



## EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

**Antonia Caballero Alías**

Dipòsit Legal: T.1425-2012

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

**ANTONIA CABALLERO ALÍAS**

**EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT  
PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ  
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA**

**TESI DOCTORAL**

**Dirigida pels**

**Dr. Enric Aragonès Benaiges**

**Dr. Josep Lluís Piñol Moreso**

**Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Reus  
2012**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Antonia Caballero Alias

Dipòsit Legal: T.1425-2012



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques  
C/ Sant Llorenç, 21  
43203 Reus  
Tel. 977759305  
Fax. 977759322

Josep Lluís Piñol Moreso, professor associat del Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Universitat Rovira i Virgili, i Enric Aragonès Benaiges, professor extern a la Universitat Rovira i Virgili i associat del Grup Fundació Jordi Gol

**FAN CONSTAR:**

Que el present treball, titulat "Eficàcia d'un programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió en atenció primària", que presenta Antonia Caballero Alías per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques d'aquesta universitat i que aconsegueix els requeriments per poder optar a aquest títol.

Reus, 31 de maig de 2012

Els directors de la tesi doctoral

Dr. Enric Aragonès Benaiges

Dr. Josep Lluís Piñol Moreso

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Antonia Caballero Alias

Dipòsit Legal: T.1425-2012

*Als meus pares, Francisco i Antonia*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Antonia Caballero Alias

Dipòsit Legal: T.1425-2012

## AGRAÏMENTS

Aquesta tesi és el resultat d'un esforç que ha comptat amb el suport de persones i institucions a les quals vull donar un sincer agraïment.

En primer lloc, al Dr. Enric Aragonès Benaiges, director de la tesi, metge de medicina familiar i comunitària de l'àrea bàsica de Constantí de l'Institut Català de la Salut. Li agraeixo tota la seva saviesa i experiència, els coneixements que m'ha aportat sobre el tema en què es basa aquesta tesi doctoral, la supervisió contínua del meu treball i l'interès sincer per la meva tesi.

Al Dr. Josep Lluís Piñol Moreso, responsable de la Unitat de Suport a la Investigació del Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat, codirector de la tesi. Li agraeixo la seva paciència, la disposició dels seus coneixements per ajudar-me en l'anàlisi i interpretació de les dades, i el seu assessorament durant la realització de la tesi.

Al Dr. Josep Basora Gallisà, coordinador de la Unitat de Suport a la Recerca de l'Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus de l'Institut Català de la Salut, per facilitar-me, en el seu dia, l'accés al grup de recerca en Salut Mental i Atenció Primària de Tarragona de l'Institut Català de la Salut i, d'aquesta manera, haver pogut participar en el projecte Research on Interventions for Depression Improvement (INDI) en què es basa aquesta tesi.

Al Dr. Antoni Labad Alquézar, de l'Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, catedràtic de psiquiatria de la Universitat Rovira i Virgili, pel seu interès en el projecte i pels seus consells.

A l'equip investigador del grup de recerca en Salut Mental i Atenció Primària de Tarragona, als metges de família i les infermeres d'atenció primària que van participar en el projecte i que es mencionen en l'Annex X, així com als pacients que van participar-hi. Aquest estudi no hagués estat possible sense la seva dedicació i col·laboració desinteressada.



Als meus residents de medicina familiar i comunitària, per fer-me mantenir l'estímul d'aprendre cada dia.

Agreixo a l'Institut de Salud Carlos III del Ministerio de Salud y Consumo de España (FIS Exp. PI060176, 2006) i a l'Institut d'Investigació d'Atenció Primària de la Fundació Jordi Gol i Gurina (2007) el suport financer del projecte INDI.

El meu agraïment a l'Institut d'Investigació d'Atenció Primària de la Fundació Jordi Gol i Gurina, per concedir-me la beca per a la capacitació en investigació i realització del doctorat en l'atenció primària (convocatòria 2006).

Als amics que m'han acompanyat durant els anys que ha durat aquesta tesi doctoral, per escoltar-me, recolzar-me i estimar-me: Assumpció Figols, Juan Jabbour, Diana Barrios, Julio Mediero, Silvia Onrubia, Carmina Poblet, Marcela Garay, Alba Riera, Anna Cañisà, Virgina Romera, Jaime Reula, Eugenia Martínez, Ruth Garzón, Mar Ballester, Carles Balsells i Sebastián Cabrera.

A la meva família: els meus avis, Paula, Emma, Mari Carmen i Adrian. El meu agraïment especial a les meves germanes Ana María i Pilar, per la seva amistat, el seu suport emocional i l'assessorament científic i lingüístic. I, finalment, el meu agraïment infinit i la meva dedicació d'aquesta tesi doctoral als meus pares Francisco i Antonia, pel seu suport incondicional en tots els sentits, la seva generositat, el seu amor i la seva saviesa.

*En el corazón de todos los inviernos vive una  
primavera palpitante, y detrás de cada noche,  
viene una aurora sonriente.*

*Khalil Gibran*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFICÀCIA D'UN PROGRAMA MULTICOMPONENT PER A L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Antonia Caballero Alias

Dipòsit Legal: T.1425-2012

<b>ÍNDEX</b>	<b>Pàgina</b>
<b>RESUM</b>	i
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	xi
<b>ABREVIATURES</b>	xvi
<b>ÍNDEX DE FIGURES</b>	xix
<b>ÍNDEX DE TAULES</b>	xxi
<b>1. INTRODUCCIÓ</b>	1
1.1. Breu definició de la depressió major	3
1.2. Magnitud del problema	3
1.3. Estat actual de l'abordatge de la depressió major en l'atenció primària de salut	5
1.4. Propostes de millora de la qualitat en la detecció i l'abordatge de la depressió major en atenció primària	9
1.5. Noves estratègies d'abordatge de la depressió major en atenció primària	11
1.5.1. Actuacions formatives dirigides als professionals d'atenció primària	14
1.5.2. <i>Care manager o case management</i>	16
1.5.3. El Model d'atenció a crònics aplicat a la depressió	19
1.5.4. Assistència mèdica compartida o <i>collaborative care</i>	21
1.5.5. Assistència esglaonada o <i>stepped collaborative care</i>	26
<b>2. JUSTIFICACIÓ</b>	33
<b>3. HIPÒTESI</b>	39
<b>4. OBJECTIUS</b>	43
<b>5. MATERIAL I MÈTODES</b>	47
5.1. Disseny	49
5.2. Àmbit de l'estudi	50
5.2.1. Centres d'assistència primària i metges participants	50

5.2.2. Aspectes pràctics del reclutament de centres i metges	53
5.3. Subjectes d'estudi i aspectes pràctics del reclutament de pacients	53
5.4. Aleatorització i emmascarament	55
5.5. Intervenció	58
5.5.1. Descripció del programa ADAP	58
5.5.2. Funcions del metge d'atenció primària en la intervenció	62
5.5.3. Funcions d'infermeria d'atenció primària en la intervenció	64
5.5.4. Aspectes organitzatius de la intervenció	67
5.5.4.1. Visites de seguiment	67
5.5.4.2. Coordinació amb els serveis de salut mental	71
5.5.5. Suport psicoeducatiu dels pacients deprimits	73
5.5.5.1. Material d'educació sanitària sobre la depressió	73
5.5.5.2. Activitats d'autoajuda	74
5.5.5.3. Actitud psicoterapèutica en atenció primària	75
5.5.5.4. Relació d'ajuda o <i>counselling</i>	75
5.5.5.5. Psicoeducació	76
5.5.5.6. Consell sobre hàbits de vida com a tractament coadjuvant	76
5.6. Tractament habitual de la depressió major en l'atenció primària	79
5.7. Descripció de les variables	80
5.7.1. Variables principals	80
5.7.2. Variables secundàries i modificadors de l'efecte	80
5.8. Mesuraments: recollida de les dades de seguiment a nivell basal, als 3, als 6 i als 12 mesos	81
5.8.1. Entrevista telefònica a nivell basal	82
5.8.2. Entrevistes telefòniques als 3, als 6 i als 12 mesos	83
5.9. Instruments de mesura	84
5.9.1. Qüestionari de selecció	84
5.9.2. Qüestionari estructurat	84
5.9.3. <i>Patient Health Questionnaire</i>	86
5.9.3.1. <i>Manual Diagnòstic i Estadístic de les Malalties Mentals</i>	89
5.9.4. <i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i>	92
5.9.5. <i>Duke Severity of Illness Checklist</i>	93
5.9.6. Qüestionari de salut SF-12	96

5.9.7. Test de Morisky-Green i test de Haynes-Sackett	98
5.9.8. Qüestionari sobre l'ús dels recursos sanitaris	100
5.9.9. Qüestionari de satisfacció amb els serveis prestats	101
5.10. Mètodes estadístics	104
5.10.1. Determinació de la mida de la mostra d'estudi	104
5.10.2. Pla d'anàlisi	104
<b>6. ASPECTES ÈTICS</b>	107
<b>7. RESULTATS</b>	111
7.1. Centres d'atenció primària i pacients participants	113
7.2. Característiques basals dels pacients de la mostra	116
7.2.1. Característiques sociodemogràfiques	116
7.2.2. Característiques clíniques	118
7.2.2.1. Gravetat de la depressió major	118
7.2.2.2. Ideació suïcida	120
7.2.2.3. Episodis depressius previs i duració de l'episodi actual	120
7.2.2.4. Comorbiditat psiquiàtrica	120
7.2.2.5. Comorbiditat orgànica	121
7.2.2.6. Gravetat de la depressió major segons la comorbiditat psiquiàtrica	122
7.2.2.7. Qualitat de vida relacionada amb la salut	122
7.3. Resultats clínics dels pacients amb depressió major als 3, als 6 i als 12 mesos	123
7.3.1. Gravetat de la depressió major	123
7.3.2. Ideació suïcida	124
7.3.3. Taxes de remissió dels símptomes depressius	126
7.3.4. Taxes de resposta al tractament antidepressiu	126
7.3.5. Qualitat de vida relacionada amb la salut	127
7.4. Compliment terapèutic i adherència al tractament en els pacients amb depressió major als 3, als 6 i als 12 mesos	129
7.4.1. Abandonament del tractament	131

7.5. Utilització dels serveis sanitaris	133
7.6. Satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda a causa de la seva depressió	136
<b>8. DISCUSSIÓ</b>	139
8.1. Respecte a la intervenció, l'àmbit i el disseny de l'estudi	141
8.2. Respecte a les característiques dels pacients deprimits	144
8.3. Troballes principals	149
8.4. Altres troballes	156
8.5. Limitacions	161
8.6. Implicacions per a accions futures	163
<b>9. CONCLUSIONS</b>	167
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b>	171
<b>11. ANNEXOS</b>	197
Annex I: Triptic de difusió del projecte	199
Annex II: PHQ-9	200
Annex III: Instruccions de procediment per al metge d'atenció primària	201
Annex IV: Full d'informació als pacients i document d'autorització per a la recollida i la utilització de dades	202
Annex V: Full de monitoratge	203
Annex VI: Qüestionari de salut SF-12	204
Annex VII: PRIME-MD	206
Annex VIII: DUSOI	211
Annex IX: Publicacions, comunicacions, beques i premis del projecte en què es basa aquesta tesi	212
Annex X: Grup de Recerca INDI. Àrea d'Atenció Primària Camp de Tarragona. Equip investigador. Grup Clínic Associat	216

## **RESUM**

### **INTRODUCCIÓ**

L'evidència científica ha demostrat que intervencions multicomponents per millorar l'abordatge de la depressió en atenció primària, que inclouen mesures organitzatives, formació dels professionals sanitaris, mesures educatives adreçades als pacients, potenciació del paper de la infermeria i millores en la coordinació amb el nivell especialitzat, poden millorar el procés i els resultats de l'atenció a la depressió. Tanmateix, l'efectivitat d'aquest tipus d'intervencions no ha estat avaluada en el sistema sanitari espanyol.

