6%), osteoporosis (2,5%) e hipotiroidismo (1,4%). Además de problemas de salud como estreñimiento (1,7%), cefalea (1,7%), somnolencia (1,4%), náuseas (1,0%), anorexia (0,7%) y diarrea (0,7%). La actuación farmacéutica registrada, de acuerdo al listado propuesto en el Documento de Foro AF²⁵, fue:

- ✓ Dispensar con IPM (82,2%).
- ✓ Dispensar con educación sanitaria (13,0%).
- ✓ Dispensar y derivar a SFT (2,6%).
- ✓ Dispensar y derivar al médico (1,3%).
- ✓ No dispensar (0,5%).
- ✓ Dispensar notificando a farmacovigilancia (0,4%).

En los casos en los que se detectó alguna incidencia, el estudio del co-

rrespondiente Episodio de Seguimiento concluyó en la identificación de 105 PRM, asociados principalmente a la probabilidad de efectos adversos (28,6%), interacciones (19,0%) y dosis, pauta o duración no adecuada (13,3%) (Figura 3). Se registraron 65 RNM, de los que el 51,8% se identificaron como reales y el 48,2% como riesgo de RNM.

De los RNM identificados el 60,0% se relacionaron con una falta de seguridad (52,3% no cuantitativa y 7,7% cuantitativa), el 35,5% a una posible falta de efectividad (23,5% no cuantitativa y 12,0% cuantitativa) y el 4,5% de necesidad (3,0% necesita el medicamento y 1,5% no lo necesita) (Figura 4).

Las intervenciones farmacéuticas propuestas, de acuerdo con el listado establecido en Foro²⁵ fueron (Figura 5):

- ✓ 32% facilitar información sobre los medicamentos dispensados.
- ✓ 23% ofrecer educación sanitaria,

✓ 18% derivar al médico notificando PRM/RNM.

✓ 16% derivar al servicio de SFT.

✓ 8% derivar al médico proponiendo cambios en el tratamiento.

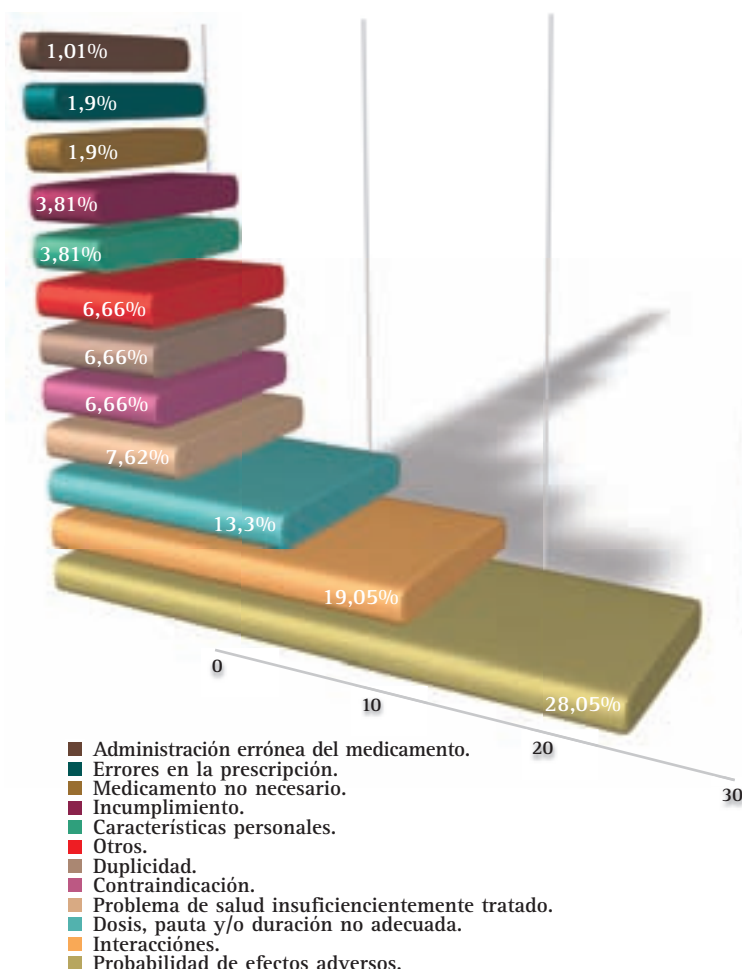
✓ 3% otras intervenciones.

En el 93% de los casos las intervenciones fueron aceptadas, y del registro de los resultados obtenidos en la salud del paciente fueron: mejoría en el 37% de los casos, sin cambios en el 26%, se desconoce en el 33% y empeora el 4%.

