

## **Adherencia a Medicamento Antidepresivo del Paciente**

1. ¿Cuántas veces ha tomado su medicación (o medicamentos) durante la última semana?

\_\_\_ He tomado mis medicamentos todos los días sin faltar un día.

\_\_\_ He faltado de tomar mis medicamentos sólo un día.

\_\_\_ He faltado de tomar mis medicamentos sólo dos días.

\_\_\_ He faltado de tomar mis medicamentos por tres o cuatro días.

\_\_\_ He faltado de tomar mis medicamentos por cinco o más días.

\_\_\_ He dejado de tomar mis medicamentos.

2. ¿Ha hecho algún cambio en la manera en que ha estado tomando su medicación (o medicamentos)? Por favor marque los que aplican para la semana pasada.

a. \_\_\_ He reducido mi dosis a veces porque me siento mejor.

b. \_\_\_ He reducido mi dosis a veces debido a los efectos secundarios de la medicación.

c. \_\_\_ He aumentado mi dosis a veces porque me siento peor.

d. \_\_\_ No he tomado mi medicamento como las indicaciones porque no lo puedo comprar.

e. \_\_\_ Siempre he tomado mi medicación según las indicaciones.