### **OBJECTIUS**

Avaluar l'eficàcia d'un nou programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió en atenció primària quant a la gravetat de la depressió, la resposta al tractament, la remissió de la depressió i la qualitat de vida relacionada amb la salut.

### **MÈTODES**

Disseny: assaig clínic controlat amb assignació aleatòria de conglomerats o clústers (centres d'atenció primària) dividits en grup de control (tractament habitual de la depressió) i grup d'intervenció (implementació d'un nou programa multicomponent d'abordatge de la depressió).

Àmbit i mostra d'estudi: 20 centres d'atenció primària de la província de Tarragona.

Es van incloure pacients de  $\geq 18$  anys, amb criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons el DSM-IV, que no haguessin pres antidepressius en els darrers tres mesos, amb disponibilitat de telèfon i indicació per iniciar tractament antidepressiu.

Es va excloure els pacients amb limitació física, psíquica i idiomàtica; amb malaltia comòrbida que dificultés la comprensió i/o la participació en les avaluacions de



l'estudi; els pacients amb trastorn psicòtic, trastorn bipolar, trastorn de dependència de l'alcohol o les drogues, i les pacients gestants i en període de lactància materna.

Intervenció: s'instaurà un programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió basat en el model d'atenció a crònics que inclou accions de caràcter clínic, formatiu, organitzatiu i d'educació sanitària dels pacients. Es van realitzar activitats educatives per als metges participants basats en les guies clíniques NICE i del Sistema Nacional de Salut Espanyol. Es va incorporar la figura del *care manager* a través d'infermeres de les pròpies plantilles dels equips d'atenció primària i no necessàriament amb experiència o formació prèvia en l'abordatge de la depressió. Es van establir mecanismes àgils (telèfon i correu electrònic) d'interconsulta i supervisió amb el nivell especialitzat.

Mesuraments: la recollida de les dades i monitoratge dels resultats es van realitzar mitjançant qüestionaris estandarditzats administrats en entrevistes telefòniques per un entrevistador independent de l'equip investigador i "cec" respecte al grup en què participava el pacient. Les entrevistes es van dur a terme als 0 (basal), als 3, als 6 i als 12 mesos de la intervenció.

Variables principals: gravetat de la depressió, taxa de resposta al tractament, taxa de remissió dels símptomes depressius i qualitat de vida relacionada amb la salut.

Estratègia d'anàlisi: l'anàlisi dels resultats es va fer per intenció de tractar i a nivell de pacients valorats individualment. Es va comparar els dos grups per constatar que no hi havia diferències significatives entre ells. S'utilitzà la prova T de Student per a les variables contínues i la prova de Chi quadrat per a les variables categòriques. En l'anàlisi es va considerar l'efecte del disseny en la potencial falta d'independència entre observacions dins d'un mateix conglomerat.

Per avaluar l'efecte de la intervenció sobre les variables dicotòmiques s'utilitzà el model d'efectes mixtos de regressió logística (ajustat per clústers) i es calculà l'*Odds Ratio* (IC95%) del grup d'intervenció respecte al grup de control com la mesura de l'efecte. Per avaluar l'efecte de la intervenció sobre les variables contínues s'utilitzà un model de regressió lineal amb efectes aleatoris (ajustat per clústers) i es calculà la diferència de la mitjana ajustada (IC95%) del grup d'intervenció enfront a la del grup de control. Per a les variables de resultat principals, es calculà l'ICC. Es va considerar una  $p < 0.05$  estadísticament significativa en tots els casos i s'utilitzà els programes estadístics STATA IC/11.0 i SPSS 15.0.

## **RESULTATS**

Es van incloure 338 pacients, 149 en el grup de control i 189 en el grup d'intervenció. En l'avaluació basal no es van trobar diferències significatives entre els grups en les característiques sociodemogràfiques: tenien una edat mitjana de  $47.5 \pm 14.5$  anys en el grup d'intervenció i de  $47.8 \pm 14.9$  anys en el grup de control; la majoria eren dones (81.0% i 77.2%, respectivament); estaven casats o vivien en parella (68.2% enfront de 67.1%); tenien estudis primaris (39.1% enfront de 39.6%); pertanyien a les classes socials IVa en el grup d'intervenció (34.3%) i IVb en el grup de control (28.6%), i es trobaven en situació laboral activa en el moment de la inclusió en l'estudi (60.6% enfront de 59.0%).

No hi havia diferències significatives en la puntuació mitjana de la gravetat de la depressió entre els grups ( $18.10 \pm 5.20$  enfront de  $17.66 \pm 4.80$ ). Un 81% del total dels pacients presentaven comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics (distímia, trastorn de pànic, trastorn d'ansietat inespecífica, trastorn d'ansietat generalitzada) en proporcions similars en ambdós grups, excepte per al trastorn d'ansietat generalitzada, que va ser més freqüent en el grup d'intervenció (51.9%) enfront del

grup de control (40.3%), ( $p=0.034$ ). No es van trobar diferències significatives entre els grups en termes de qualitat de vida relacionada amb la salut tant en el component de salut mental ( $22.27\pm 9.05$  enfront de  $22.73\pm 10.44$ ) com en el component de salut física ( $47.48\pm 10.98$  enfront de  $48.24\pm 11.24$ ).

La puntuació mitjana de la gravetat de la depressió va disminuir en el grup d'intervenció amb diferències estadísticament significatives respecte al grup de control als 3 mesos de l'inici de la intervenció ( $9.48\pm 7.14$  enfront de  $11.90\pm 6.97$ ,  $p=0.009$ ) i als 6 mesos ( $7.97\pm 7.22$  enfront de  $10.46\pm 7.22$ ,  $p=0.009$ ). No es van trobar diferències significatives entre els grups d'estudi als 12 mesos ( $7.15\pm 7.11$  enfront de  $8.78\pm 6.99$ ,  $p=0.053$ ).

Les taxes de remissió van ser més elevades en el grup d'intervenció que en el grup de control en tot el període d'estudi amb diferències estadísticament significatives: 31.9% enfront de 15.2% als 3 mesos ( $p=0.001$ ), 45.2% enfront de 23.9% als 6 mesos ( $p<0.001$ ) i 48.8% enfront de 35.4% als 12 mesos ( $p=0.026$ ).

Les taxes de resposta al tractament en el grup d'intervenció van ser més elevades que en el grup de control en tot el període d'estudi, amb diferències estadísticament significatives: 53.8% enfront de 37.0% als 3 mesos ( $p=0.003$ ), 61.0% enfront de 45.5% als 6 mesos ( $p=0.007$ ) i 66.9% enfront de 51.5% als 12 mesos ( $p=0.011$ ).

La qualitat de vida relacionada amb la salut va tenir una millor evolució en el component de salut mental en el grup d'intervenció respecte al grup de control, amb diferències significatives en tot el període d'estudi:  $39.20\pm 15.04$  enfront de  $33.09\pm 14.14$  als 3 mesos ( $p<0.001$ ),  $42.39\pm 14.66$  enfront de  $36.66\pm 15.69$  als 6 mesos ( $p=0.004$ ) i  $43.39\pm 14.12$  enfront de  $38.49\pm 15.32$  als 12 mesos ( $p=0.012$ ).

El component de salut física es va mantenir sense variació en els dos grups i no es van trobar diferències estadísticament significatives.

## **CONCLUSIONS**

Els resultats observats en l'estudi donen suport al valor clínic del nou programa multicomponent instaurat per a l'abordatge de la depressió major en atenció primària i confirmen que va ser més efectiu enfront del tractament habitual en la millora dels resultats clínics de la depressió a curt (3 i 6 mesos) i a llarg termini (12 mesos).

Amb el programa es van assolir millors resultats en el grup d'intervenció enfront del grup de control, atès que va disminuir la gravetat de la depressió, va augmentar les taxes de remissió dels símptomes depressius i de la resposta al tractament i va millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut en el component de salut mental.

La viabilitat del programa i els millors resultats clínics assolits després de la intervenció, d'acord amb l'evidència científica aportada pels resultats d'altres estudis publicats (majoritàriament americans), demostren que els models de gestió de la depressió fonamentats en programes multicomponents basats en el model d'atenció a crònics poden ser recomanats, transferits i implantats a nivell de l'atenció primària del nostre sistema sanitari públic.

**(versió castellana)**

## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN**

La evidencia científica ha demostrado que intervenciones multicomponentes para mejorar el abordaje de la depresión en atención primaria, que incluyen medidas organizativas, formación de los profesionales sanitarios, medidas educativas destinadas a los pacientes, potenciación del papel de la enfermería y mejoras en la coordinación con el nivel especializado, pueden mejorar el proceso y los resultados de la atención a la depresión. Sin embargo, la efectividad de este tipo de intervenciones no ha estado evaluada en el sistema sanitario español.

### **OBJETIVOS**

Evaluar la eficacia de un nuevo programa multicomponente para el abordaje de la depresión en atención primaria en cuanto a la gravedad de la depresión, la respuesta al tratamiento, la remisión de la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud.

### **MÉTODOS**

Diseño: ensayo clínico controlado con asignación aleatoria de conglomerados o clústers (centros de atención primaria) divididos en grupo de control (tratamiento habitual de la depresión) y grupo de intervención (implementación de un nuevo programa multicomponente de abordaje de la depresión).

Ámbito y muestra de estudio: 20 centros de atención primaria de la provincia de Tarragona. Se incluyeron pacientes de  $\geq 18$  años, con criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según el DSM-IV, que no hubieran tomado antidepresivos en los últimos tres meses, con disponibilidad de teléfono e indicación de iniciar tratamiento antidepresivo. Se excluyó a los pacientes con limitación física, psíquica

e idiomàtica; con enfermedad concomitante que dificultara la comprensión y/o la participación en las evaluaciones del estudio; a los pacientes con trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno por dependencia del alcohol o las drogas; a las pacientes gestantes y en período de lactancia materna.

Intervención: en el grupo de intervención se instauró un programa multicomponente para el abordaje de la depresión basado el el modelo de atención a crónicos que incluye acciones de carácter clínico, formativo, organizativo y de educación sanitaria de los pacientes. Se realizaron actividades educativas para los médicos participantes mediante cursillos basados en las guías clínicas NICE y del Sistema Nacional de Salud Español. Se incorporó la figura del *care manager* mediante enfermeras de las propias plantillas de los equipos de atención primaria y no necesariamente con experiencia o formación previa en el abordaje de la depresión. Se establecieron mecanismos ágiles (teléfono y correo electrónico) de interconsulta y supervisión con el nivel especializado.

Mediciones: la recogida de los datos y la monitorización de los resultados se hizo a través de cuestionarios estandarizados administrados en entrevistas telefónicas por un entrevistador independiente del equipo investigador y "ciego" respecto al grupo en que participaba el paciente. Las entrevistas se realizaron a los 0 (basal), a los 3, a los 6 y a los 12 meses de la intervención.

VARIABLES PRINCIPALES: gravedad de la depresión, tasa de respuesta al tratamiento, tasa de remisión de los síntomas depresivos y calidad de vida relacionada con la salud.

Estrategia de análisis: el análisis de los resultados se hizo por intención de tratar y a nivel de los pacientes valorados individualmente. Se comparó los dos grupos para constatar que no había diferencias significativas entre ellos. Se utilizó la prueba T

de Student para las variables continuas y la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas. En el análisis se consideró el efecto del diseño en la potencial falta de independencia entre observaciones dentro de un mismo conglomerado.