DISCUSIÓN

Tras el estudio realizado sobre la utilización de medicamentos por personas con TEA se deduce que el grupo más afectado es el de aquéllos con edades comprendidas entre los 30 y los 69

FIGURA 3 PRM DETECTADOS



años. Además se observan grandes diferencias según sea el sexo del paciente, siendo en este caso las mujeres más propensas a sufrirlo que los hombres. Son los propios pacientes, en su mayoría, los que acuden a las farmacias comunitarias solicitando el tratamiento prescrito. Estos datos coinciden con los resultados publicados por otros estudios²⁶, así como con las cifras de prevalencia de la enfermedad¹³⁻¹⁷.

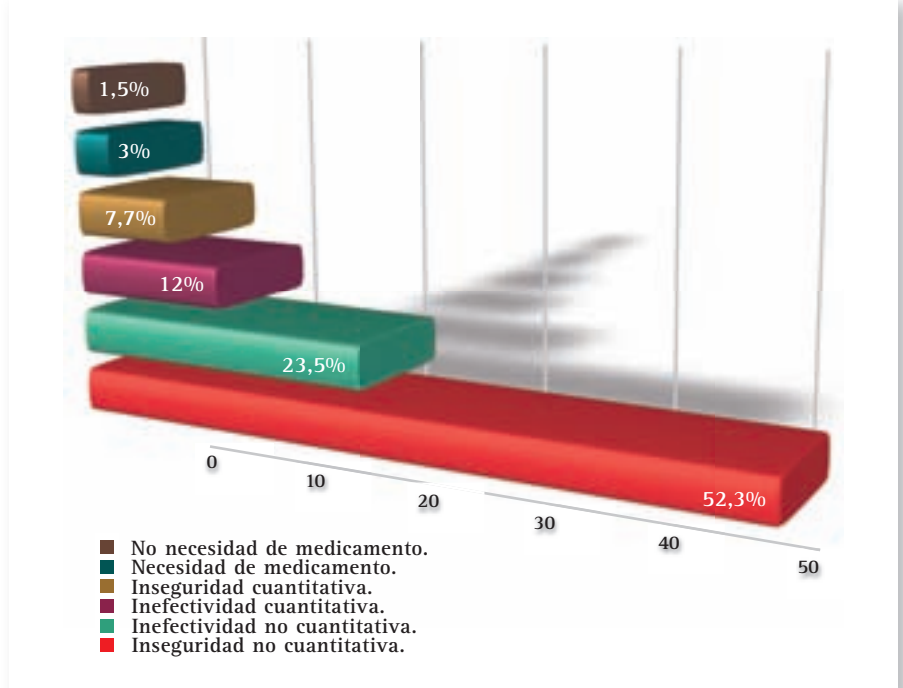
Los medicamentos más demandados son los pertenecientes al grupo N05, los denominados ansiolíticos. Estos datos son distintos de los obtenidos en estudios similares²⁶⁻²⁸, aunque concuerdan con los datos de consumo de ansiolíticos y antidepresivos por la población²⁹. En el caso de tratamientos de inicio, los pacientes no saben en un alto porcentaje para qué es el medicamento prescrito, cómo deben utilizarlo y durante cuánto tiempo. Este dato contrasta bastante con lo definido en otros estudios donde la mayoría de los pacientes sabía cómo manipularlos y cómo tomarlos²⁶⁻²⁸. Este hecho no hemos podido saber a qué puede deberse, pero nos muestra la necesidad del asesoramiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico en el momento de la dispensación.

En los tratamientos de continuación, la percepción de los pacientes respecto a la seguridad y efectividad de los mismos son similares a otros estudios realizados^{26-28,30}.

Las enfermedades concomitantes mayoritarias referidas por los pacientes: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y osteoporosis coinciden con las encontradas en otros estudios²⁶⁻²⁸, sin embargo los problemas de salud derivados del uso de estos medicamentos están mucho más diversificados, lo que nos hace pensar que se ha registrado exhaustiva y convenientemente lo referido por el paciente.

La actuación mayoritaria llevada a cabo por los farmacéuticos ante este tipo de pacientes es la dispensación con IPM, al igual que ocurre en otros estudios similares. En los casos en que se detectaron resultados no adecuados al objetivo terapéutico, se derivó al médico para que valorara dichas situaciones mejorando, en general, la situación del paciente. La mayor parte de las intervenciones se estableció de forma verbal. Estas conclusiones se ajustan a

FIGURA 4 RNM DETECTADOS



lo referido en otros estudios²⁶ y nos indican que el farmacéutico está realizando una correcta dispensación, con el asesoramiento sobre los medicamentos prescritos por el médico.

Durante el estudio se han detectado PRM, la mayor parte de ellos relacionados con la posible aparición de efectos adversos y las interacciones con otros medicamentos utilizados por el paciente de forma concomitante, al igual que ocurre en estudios similares^{26,28}. Este hecho nos pone de manifiesto el importante papel que juega el farmacéutico comunitario en la optimización del tratamiento terapéutico de los pacientes y en la detección e identificación de los PRM, para prevenir y resolver RNM de necesidad, falta de efectividad y falta de seguridad de los mismos, que real o potencialmente pudieran aparecer.