Para evaluar el efecto de la intervención sobre las variables dicotómicas se usó el modelo de efectos mixtos de regresión logística (ajustado por clústers) y se calculó la *Odds Ratio* (IC95%) del grupo de intervención respecto al grupo de control como la medida del efecto. Para evaluar el efecto de la intervención sobre las variables continuas se usó un modelo de regresión lineal con efectos aleatorios (ajustado por clústers), y se calculó la diferencia de la media ajustada (IC95%) del grupo de intervención respecto a la del grupo de control. Para las variables de resultado principal se calculó el ICC. Se consideró una  $p < 0.05$  estadísticamente significativa en todos los casos, y se utilizó el programa estadístico STATA IC/11.0 y SPSS 15.0.

## **RESULTADOS**

Se incluyeron 338 pacientes, 149 en el grupo de control y 189 en el grupo de intervención. En la evaluación basal no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las características sociodemográficas: tenían una edad media de  $47.5 \pm 14.5$  años en el grupo de intervención y de  $47.8 \pm 14.9$  años en el grupo de control; la mayoría eran mujeres (81.0% y 77.2%, respectivamente); estaban casados o vivían en pareja (68.2% frente a 67.1%); tenían estudios primarios (39.1% frente a 39.6%); pertenecían a las clases sociales IVa en el grupo de intervención (34.3%) y IVb en el grupo de control (28.6%), y se encontraban en situación laboral activa en el momento de la inclusión en el estudio (60.6% frente a 59.0%).

No hubo diferencias significativas en la puntuación media de la gravedad de la depresión entre los grupos ( $18.10 \pm 5.20$  frente a  $17.66 \pm 4.80$ ). Un 81% del total de los pacientes presentaban comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (distimia,

trastorno de pánico, trastorno de ansiedad inespecífica, trastorno de ansiedad generalizada) en proporciones similares en los dos grupos, excepto para el trastorno de ansiedad generalizada, que fue más frecuente en el grupo de intervención (51.9%) frente al grupo de control (40.3%), ( $p=0.034$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio en términos de calidad de vida relacionada con la salud, tanto en el componente de salud mental ( $22.27\pm 9.05$  frente a  $22.73\pm 10.44$ ) como en el componente de salud física ( $47.48\pm 10.98$  frente a  $48.24\pm 11.24$ ).

La puntuación media de la gravedad de la depresión disminuyó en el grupo de intervención con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de control a los 3 meses del inicio de la intervención ( $9.48\pm 7.14$  frente a  $11.90\pm 6.97$ ,  $p=0.009$ ) y a los 6 meses ( $7.97\pm 7.22$  frente a  $10.46\pm 7.22$ ,  $p=0.009$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de estudio a los 12 meses ( $7.15\pm 7.11$  frente a  $8.78\pm 6.99$ ,  $p=0.053$ ).

Las tasas de remisión fueron más elevadas en el grupo de intervención que en el grupo de control en todo el período de estudio con diferencias estadísticamente significativas: 31.9% frente a 15.2% a los 3 meses ( $p=0.001$ ), 45.2% frente a 23.9% a los 6 meses ( $p<0.001$ ) y 48.8% frente a 35.4% a los 12 meses ( $p=0.026$ ).

Las tasas de respuesta al tratamiento en el grupo de intervención fueron más elevadas que en el grupo de control en todo el período de estudio con diferencias estadísticamente significativas: 53.8% frente a 37.0% a los 3 meses ( $p=0.003$ ), 61.0% frente a 45.5% a los 6 meses ( $p=0.007$ ) y 66.9% frente a 51.5% a los 12 meses ( $p=0.011$ ).



La calidad de vida relacionada con la salud tuvo una mejor evolución en el componente de salud mental en el grupo de intervención respecto al grupo de control, con diferencias significativas en todo el período de estudio:  $39.20 \pm 15.04$  frente a  $33.09 \pm 14.14$  a los 3 meses ( $p < 0.001$ ),  $42.39 \pm 14.66$  frente a  $36.66 \pm 15.69$  a los 6 meses ( $p = 0.004$ ) y  $43.39 \pm 14.12$  frente a  $38.49 \pm 15.32$  a los 12 meses ( $p = 0.012$ ). El componente de salud física se mantuvo sin variación en los dos grupos y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados observados en el estudio apoyan el valor clínico del nuevo programa multicomponente instaurado para el abordaje de la depresión en atención primaria y confirman que fue más efectivo en comparación con el tratamiento habitual en la mejora de los resultados clínicos de la depresión a corto (3 y 6 meses) y a largo plazo (12 meses).

Con el programa se consiguieron mejores resultados en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, dado que disminuyó la gravedad de la depresión, aumentó las tasas de remisión de los síntomas depresivos y de la respuesta al tratamiento y mejoró la calidad de vida relacionada con la salud en el componente de salud mental.

La viabilidad del programa y los mejores resultados clínicos conseguidos después de la intervención, de acuerdo con la evidencia científica aportada por los resultados de otros estudios publicados (en su mayoría americanos), demuestran que los modelos de gestión de la depresión fundamentados en programas multicomponentes basados en el modelo de atención a crónicos pueden ser recomendados, transferidos e implantados a nivel de la atención primaria de nuestro sistema sanitario público.

**(versió anglesa)**

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

Scientific evidence has shown that multi-component interventions to improve the treatment of depression in primary care, including organisational measures, training of health professionals, educating patients, empowering nurses and improvement liaisons with specialist, can improve the process and outcomes in the treatment of depression. However, the effectiveness of such interventions has not been evaluated in the spanish health system.

### **OBJECTIVES**

Evaluate the effectiveness of a new multi-component program in patients suffering with major depression treated in primary care centres in terms of the severity of depression, response to treatment, remission of depression and quality of life related to health.

### **METHODS**

Design: controlled clinical trial with random allocation of clusters (primary care centres) with a control group (usual treatment of depression) and intervention group (implementation of a multi-component approach to depression).

Area and study sample: 20 primary care centres in the province of Tarragona. Inclusion criteria were patients  $\geq 18$  years, with diagnostic criteria for major depressive episode according to DSM-IV, had not taken antidepressants in the last three months, had access to a telephone and werewilling to take antidepressants. Exclusion criteria were patients with physical, mental and language impairments; with concomitant disease impairing the understanding or participation in the study

evaluations, patients with psychotic or bipolar disorder, alcohol and drug dependence; pregnant and breastfeeding women.

Intervention: the intervention group used a multi-component program to approach depression based on the chronic care model with clinical, educational, organizational and patient health education components. Educational activities for the participating physicians in the form of workshops, based on the clinical guidelines of NICE and the Spanish National Health System, were applied. The role of the care manager was introduced. The care manager was a nurse from the primary care team without any experience or training in dealing with depression. Flexible mechanisms were established (telephone and e-mail) for consultation and supervision from the specialized level.

Measurements: the outcomes were monitored by structured questionnaires conducted over the phone by an interviewer who did not know which group the participant was in. The follow-up interviews took place at baseline and at 3, 6 and 12 months.

Main variables: severity of depression, response to treatment, remission of depression and quality of life related to health.

Strategy of analysis: randomisation was performed at the primary care centre level and the outcomes of the intervention were analysed at the patient level. Data was analysed on an intention to treat basis. First the intervention group was compared to the control group to verify that there were no differences in their baseline characteristics. Student's t-test was used for continuous variables and the Chi-squared test for categorical variables. To evaluate the effect of the intervention on the continuous variables, a multilevel mixed-effects logistic regression (adjusted by cluster) and an estimated the *Odds Ratio* (CI95%) of the intervention group with

respect to the control group as a measure of the effect was used. To measure the effect on the continuous variables random-effects (adjusted by cluster) linear regression and estimated the difference in the adjusted means (CI95%) between the intervention group and the control group was used. The ICC was calculated for the main variables.  $p < 0.05$  was considered to be statistically significant in all cases. The STATA IC/11.0 and SPSS 15.0 software were used.

## **RESULTS**

A total of 338 patients were recruited, 149 in the control group and 189 in the intervention group. There were no significant differences in the socio-demographic characteristics between the two groups: age ( $47.5 \pm 14.5$  intervention v  $47.8 \pm 14.9$  control), female (81.0% intervention v 77.2% control), married or cohabitating (68.2% intervention v 67.1% control), primary studys (39.1% intervention v 39.6% control), social class (34.3% IVa intervention v 28.6% IVb control), on employment (60.6% intervention v 59.0% control)

There were no significant differences in the score for the severity of depression between the groups ( $18.10 \pm 5.20$  intervention v  $17.66 \pm 4.80$  control). 81% of all patients had comorbidity with other psychiatric disorders (dysthymia, panic disorder, anxiety disorder unspecified, generalized anxiety disorder) in similar proportions in both groups except for generalized anxiety disorder, that it was more common in the intervention group (51.9%) compared to control group (40.3%), ( $p = 0.034$ ). There were no significant differences between the groups in the quality of life related to health: mental health component ( $22.27 \pm 9.05$  intervention v  $22.73 \pm 10.44$ ) and physical health component ( $47.48 \pm 10.98$  intervention v  $48.24 \pm 11.24$ ).

At 3 and 6 months, the score of severity of depression in the intervention group was significantly lower than that of the control group score (3 months:  $9.48 \pm 7.14$  v  $11.90 \pm 6.97$ ,  $p=0.009$ ; 6 months:  $7.97 \pm 7.22$  v  $10.46 \pm 7.22$ ,  $p=0.009$ ). At 12 months, there were no significant differences in the score between the groups ( $7.15 \pm 7.11$  intervention v  $8.78 \pm 6.99$  control,  $p=0.053$ ).

Remission of depression was also significantly higher in the intervention group than in the control group during the length of the study: 3 months 39.1% v 15.2%,  $p=0.001$ ; 6 months: 45.2% v 23.9%,  $p<0.001$  and 12 months: 48.8% v 35.4%,  $p=0.026$ .

The response to treatment was significantly higher in the intervention group than in the control group during the length of the study: 3 months 53.8% v 37.0%,  $p=0.003$ ; 6 months: 61.0% v 45.5%,  $p=0.007$  and 12 months: 66.9% v 51.5%,  $p=0.011$ .

The quality of life related to health had a higher evolution in the mental health component in the intervention group than in the control group at 3 months:  $39.20 \pm 15.04$  v  $33.09 \pm 14.14$ ,  $p<0.001$ ; 6 months:  $42.39 \pm 14.66$  v  $36.66 \pm 15.69$ ,  $p=0.004$  and 12 months:  $43.39 \pm 14.12$  v  $38.49 \pm 15.32$ ,  $p=0.012$ . There were no significant differences in the physical health component at 3, 6 and 12 months.

## **CONCLUSIONS**

The results confirmed that the new multi-component program established for addressing major depression in primary care is more effective than the usual care. This study also showed an improvement of the clinical outcomes of depression in the short (3 and 6 months) and long term (12 months) supporting the clinical value of the multi-component program.

In the intervention group the severity of depression decreased and the remission rates of depressive symptoms, response rates to treatment and quality of life related to health in the mental component increased relative to the control group.

The viability of the multi-component program and the achieved clinical outcomes of this study corroborate scientific evidence provided by the results of other studies (mostly American), showing that models of depression management based on multi-component programs can be recommended, transferred and implemented at the primary care of our public health system.

## **ABREVIATURES**

ADAP: Abordatge de la Depressió en Atenció Primària

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

AP: Atenció Primària

BACP: British Association of Counselling and Psychotherapy

BDI: Beck Depression Inventory

CADET: Collaborative Depression Trial

CAP: Centre d'Atenció Primària

CIAP-2: Classificació Internacional de l'Atenció Primària

CIP: Codi d'Identificació Personal en el sistema sanitari públic català

CIPSAP: Classificació Internacional dels Problemes de Salut en Atenció Primària

CNO-79: Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979

CON-94: Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994

CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures

CSF-12: Component de Salut Física de l'SF-12

CSM: Centre de Salut Mental

CSM-12: Component de Salut Mental de l'SF-12

DASMAP: Diagnòstic i Avaluació de la Salut Mental a l'Atenció Primària

DE: Desviació Estàndar

DME: Diferències de Mitjanes Estandarditzades

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed.

DUSOI: Duke Severity of Illness Checklist

EAAD: European Alliance Against Depression

EAP: Equip d'Atenció Primària

ESEMeD: Study of the Epidemiology of Mental Disorders

EUA: Estats Units d'Amèrica

HAD: Escala Hospitalària d'Ansietat i Depressió

HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

HRQoL: Health-Related Quality of Life

IC: Interval de Confiança

ICC: Índex de Correlació Intraclasse

ICIC: Improving Chronic Illness Care

ICS: Institut Català de la Salut

IDIAP: Institut d'Investigació d'Atenció Primària Jordi Gol

IDS-SR: Inventory of Depressive Simptomatology-Self Report

IMPACT: Improving Mood - Promoting Access to Collaborative Treatment

INDI: Research on Interventions for Depression Improvement

ISRS: Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina

MIR: Metge Intern Resident

NICE: National Institute for Clinical Excellence Guide for Depression

OMS: Organització Mundial de la Salut

OR: Odds Ratio

PHQ-9: Patient Health Questionnaire

PQ: Patient Questionnaire

PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders

ProMTD: Primary care Monitoring for Depressive Patient's Trial

PROSPECT: The Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial

QuEST: Quality Enhancement Teaming

QVRS: Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut



RCA: Registre Central de Persones Assegurades

RESPECT-D: Re-engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression

SCL-20: Symptom Checklist-20 Depression

SCL-90: Symptom Checklist-90 Depression

SCS: Servei Català de la Salut

SF-12: Short Form-12 Health Survey

SF-36: Short Form-36 Health Survey

SMaRT: Symptom Management Research Trials

STAR\*D: Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression

TAG: Trastorn d'Ansietat Generalitzada

TIDES: Traslating Initiatives for Depression into Effective Solutions

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Live-BREF

WONCA: World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

<b>ÍNDEX DE FIGURES</b>	<b>Pàgina</b>
<b>Figura 1.1.</b> Càlcul estimat de la distància terapèutica en l'atenció a la depressió major en les diferents regions de l'OMS	7
<b>Figura 1.2.</b> Adaptació del model d'atenció a crònics del programa <i>Improving Chronic Illness Care</i> (ICIC) del Mc Coll Institute for Healthcare Innovation (EUA)	20
<b>Figura 1.3.</b> Model de <i>collaborative care</i> de l'AHRQ	23
<b>Figura 1.4.</b> Model de <i>collaborative care</i> per a l'abordatge de la depressió del projecte TIDES	24
<b>Figura 1.5.</b> Adaptació d'algoritme d' <i>stepped collaborative care</i> per al tractament de la depressió	28
<b>Figura 5.1.</b> Diagrama de flux del procés d'assignació dels centres als grups d'estudi i selecció de pacients	57
<b>Figura 5.2.</b> Curs inicial dirigit als metges d'atenció primària	59
<b>Figura 5.3.</b> Curs inicial dirigit a les infermeres d'atenció primària	59
<b>Figura 5.4.</b> Curs dirigit als metges i les infermeres a l'any de l'inici de la intervenció	60
<b>Figura 5.5.</b> Curs dirigit als metges i les infermeres als dos anys de l'inici de la intervenció	61
<b>Figura 5.6.</b> Manual per al Maneig de la Depressió en Atenció Primària desenvolupat pel grup de recerca en Salut Mental i AP de Tarragona (ICS, IDIAP Jordi Gol)	62
<b>Figura 5.7.</b> Funcions del metge d'atenció primària en la intervenció	64
<b>Figura 5.8.</b> Estoreta dissenyada per a l'ús en les consultes d'infermeria durant les visites de seguiment al pacient deprimit	66
<b>Figura 5.9.</b> Funcions de la infermera d'atenció primària en la intervenció	67
<b>Figura 5.10.</b> Freqüència recomanada de les visites mèdiques i d'infermeria al llarg del tractament de l'episodi depressiu (fase aguda, de continuació i de manteniment)	69

<b>Figura 5.11.</b> Funcions del psiquiatre de referència en la intervenció	72
<b>Figura 5.12.</b> Material d'educació sanitària sobre la depressió per al suport psicoeducatiu dels pacients depressius	74
<b>Figura 7.1.</b> Diagrama de flux dels centres d'atenció primària i dels pacients participants en l'estudi	114
<b>Figura 7.2.</b> Satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda a causa de la seva depressió, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	137

## ÍNDEX DE TAULES

## Pàgina

<b>Taula 1.1.</b>	Mesures educatives i organitzatives per millorar la qualitat de l'abordatge de la depressió	15
<b>Taula 1.2.</b>	Noves estratègies per millorar la qualitat de l'abordatge de la depressió	31
<b>Taula 2.1.</b>	Estudis europeus per a la millora de l'abordatge de la depressió major basats en els models de <i>collaborative care</i> i <i>case management</i>	37
<b>Taula 5.1.</b>	Característiques dels metges que van participar en l'estudi	51
<b>Taula 5.2.</b>	Centres d'atenció primària on es va realitzar l'estudi, ubicació, població de referència, metges de la plantilla i metges participants en cada centre	52
<b>Taula 5.3.</b>	Assignació dels centres als grups d'intervenció i de control després de l'aleatorització per aparellament	56
<b>Taula 5.4.</b>	Activitats de la consulta d'infermeria durant les visites de seguiment de l'evolució clínica del pacient deprimit i les fases del tractament	70
<b>Taula 5.5.</b>	Continguts principals de l'educació del pacient	78
<b>Taula 5.6.</b>	Classe social basada en l'ocupació (classificació abreujada)	85
<b>Taula 5.7.</b>	Nivell d'estudis (classificació abreujada)	86
<b>Taula 5.8.</b>	Criteris diagnòstics per a l'episodi depressiu major segons el DSM-IV	91
<b>Taula 5.9.</b>	Equivalències entre la puntuació final global en el DUSOI, el codi de gravetat i la gravetat de la patologia orgànica	96
<b>Taula 5.10.</b>	Avantatges i inconvenients dels mètodes per a la medicació del compliment terapèutic	99

<b>Taula 5.11.</b>	Instruments de mesura, informació recollida, professional que obté la informació i moment de recollida de la informació	103
<b>Taula 7.1.</b>	Pacients seleccionats i mostra final d'estudi, segons el centre d'atenció primària i el grup d'estudi	115
<b>Taula 7.2.</b>	Característiques sociodemogràfiques dels subjectes de la mostra d'estudi	117
<b>Taula 7.3.</b>	Característiques clíniques basals de la mostra per grups d'estudi	119
<b>Taula 7.4.</b>	Patologia orgànica comòrbida més freqüent, per grup d'estudi, segons la CIAP-2	121
<b>Taula 7.5.</b>	Pacients amb comorbiditat orgànica, per grup d'estudi, segons les categories de gravetat definides en el DUSOI	122
<b>Taula 7.6.</b>	Gravetat de la depressió major, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	124
<b>Taula 7.7.</b>	Ideació suïcida, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	125
<b>Taula 7.8.</b>	Taxes de remissió dels símptomes depressius, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	126
<b>Taula 7.9.</b>	Taxes de resposta al tractament antidepressiu, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	127
<b>Taula 7.10.</b>	Qualitat de vida relacionada amb la salut, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	128
<b>Taula 7.11.</b>	Compliment terapèutic i adherència al tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	130
<b>Taula 7.12.</b>	Responsable de la decisió de cessar el tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	131

<b>Taula 7.13.</b> Motius dels pacients per abandonar el tractament antidepressiu, segons el grup d'estudi i el període de seguiment	132
<b>Taula 7.14.</b> Nombre de visites realitzades, als 12 mesos de la intervenció, agrupant els professionals dels sistemes sanitaris públic i privat, segons el grup d'estudi	133
<b>Taula 7.15.</b> Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 3 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi	134
<b>Taula 7.16.</b> Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 6 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi	135
<b>Taula 7.17.</b> Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 12 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi	136



# **1. INTRODUCCIÓ**





## **1.1. BREU DEFINICIÓ DE LA DEPRESSIÓ MAJOR**

La depressió major és una malaltia del cervell amb base biològica en què intervenen neurotransmissors com ara la serotonina, la noradrenalina i la dopamina. Constitueix un trastorn afectiu en què predominen la tristor, l'anhedonia, la por i la inhibició. La percepció de la realitat es veu afectada per una visió negativa del futur i l'autoconcepte de la persona que pateix la malaltia canvia també de forma negativa. Pot haver-hi una sèrie de símptomes de tipus cognitiu amb alteració de la memòria i del pensament, així com una disminució de la concentració i de la creativitat. Sovint la depressió altera el ritme son-vigília (insomni, hipersòmia), afecta la vida sexual (disminució de la líbido) i produeix una pèrdua de la gana. Amb molta freqüència es manifesta només en forma de símptomes somàtics, com ara àlgies inespecífiques, alteracions digestives, dolor toràcic, cefalea, malestar general i fatiga.

Existeixen diversos factors de risc per al seu desenvolupament, com l'edat, trets de personalitat de l'individu, esdeveniments vitals estressants (divorci, pèrdua de la feina, abús sexual, mort d'un familiar, jubilació), presència de patologies orgàniques, dolor crònic, alteracions de les relacions amb familiars i persones properes i antecedents de depressió major en familiars de primer grau.

La malaltia origina un gran impacte en la vida de la persona que la pateix i pot arribar a desestructurar-la fins al punt d'afectar-ne les relacions familiars, socials i laborals.

## **1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA**

Una de cada quatre persones a Europa pateix almenys un episodi important de malaltia mental al llarg de la seva vida, sent les formes més comunes els trastorns

d'ansietat i la depressió. Actualment, als països desenvolupats, la depressió major representa una causa significativa de discapacitat, la segona en importància, només per darrere de la cardiopatia isquèmica.<sup>1</sup> En pacients amb distímia i trastorns depressius recurrents, constitueix el factor de risc de suïcidi més important.<sup>2,3</sup>

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es preveu que l'any 2020 la patologia depressiva serà la segona causa de pèrdua d'anys de vida ajustats per qualitat de vida (suma dels anys de vida potencial perduts a causa de la mortalitat prematura i dels anys de vida productiva perduts per discapacitat) en la població dels dos sexes i la primera causa de malaltia al món desenvolupat.<sup>4,5</sup>

L'*Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD),<sup>6</sup> realitzat entre el setembre de 2001 i el setembre de 2002, sobre l'epidemiologia dels trastorns mentals en la població de l'Europa occidental (Bèlgica, França, Alemanya, Itàlia, Holanda i Espanya), i que s'enquadra dins de la iniciativa de l'OMS (*The World Mental Health Survey Initiative*) amb l'objectiu de conèixer la incidència i la prevalença de les malalties mentals i les addiccions al món, va observar una prevalença d'un 4.2% dels trastorns depressius durant els últims 12 mesos (prevalença-any). De tots els trastorns depressius, la depressió major va ser el més freqüent, amb una prevalença-any d'un 3.9% i una prevalença d'un 12.8% al llarg de la vida (prevalença-vida).