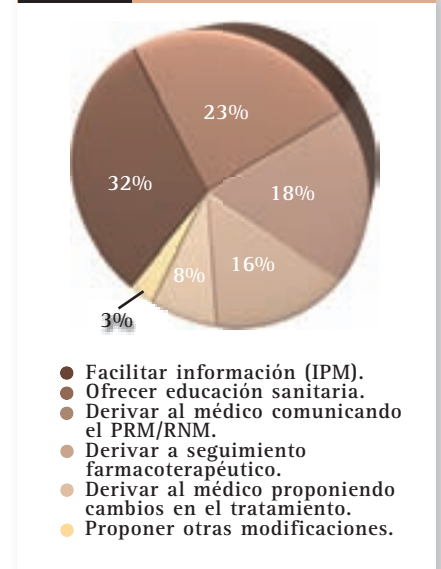
Por último, el que la mayoría de las intervenciones propuestas por el farmacéutico fueran aceptadas, obteniendo como resultado principal una mejora de los pacientes, refuerza la idea de que es necesario establecer de manera generalizada un modelo de atención integral centrado en el paciente, en el que exista una comunicación constante entre todos los profesionales sanitarios implicados.

CONCLUSIONES

Este estudio pone de manifiesto que la intervención del farmacéutico comunitario en la optimización del tratamiento en pacientes con trastornos del estado de ánimo mejora los resultados de salud de los mismos.

Además, el farmacéutico comunitario juega un papel fundamental en la detec-

FIGURA 5 INTERVENCIONES REALIZADAS



ción e identificación de PRM, previniendo y/o evitando RNM que real o potencialmente pudieran aparecer.

Por último, destacar la importante labor llevada a cabo por el farmacéutico, que al comunicar con el médico permite una atención centrada fundamentalmente en el paciente. **FC**

AGRADECIMIENTOS

A todos los farmacéuticos madrileños que participaron en la recogida de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *Can Med Assoc J* 2002; 167: 1253-60.
2. Nemeroff CB. The burden of severe depression: a review of diagnostic challenges and treatment alternatives. *J Psychiatr Res* 2007; 41: 189-206.
3. Vallejo J. Situación actual del tratamiento a largo plazo de la depresión. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35: 285-99.
4. Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 21-35.
5. Aragonés E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58: 145-51.
6. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 100-13.
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K & Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(4): 415-24.
8. Alonso J, Lépine JP. ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007; 68(2): 3-9.
9. Caballero L, Bobes J, Vilardaga I, Rejas J. Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37(1): 17-20

10. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med* 2005; 35(12): 1747-59.

11. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617-27.

12. Lépine JP, Gasquet I, Coves V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005; 31(2): 182-94.

13. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety* 2001; 13(2): 78-88.

14. Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(2): 79-99.

15. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(1): 8-19.

16. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M & Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry* 1996; 168(Suppl 30): S17-30.

17. Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26(3): 621-72.

18. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuwander M, Angst J. Zurich Cohort Study. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(10): 993-1000.

19. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 593-602.

20. Croghan TW, Lair TJ, Engelhart L, Crown WE, Copley-Merriman C, Melfi CA, et al. Effect of antidepressant therapy on health care utilization and costs in primary care. *Psychiatr Serv* 1997; 48(11): 1420-6.

21. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewé W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 22): S30-3.

22. Uzun S, Kozumplik O. Management of side effect of antidepressants -brief review of recommendations from guidelines for treatment of major depressive disorder. *Psychiatr Danub* 2009; 21(1): 91-4.

23. Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(12): 1415-20

24. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT PLUS® (Base de Datos del Conocimiento Sanitario). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2009

25. Foro de Atención Farmacéutica (Ministerio de Sanidad y Consumo, Real Academia Nacional de Farmacia, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Fundación Pharmaceutical Care España, Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada). Documento de Consenso. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. ISBN 978-84-691-1243-4.

26. Anónimo. Resultados preliminares de la 6ª acción del Plan estratégico de Atención Farmacéutica. *Panorama Actual Med* 2009; 33(327): 937-42

27. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cáceres. Dispensación de psicofármacos: anti-depresivos y ansiolíticos. Comunicación-póster nº 169. En: VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica [CD]. Sevilla: Fundación Pharmaceutical Care; 2009.

28. Ortega Jimenez A, Perez de Agreda Galiano S, Garcia-Lozano Garzas F. Dispensación de psicofármacos: anti-depresivos y ansiolíticos. Comunicación-póster nº 188. En: VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica [CD]. Sevilla: Fundación Pharmaceutical Care; 2009.

29. IMS Health. IMS Health Annual Global Prescriptions Sales Report for Spain 2009. Madrid: IMS; 2010.

30. Antich S, Rodilla V, Moreno L. Estudio de la utilización de ansiolíticos, hipnóticos y anti-depresivos desde la farmacia comunitaria. *Farmacia de Atención Primaria* 2008; 6(1): 11-14.