A l'Estat espanyol es va dur a terme l'ESEMeD-Spain en el marc de l'ESEMeD.<sup>7,8</sup> Segons les dades finals, el 19.5% de la població presentava un trastorn mental al llarg de la seva vida i un 8.4%, durant l'últim any. També la depressió major va ser el trastorn mental més freqüent en els últims 12 mesos, amb una prevalença del 3.9% i una prevalença-vida del 10.5%.

Dins de l'ESEMeD-Spain, a Catalunya s'ha desenvolupat l'estudi SAMCAT,<sup>7</sup> que calcula que un 23.7% de la població catalana de  $\geq$  de 18 anys presentarà un trastorn de salut mental al llarg de la seva vida i estima una prevalença-vida per a la depressió major d'un 15.2% i d'un 6.2% en els últims 12 mesos.

Si tenim només en compte la població que consulta en els centres d'atenció primària (CAP), un estudi internacional multicèntric, el *Mental Illness in General Health Care*,<sup>9</sup> realitzat a 14 països de cultures diferents d'arreu del món, situa la prevalença de la depressió major en un 10.4%. Si es fa referència a la població atesa en els serveis d'atenció primària de salut de Catalunya, l'estudi *Diagnòstic i Avaluació de la Salut Mental a l'Atenció Primària (DASMAP)*<sup>10</sup> calcula una prevalença-any d'un 9.6% i una prevalença-vida d'un 29.9% per a la depressió major. En el nostre entorn més proper (Camp de Tarragona), la prevalença de la depressió major que s'ha detectat és de 14.3%.<sup>11</sup>

### **1.3. ESTAT ACTUAL DE L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

Com que l'atenció primària (AP) de salut constitueix el primer nivell assistencial del nostre sistema sanitari, l'abordatge dels trastorns mentals que pateix amb més freqüència la població, entre els quals la depressió, es duu a terme en aquest àmbit. Tanmateix, s'han constatat carències significatives respecte al patró que podríem denominar "la millor pràctica" en la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels pacients amb depressió.<sup>12</sup>

Sabem que la detecció de la depressió està associada al nivell educatiu de qui la pateix, la severitat dels símptomes depressius, la discapacitat que produeix en el

pacient i l'expressió verbal dels símptomes psicològics.<sup>13</sup> En alguns estudis s'ha observat que els trastorns depressius de fins al 50% dels pacients no es diagnostiquen en l'atenció primària.<sup>14</sup> Les dificultats per arribar a una detecció i un diagnòstic adequats poden ser degudes a la manifestació de símptomes somàtics, a la presència d'ansietat comòrbida i a la negació del pacient d'acceptar un diagnòstic de trastorn psiquiàtric.<sup>15</sup>

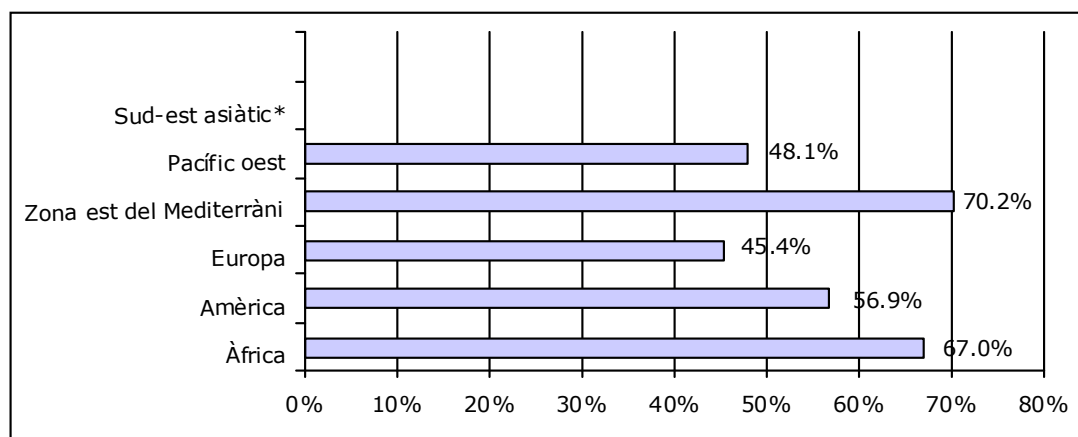
En un estudi recent es va observar que els pacients deprimits que manifestaven només símptomes somàtics eren detectats pel seu metge amb més dificultat que els pacients que manifestaven obertament el caràcter psicològic de la seva depressió.<sup>16</sup> A més, segons els resultats de l'estudi SAMCAT,<sup>7</sup> el 59% de les persones que han patit un trastorn mental a Catalunya en els últims 12 mesos no consulten cap professional sanitari (70% a l'Estat espanyol); en el cas de la depressió major, el percentatge de pacients que sí consulten per aquest motiu és mínimament superior a la meitat, fins al 55.4% dels afectats.

També s'ha comprovat que l'organització dels centres de salut pot influir en el diagnòstic,<sup>13</sup> com demostra un estudi que evidencia que els centres de salut centrats en l'individu detecten la depressió més sovint que els centres basats en la col·lectivitat. En el primer cas, els pacients estan assignats a un metge i la relació interpersonal és més directa, fet que afavoreix una comunicació més espontània i una empatia que no trobem en el segon cas, ja que els pacients són assignats a un centre de salut i no a un metge.<sup>17</sup>

Els factors que faciliten un seguiment inadequat dels pacients són una baixa formació dels metges d'atenció primària quant a la patologia depressiva i poc interès o presència de sentiments d'incomoditat a l'hora d'abordar la depressió. La falta a les consultes tant de temps com de suport informàtic que permeti un bon registre de les històries clíniques, els llargs períodes d'espera per accedir als serveis

de salut mental, les barreres institucionals per proveir els professionals dels recursos necessaris i la dificultat de comunicació entre els metges de família i els especialistes poden influir de forma negativa en l'abordatge correcte de la malaltia.<sup>18</sup>

Quant al percentatge de pacients diagnosticats que reben tractament, s'ha demostrat que en alguns casos no supera el 25%.<sup>19</sup> Una revisió de 37 estudis, en què s'analitzava quina era l'extensió de la distància terapèutica en diferents patologies psiquiàtriques en població adulta de >15 anys als països de les regions de l'OMS, va trobar que la distància entre els pacients que pateixen una depressió major i els que necessiten tractament i no el reben pot arribar fins al 56.3%, amb una gran variabilitat entre països: des d'un 15.9% a Itàlia fins a un 83.9% al Regne Unit (veure Figura 1.1).<sup>20</sup>



\*Dades no disponibles.

**Figura 1.1.** Càlcul estimat de la distància terapèutica en l'atenció a la depressió major en les diferents regions de la OMS.<sup>20</sup>

(La distància terapèutica es defineix com la diferència entre la veritable prevalença d'un trastorn i la proporció d'individus afectats per aquest trastorn que rep el tractament. També es pot expressar com el percentatge d'individus que necessita el tractament però no el rep).

Segons l'estudi SAMCAT, un 8.1% de tots els pacients que són diagnosticats d'episodi depressiu major a Catalunya no reben cap tractament.<sup>7</sup> En un estudi realitzat per Aragonès *et al.* sobre una mostra 906 pacients atesos en centres d'atenció primària a Tarragona per tal de detectar els factors que poden determinar un sobrediagnòstic de la depressió, es va determinar que, malgrat que la detecció de la depressió tingués un elevat percentatge (fins al 72%), no és garantia que després els pacients rebessin un tractament adequat i que només en un 34% dels casos rebien tractament amb antidepressius.<sup>16</sup>

En referència a l'adherència al tractament, o grau en què els pacients segueixen adequadament les instruccions respecte al tractament prescrit, les taxes d'incompliment o abandonament precoç de les prescripcions d'antidepressius a l'atenció primària són elevades i la majoria de pacients no continua amb el tractament fins als 6 mesos de l'inici (durada mínima recomanada), fet que constitueix la primera causa d'escassa resposta terapèutica.<sup>21</sup> Una revisió sistemàtica de 32 estudis per determinar els factors associats a l'adherència al tractament antidepressiu i les intervencions per millorar-la, ha demostrat que l'adherència és un problema de gran importància en l'abordatge de la depressió i que un de cada tres pacients no finalitzava el tractament.<sup>22</sup> A Catalunya, un estudi realitzat a la regió sanitària de Lleida durant 5 anys sobre la durada i l'adherència al tractament antidepressiu conclou que, del 3.2% de pacients que van iniciar un tractament, un 56% el va abandonar durant els primers 4 mesos, un 25% va continuar més enllà dels 11 mesos i només un 22% va fer un bon compliment terapèutic (durada de >4 mesos i adherència de >80%).<sup>23</sup>

D'altra banda, una vegada s'ha instaurat el tractament, el seguiment clínic de l'evolució del pacient deprimat sovint és escàs i inadequat, i es perd l'oportunitat de monitorar el compliment terapèutic i l'evolució clínica, d'implementar mesures que

permetin incrementar l'adherència al tractament i d'ajustar o modificar tractaments ineficaços.

#### **1.4. PROPOSTES DE MILLORA DE LA QUALITAT EN LA DETECCIÓ I L'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN ATENCIÓ PRIMÀRIA**

L'estudi *Psychological Problems in General Health Care*, finançat per l'OMS i desenvolupat a diferents països, suggereix que la taxa de detecció de la depressió en l'atenció primària es pot millorar si "es tenen en compte les formes més lleus amb menys discapacitat, i no només si se centra l'atenció en els casos més greus".<sup>17</sup>

Actualment existeixen diversos qüestionaris que faciliten la detecció i el cribatge dels trastorns depressius, però una revisió d'estudis demostra que no hi ha evidència que l'administració de qüestionaris, per ella mateixa, influeixi en la pràctica mèdica i en un millor abordatge de la depressió.<sup>14</sup> L'aplicació rutinària de qüestionaris per al cribatge permet augmentar lleugerament el reconeixement de la patologia depressiva, però, en general i independentment de la puntuació inicial de la gravetat del trastorn afectiu, es produeix un impacte mínim o nul sobre la detecció de la depressió, el tractament o el resultat en l'àmbit de l'atenció primària.<sup>24</sup>

La utilització de les guies clíniques i els algorismes per a l'abordatge de la depressió pot proporcionar una ajuda durant la fase aguda del tractament, però sense continuïtat a llarg termini.<sup>25</sup> L'ús d'aquestes eines d'abordatge i les estratègies per a implementar-les, per si mateixes, no augmenten l'adherència dels professionals a les recomanacions i les dificultats i els entrebancs per a implantar-les es relacionen amb programes de millora de la qualitat (política clínica) i amb una falta d'actuació



dels professionals davant la possibilitat de canvi, que pot estar potenciada per la baixa percepció dels propis metges de les seves habilitats per actuar amb més eficàcia.<sup>26,27</sup>

Per poder superar les dificultats esmentades i aconseguir canvis en el comportament clínic dels metges que permetin un increment del diagnòstic i una millora de l'abordatge de la depressió, s'han proposat alguns mètodes que comprenen des de la disseminació de guies clíniques combinades amb auditories i *feedback* fins a trobades educatives recordatòries o una nova organització dels serveis sanitaris. Aquests mètodes inclouen fins i tot la implementació d'instruments per ajudar de forma individual els professionals sanitaris de l'atenció primària a detectar i sol·lucionar les dificultats i els aspectes psicològics (diferents motius de consulta per visita, sentiments incòmodes davant el pacient deprimit, por a preguntar sobre el suïcidi, poc interès per abordar l'estat afectiu del pacient, infravaloració dels símptomes depressius) que poden interferir en un maneig més efectiu. Alguns exemples d'aquests instruments poden ser: qüestionaris fàcils i ràpids de respondre que ajudin el metge en el diagnòstic, facilitar la comunicació amb els psiquiatres (sobretot per comentar els pacients més complexos), educar els pacients i el *case management* (veure apartat 1.5.2).<sup>27,28</sup>

Un fet que cal tenir present és que, actualment, la majoria de les estratègies de millora de la qualitat en l'atenció a la depressió se centren en l'abordatge de l'episodi agut de la depressió, encara que recentment s'han proposat algunes actuacions que també inclouen entre els objectius la prevenció de recaigudes dels pacients recuperats de l'episodi agut. Aquestes actuacions estan basades en mesures educatives orientades al pacient sobre la patologia depressiva i en actuacions de *case management*, que inclou un seguiment telefònic periòdic, la identificació de les circumstàncies psicosocials adverses o estressants, el

manteniment del tractament durant el període de temps adequat i el monitoratge dels registres informatitzats de prescripció. Un assaig aleatoritzat ha demostrat que aquest tipus d'actuació millora el maneig terapèutic i farmacològic, i augmenta l'adherència al tractament i el nombre de dies lliures de depressió en 12 mesos en comparació d'un abordatge convencional.<sup>29,30</sup>

Altres assajos han avaluat una intervenció multifactorial qualificada com de millora de la qualitat amb l'objectiu d'incrementar la detecció i la millora en el maneig de la depressió.<sup>31,32,33</sup> Aquesta intervenció inclou el cribratge de la depressió, la formació dels metges, la incorporació de líders d'opinió, materials per als pacients, la incorporació de les infermeres com a *case managers* i la millora en la coordinació amb el nivell especialitzat. Es van constatar millores en els resultats als 6 i als 12 mesos, que això no obstant es diluïen als 24 mesos. Tanmateix, recentment s'han publicat resultats sobre la persistència d'un impacte beneficiós d'aquestes estratègies de millora de la qualitat al cap de cinc anys.<sup>34</sup>

## **1.5. NOVES ESTRATÈGIES D'ABORDATGE DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN ATENCIÓ PRIMÀRIA**

L'OMS, en la seva estratègia per a la salut mental, considera que, per reduir l'impacte de la depressió en termes de salut pública, és molt important disminuir la gran distància terapèutica que existeix en l'abordatge de la patologia depressiva per tal que els pacients afectats puguin rebre els beneficis de les "mesures de tractament disponibles i potencialment efectives".<sup>3</sup> Un objectiu específic en aquesta línia és la provisió d'un abordatge efectiu de la depressió en l'àmbit de l'atenció primària, per exemple facilitant i augmentant l'accés als fàrmacs antidepressius,

així com establint polítiques i programes nacionals dirigits a la salut mental i a donar més suport a la recerca.<sup>20,35</sup>

El *Libro Verde para la Salud Mental en Europa*, redactat per l'OMS-Europa, recull les iniciatives que s'han dut a terme en els últims anys per potenciar un millor abordatge dels problemes de salut mental.<sup>2</sup> Una d'aquestes iniciatives va ser el projecte pilot de l'European Alliance Against Depression (EAAD) durant els anys 2004 i 2005.<sup>36,37</sup> Amb la participació de 18 països europeus (Alemanya, Anglaterra, Àustria, Bèlgica, Escòcia, Eslovènia, Espanya, Estònia, Finlàndia, França, Holanda, Hongria, Irlanda, Islàndia, Itàlia, Luxemburg, Portugal i Suïssa), aquest estudi tenia l'objectiu final de reduir la patologia depressiva i el risc de suïcidi mitjançant la implementació d'un programa d'intervenció, format per un equip multidisciplinar, que va ser aplicat a quatre àmbits: formació dels metges de família per millorar el diagnòstic i el tractament, campanyes d'informació a la població general, informació sobre la depressió en els centres socials i estratègies per facilitar el contacte metge-pacient en pacients d'alt risc. El resultat final d'aquest projecte ha estat la disminució d'un 25% del nombre d'intents de suïcidi dels pacients amb depressió.<sup>2</sup>

En el document *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* (any 2007) del Ministeri de Sanitat i Consum es recomana que l'atenció primària i el nivell especialitzat treballin de forma coordinada establint estratègies d'actuació, objectius comuns, protocols de derivacions i col·laboració en l'abordatge dels trastorns mentals mitjançant un equip multidisciplinar que estigui format per diferents especialistes (psiquiatres, psicòlegs clínics, infermers en salut mental, treballadors socials) amb l'objectiu de millorar els resultats.<sup>38</sup>

Seguint aquesta línia, a Catalunya, s'ha desenvolupat el *Pla director de Salut Mental i Addiccions* (any 2006) amb els objectius d'identificar els aspectes que cal millorar en la coordinació entre els equips d'atenció primària i de salut mental, i

d'implementar intervencions sanitàries efectives per tractar les persones amb trastorns mentals, per tal de millorar-ne l'atenció i la qualitat de vida.<sup>39</sup> Aquest pla proposa un model assistencial en què els professionals dels serveis de salut mental i de l'atenció primària treballin conjuntament, integrant el nivell especialitzat dins de l'àmbit de l'assistència primària mitjançant la incorporació d'un equip de professionals format per un psiquiatre, un psicòleg i un infermer al mateix espai dels CAP. Els equips col·laboren en el diagnòstic i seguiment dels pacients amb l'objectiu final d'aconseguir una millora de la qualitat en la gestió de l'atenció primària, donant suport als serveis de salut mental (filtració de les demandes i millora de la qualitat de les derivacions).

Actualment, una estratègia molt estesa en el nostre àmbit sanitari per a l'abordatge de la depressió és la psiquiatria d'enllaç entre l'atenció primària i el nivell especialitzat, que facilita als metges de família el suport de psiquiatres mitjançant la programació de consultories i l'accessibilitat per discutir i plantejar els casos més complexos, compartint la responsabilitat del seguiment dels pacients. Però, si bé aquesta intervenció millora l'actitud i la confiança dels metges d'atenció primària envers els problemes de salut mental i pot incrementar-ne progressivament les capacitats per abordar-los, l'efectivitat no ha estat científicament avaluada per assajos controlats.<sup>40,41</sup>

Val a dir que la implementació de nous models per a un millor abordatge de la patologia depressiva per part de l'atenció primària s'ha anat produint des de l'inici dels anys 90 en assumir la depressió com una malaltia crònica.<sup>42,43</sup> Aquests models incorporen la cooperació entre l'atenció primària i els professionals de la salut mental, la figura del *care manager*, amb supervisió per psiquiatres mitjançant trucades telefòniques i suggeriments de canvis en el tractament, i un seguiment més sistemàtic.<sup>44</sup> El simple suport telefònic dirigit al pacient no proporciona cap

avantatge si es compara amb l'abordatge habitual, però si es fa conjuntament un assessorament i un monitoratge a través de consellers o infermeres quan es combina amb altres intervencions,<sup>45</sup> sí que s'han observat canvis en la conducta dels pacients envers la seva salut amb augment de l'adherència al tractament farmacològic,<sup>46</sup> una millora en l'abordatge de la depressió, disminució dels símptomes depressius i menors taxes d'empitjorament.<sup>47,48,49</sup>

Seguint aquesta línia, per millorar el diagnòstic i l'abordatge terapèutic de la depressió en l'atenció primària i assolir quotes d'efectivitat més elevades i més properes a l'eficàcia potencial dels tractaments disponibles, s'han proposat algunes estratègies de tipus educatiu i organitzatiu que inclouen formació dels professionals sanitaris amb disponibilitat de guies de pràctica clínica i estratègies per a difondre-les i implementar-ne l'ús;<sup>50,51</sup> *case management*;<sup>52</sup> mecanismes de coordinació i d'enllaç entre l'àmbit psiquiàtric especialitzat i l'atenció primària,<sup>53</sup> i col·laboració entre el nivell de l'atenció primària i el nivell psiquiàtric especialitzat amb una continuïtat esglaonada en l'assistència al pacient deprimat.<sup>52</sup> En la literatura existeixen diverses revisions sistemàtiques que recullen l'evidència científica de l'efectivitat d'aquestes noves estratègies, que s'expliquen a continuació més detalladament.<sup>54,55,56</sup>

### **1.5.1. Actuacions formatives dirigides als professionals d'atenció primària**

Les estratègies formatives per millorar la detecció i l'abordatge de la depressió són de naturalesa diversa i inclouen disseminació de guies de pràctica clínica,<sup>50</sup> formació en mètodes de millora contínua de la qualitat,<sup>57,58</sup> formació grupal,<sup>59</sup> utilització de líders d'opinió locals per realitzar la funció de formadors dels seus companys, i altres estratègies educatives i d'habilitats pràctiques<sup>60</sup> (veure Taula 1.1).

**Taula 1.1.** Mesures educatives i organitzatives per millorar la qualitat de l'abordatge de la depressió.<sup>28, 35</sup>

---

**Mesures educatives**

---

- Material educatiu per als professionals (guies clíniques).
- Sessions clíniques, grups de treball, conferències, estades formatives i en pràctiques.
- Actualització de coneixements amb sessions educatives realitzades per professionals ensinistrats amb la finalitat de produir un canvi de la pràctica mèdica.
- Consens entre professionals: compartir el problema clínic i discutir-lo en grup per arribar a un acord sobre quin seria l'abordatge més adequat.
- Líders d'opinió locals: metges seleccionats pels mateixos companys per la seva capacitat educativa i pel seu prestigi.
- Informació aportada pels pacients mitjançant qüestionaris i enquestes.
- Recordatoris per als pacients (verbal, en paper, informatitzats).
- Motivar els professionals en la identificació d'obstacles per al canvi i dissenyar estratègies que aportin intervencions per superar-los.

---

**Guies de pràctica clínica**

---

- Ajuden i orienten els metges a decidir l'abordatge de situacions clíniques determinades.
- Intervencions basades en estratègies educatives i organitzatives (*case management*, *collaborative care* i *stepped care*) ajuden a implementar-les.

---

**Mesures organitzatives**

---

- Canvi del rol dels professionals que permeti el desenvolupament de noves tasques.
  - Equips clínics multidisciplinars per afavorir la col·laboració entre professionals de diferents especialitats.
  - Integració de diferents serveis per treballar conjuntament i alhora.
  - Incorporació de nous models per al seguiment (*case management*) i la coordinació del tractament que facilitin i assegurin l'assistència continuada en el temps.
-

S'han dut a terme diversos estudis per avaluar l'impacte d'aquestes estratègies formatives.<sup>27,35,61</sup> El primer i més conegut, desenvolupat a mitjan els anys 80, és l'estudi de Gotland (Suècia) en què es va realitzar una intervenció formativa dirigida als metges d'atenció primària i es demostraren millores en el tractament farmacològic de la depressió i una reducció en la taxa de suïcidi.<sup>62,63</sup> L'estudi de Hampshire, al Regne Unit, avaluava l'estratègia d'implementació d'una guia clínica mitjançant activitats de formació dels metges d'atenció primària (materials educatius, sessions formatives en petits grups i *role-playing*) i, si bé aquestes van ser ben acceptades i valorades pels metges, no es va demostrar cap impacte ni en la proporció de pacients amb depressió diagnosticats ni en la millora dels resultats clínics als 6 mesos.<sup>64</sup>

En general, aquestes aproximacions han demostrat una efectivitat en la millora dels coneixements i en el canvi de les actituds dels metges envers l'atenció a la depressió,<sup>57,59,60</sup> però no s'ha provat que tinguin efectes significatius en els resultats clínics obtinguts amb pacients deprimits.<sup>55,58,61,64,65,66</sup> Així doncs, es pot extreure la conclusió que les intervencions formatives (incloent-hi les guies de pràctica clínica), per si mateixes, tenen una repercussió mínima en el maneig de la depressió en l'atenció primària i només són efectives si van acompanyades d'altres mesures, especialment de recolzament i de tipus organitzatiu: infermeria, *case management*, *collaborative care* (veure apartat 1.5.4) i modificacions dels processos assistencials.<sup>26,64</sup>

### **1.5.2. Care manager o case management**

Un *care manager* és una persona que organitza serveis de salut necessaris per treballar amb un individu o amb grups de pacients mitjançant un pla de desenvolupament, coordinació, monitoratge i avaluació.<sup>67</sup> Pot ser un metge, una infermera, un altre professional sanitari o un treballador social, i la seva acció

inclou des de supervisar l'evolució clínica, la pràctica de guies i promoure la cura i l'assessorament, fins a l'abordatge de qüestions ètiques o legals; en el cas de la infermera, s'assegura que els pacients obtinguin els serveis de salut i els beneficis que necessitin (veure Taula 1.2, pàgina 31).<sup>68</sup>

Diverses intervencions amb resultats positius incorporen la figura del *care manager*, desenvolupada majoritàriament per infermeres d'atenció primària, i en una metanàlisi es confirma l'evidència d'un benefici tant a curt (6 mesos) com a llarg termini (12, 18, 24 mesos i 5 anys) quan intervé el *care manager* en l'abordatge de la depressió.<sup>69</sup>

En alguns estudis la intervenció de la infermera consisteix a proporcionar consell i educació al pacient respecte de la medicació<sup>70</sup> o bé suport telefònic.<sup>71,72</sup> En d'altres, la infermera assumeix un paper central en una estratègia multifactorial.<sup>73,74</sup> Per exemple, en l'estudi Quality Enhancement by Strategic Teaming (QuEST) les infermeres participants van rebre formació sobre el maneig de la depressió i van assumir el paper de suport, monitoratge del tractament, seguiment de l'assistència a les visites programades i resposta al tractament segons algorismes ben especificats.<sup>75,76</sup>

Una de les principals atribucions del *care manager* és assegurar l'adherència al tractament antidepressiu i detectar possibles dificultats en el compliment terapèutic, i en alguns estudis aquest fou el focus de la intervenció.<sup>43,71,73,77</sup> En un d'aquests estudis, consells breus sobre la medicació antidepressiva i seguiment telefònic van aconseguir un millor compliment terapèutic i millors resultats clínics.<sup>71</sup> En un altre estudi es va constatar que dues visites de seguiment de vint minuts amb la infermera d'atenció primària, bàsicament per parlar de la medicació, milloraven significativament l'adherència al tractament i els resultats obtinguts en termes de recuperació dels pacients amb depressió major. En un estudi més recent,



el seguiment telefònic realitzat per infermeres incloïa un monitoratge del compliment i de la resposta al tractament i suport a activitats d'autoajuda, com ara exercicis o increment de l'activitat social.<sup>45</sup> També en aquest cas la intervenció va demostrar millors resultats en termes clínics als 3 i als 6 mesos.

En el projecte Re-engineering Systems for Primary Care Treatment of Depression (RESPECT-D), la figura del *care manager* estava representada per infermeres o treballadors socials entrenats i amb experiència en el maneig de la depressió, que s'encarregaven de la supervisió del progrés clínic mesurant la severitat de la depressió mitjançant qüestionaris i identificaven els obstacles per a l'adherència al tractament amb trucades telefòniques de 10 minuts cada 4 setmanes, fins assolir la remissió dels símptomes depressius.<sup>43,78</sup>

A Escòcia es va aconseguir la disminució als 3 mesos dels símptomes depressius de pacients amb càncer gràcies a l'aplicació d'un programa d'abordatge de la depressió, el Symptom Management Research Trials (SMaRT), en què participaven infermeres en col·laboració amb el metge d'atenció primària o l'oncòleg. El programa consistia en sessions de 45 minuts (alguna via telefònica) basades en educació sobre la depressió i la medicació antidepressiva, i aprenentatge d'exercicis i estratègies per resoldre problemes.<sup>79</sup>

A Alemanya, l'estudi Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial (ProMTD) consistia en un assaig clínic controlat aleatoritzat en l'atenció primària, per avaluar l'aplicació del *case management*, en què s'instaurava un tractament segons guies clíniques estandarditzades i un monitoratge telefònic per part d'una infermera ensinistrada en el tractament (adherència, efectes secundaris i consecució dels objectius del tractament). Va demostrar una major reducció dels símptomes depressius, una major adherència al tractament i una millor qualitat de vida.<sup>80,81</sup>

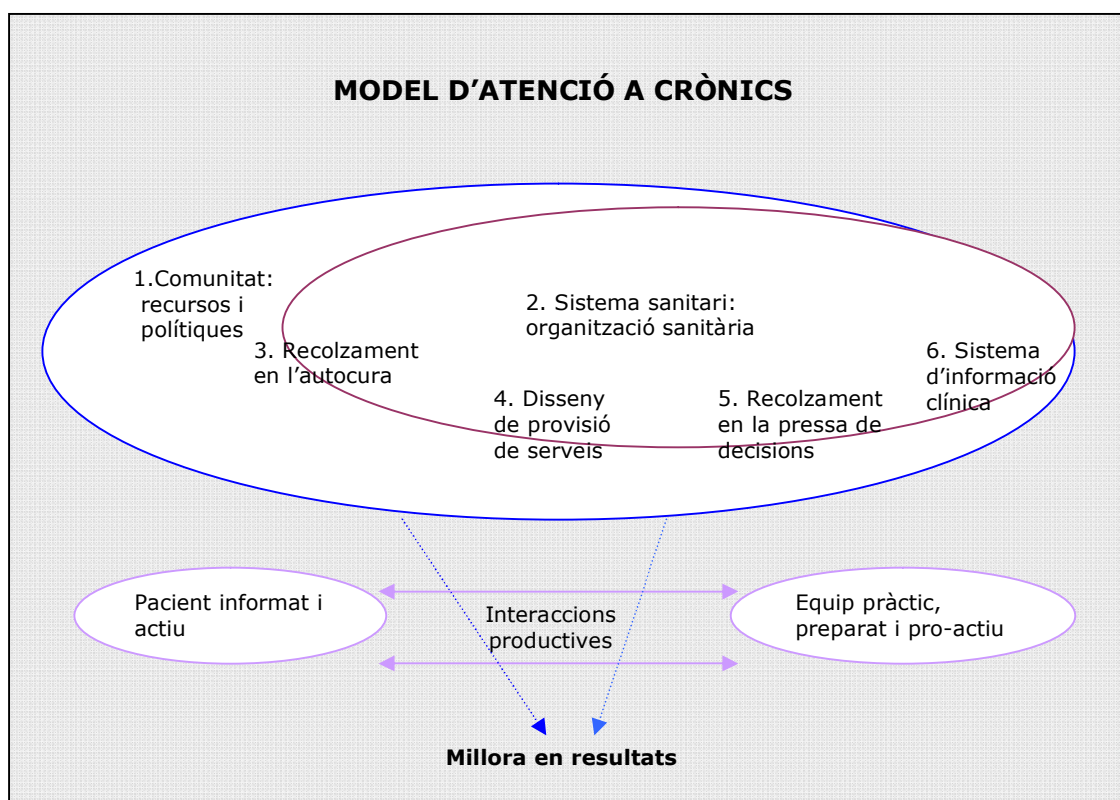
Així doncs, la incorporació de la figura del *care manager* en l'àmbit de l'atenció primària facilita tant l'abordatge de la patologia depressiva com l'assoliment de millors resultats clínics.

### **1.5.3. El Model d'atenció a crònics aplicat a la depressió**

Hi ha una tendència creixent a considerar que la depressió ha de ser abordada i tractada com una malaltia crònica, ja que la patologia depressiva no només limita la qualitat de vida del pacient, i pot conviure amb altres patologies i augmentar la morbimortalitat, sinó que també, si no es tracta adequadament i no es fa una supervisió del tractament, pot durar més de 6 mesos i incrementar les recaigudes (reagudització dels símptomes durant la remissió i abans de la recuperació), les recurrències (aparició d'un nou episodi depressiu en un pacient recuperat), la freqüentació de les consultes i els costos sanitaris.<sup>82</sup> Per tant, seguint les recomanacions i prioritats de l'OMS,<sup>3</sup> s'ha vist que les estratègies que es basen en considerar la depressió com una malaltia crònica i que van dirigides a la gran proporció de pacients que són atesos principalment en l'atenció primària semblen ser les més eficients per millorar el procés assistencial i els resultats obtinguts.<sup>83</sup>

En el model d'atenció a crònics es proposa que els equips d'atenció primària (EAP), les famílies i la comunitat col·laborin entre ells amb la disponibilitat de polítiques sanitàries positives i també amb la incorporació d'accions preventives i de promoció de la salut.<sup>3,84</sup> Aquest model procedeix dels Estats Units (EUA) i es basa en l'aplicació a l'atenció primària d'un programa de qualitat per millorar l'atenció al pacient crònic que té sis elements: suport clínic als professionals sanitaris amb guies clíniques; participació del pacient i de la seva família en el seguiment de la patologia i foment de l'autocura; repartiment de les tasques i responsabilitats entre els diferents professionals sanitaris en funció de les necessitats del pacient amb la finalitat de millorar-ne l'atenció clínica; canvis organitzatius que facilitin la

interrelació entre els diferents sistemes proveïdors de salut; participació dels serveis no sanitaris de la comunitat, i sistemes d'informació electrònica (històries clíniques informatitzades) que millorin el seguiment i l'avaluació de les intervencions i els progressos clínics (veure Figura 1.2).<sup>85,86,87,88</sup>



**Figura 1.2.** Adaptació del model d'atenció a crònics del programa *Improving Chronic Illness Care* (ICIC) del Mc Coll Institute for Health Care Innovation (EUA) [intranet]. Disponible a: <http://www.improvingchroniccare.org/> [accés: 28 de juny de 2010].

Alguns assajos clínics que utilitzen mètodes d'abordatge de malalties cròniques basats en una intervenció organitzativa i educativa en l'àmbit de l'atenció primària demostren una millora de la qualitat.<sup>28</sup> Aquestes intervencions són de diversos tipus: organitzatives, educació del pacient, cribatge mitjançant qüestionaris, educació dels metges, opinió de líders, integració amb el servei mèdic especialitzat i maneig de la cura per infermeria; també s'utilitzen intervencions basades en plans i

protocols, canvis del disseny del sistema impartit, informació als pacients, accés a un expert i sistemes de suport d'informació.

Per tant, considerant la depressió com una malaltia crònica, o al menys com una malaltia que ha de ser abordada i tractada seguint el mateix model d'atenció que s'utilitza per a altres malalties cròniques, es proposa una estratègia d'abordatge que inclou un maneig estructurat, la introducció de personal de recolzament (*care manager*) en l'atenció als pacients deprimits, seguiment clínic actiu, accessibilitat i coordinació amb el nivell psiquiàtric especialitzat, eines de recolzament a la presa de decisions (com ara guies de pràctica clínica i algorismes de diagnòstic i tractament) i mesures educatives orientades al pacient.<sup>89</sup>

#### **1.5.4. Assistència mèdica compartida o *collaborative care***

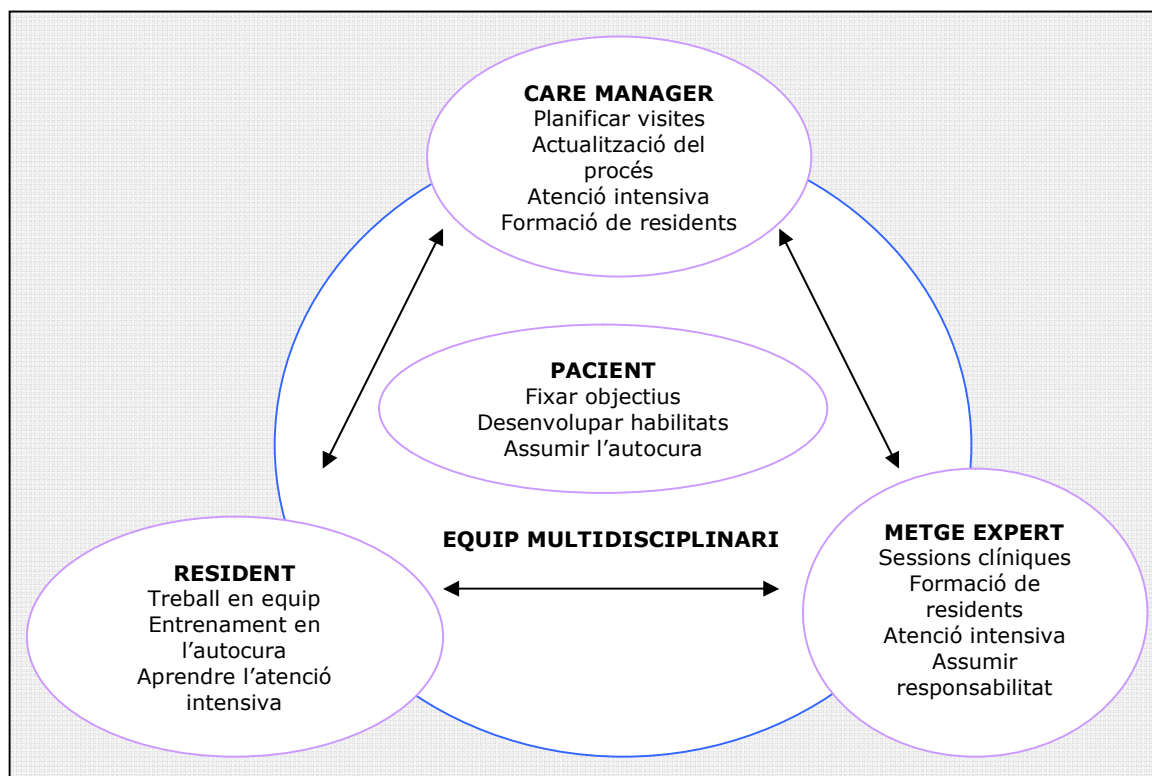
El *collaborative care* és un mètode basat en programes d'assistència mèdica compartida o de col·laboració entre els metges de l'atenció primària amb els serveis de salut mental (psicòlegs o psiquiatres), en l'educació del pacient i en la incorporació d'infermeria (veure Taula 1.2, pàgina 31).

Ofereix tractaments basats en l'evidència i utilitza algorismes de tractament dissenyats per a especialistes i altres algorismes dissenyats per a metges de família que permeten l'aplicació de diferents graons en el maneig de la depressió segons els protocols. En la literatura trobem que s'han implementat i avaluat diverses iniciatives basades en aquesta estratègia amb assajos aleatoritzats, realitzats principalment als EUA,<sup>74,90</sup> en què es proposa aquest model com l'ideal per a l'abordatge de la depressió, ja que ha demostrat increments significatius de l'adherència al tractament tant en la fase aguda com en la fase de continuació, amb resultat d'un benefici clínic i un menor cost per pacient satisfactòriament tractat,<sup>91</sup> fins i tot en pacients amb un trastorn depressiu persistent.<sup>92</sup> Altres estudis que

utilitzen una estratègia poblacional per millorar l'atenció dels pacients deprimits, basada en un abordatge intensiu que inclou educació del pacient, atenció compartida entre el metge d'atenció primària, el psiquiatre i el psicòleg (que proporciona psicoteràpia d'orientació cognitivoconductual), han demostrat els mateixos resultats amb una millora de l'adherència, un increment de les taxes de recuperació i un menor cost per pacient tractat amb èxit.<sup>93,94</sup>

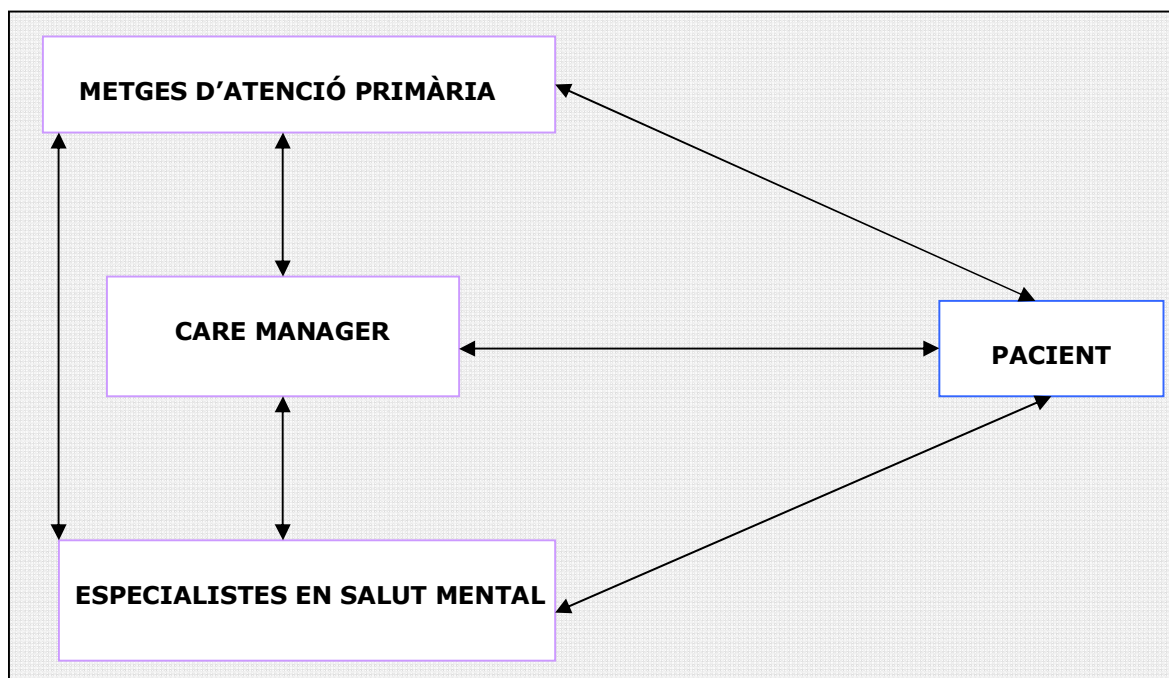
Una metanàlisi que recull la revisió de 36 estudis sobre el *collaborative care* posa en evidència que aquest model és més efectiu que un abordatge estàndard a curt i llarg termini.<sup>69</sup> En aquesta revisió, el *collaborative care* va ser definit com una intervenció multifactorial que combina l'acció de tres professionals diferents (*care manager*, metge d'atenció primària i especialista en salut mental), que treballen conjuntament en l'àmbit de l'atenció primària i que engloba des de la intervenció telefònica fins al compliment terapèutic i també intervencions més complexes que inclouen un seguiment intensiu i la incorporació d'intervencions psicosocials estructurades.

En la figura 1.3 es resumeix el model de *collaborative care* dissenyat per l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), que interrelaciona tots els components d'aquesta complexa intervenció.



**Figura 1.3.** Model de *collaborative care* de l'AHRQ [intranet]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/populations/chroniccaremodel/chronic2a4.htm> [accés: 28 de juny 2010].

En el projecte *Traslating Initiatives for Depression into Effective Solutions (TIDES)*, desenvolupat als EUA per a la millora de la qualitat en el maneig de la depressió, es feia un abordatge de la depressió com si es tractés d'una malaltia crònica, amb una intervenció basada en la col·laboració entre l'atenció primària i els serveis proveïdors de salut mental i en què participava un equip multidisciplinari format per infermeria, *care manager*, psiquiatres, metges d'atenció primària i informàtics (veure Figura 1.4).<sup>18,95</sup> La revisió dels criteris diagnòstics, l'emplenament de registres, la retroalimentació, la supervisió per especialistes, la millora del suport electrònic i els canvis polítics van proporcionar una millora dels resultats en l'abordatge de la depressió.



**Figura 1.4.** Model de *collaborative care* per a l'abordatge de la depressió del projecte TIDES.

En l'estudi RESPECT-D es va implementar un model basat en la col·laboració entre els serveis de salut mental, el *care manager* i els metges d'atenció primària.<sup>43,44,78</sup>

La intervenció incloïa educació i informació als professionals a través de reunions i butlletins, supervisió telefònica setmanal per psiquiatria, amb disposició de contacte quan fos necessari via telefònica o per correu electrònic, i seguiment telefònic amb el *care manager*. El projecte va ser molt ben acceptat entre els metges d'atenció primària i millorà l'opinió sobre la qualitat en l'abordatge de la depressió. Els obstacles que es van detectar per a implementar-lo van ser més de tipus econòmic que quant a les preferències dels professionals en el tipus d'intervenció. Els resultats que s'assoliren a curt termini van ser molt significatius, amb unes taxes de resposta i de remissió de la depressió molt bones als 3 i 6 mesos.

A l'assaig clínic Improving Mood-Promoting Acces to Collaborative Treatment (IMPACT), realitzat en centres d'atenció primària dels EUA sobre població d'edat avançada amb depressió, es va avaluar la implementació d'un programa

d'abordatge de la depressió basat en l'educació del pacient, la incorporació d'infermeres o psicòlegs com a *care managers*, el *collaborative care*, el nivell especialitzat i l'*stepped collaborative care* (veure apartat 1.5.5). Els resultats assolits al cap d'un any de posar-lo en marxa van mostrar una millora de l'adherència al tractament, una disminució de la severitat de la depressió i un increment tant de les taxes de resposta com de les taxes de remissió si es compara amb els pacients que van ser tractats segons un abordatge habitual.<sup>44,96</sup>

En un altre estudi sobre població d'edat avançada amb depressió, The prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial (PROSPECT), es va aplicar una intervenció per disminuir el risc de suïcidi basada en l'educació dels professionals, la col·laboració del *care manager* (desenvolupat per treballadors socials, psicòlegs o infermeres) amb els metges d'atenció primària i la supervisió de psiquiatria.<sup>44,97</sup> Als 12 mesos es va aconseguir un increment en la prescripció d'antidepressius, una disminució dels símptomes depressius i una disminució del risc de mort i d'ideacions suïcides.

Encara que la majoria dels estudis procedeixen dels EUA, també a Santiago de Xile es va dur a terme un assaig que avaluava l'actuació d'un programa multifactorial en dones d'un context socioeconòmic baix diagnosticades de depressió major.<sup>98,99</sup> En la intervenció s'incorporava el recurs de personal de suport no mèdic (infermeres i treballadors socials) per a la coordinació de l'assistència amb el segon nivell, l'educació grupal als pacients i el seguiment de l'adherència al tractament i del progrés clínic. Aquestes actuacions es van associar amb millores dels resultats obtinguts en l'evolució de la depressió als 6 mesos amb un mínim major cost en comparació de l'abordatge habitual.

A Europa, a diferència dels EUA, l'experiència de l'ús del model de *collaborative care* per abordar la depressió major és molt escassa i a la literatura podem trobar



pocs treballs, com ara l'estudi alemany ProMTD<sup>80,81</sup> i l'estudi escocès SMaRT,<sup>79</sup> que ja s'han comentat a l'apartat 1.5.2.

A Holanda, els resultats d'un estudi que utilitzava el model del *collaborative care* per a l'abordatge dels trastorns mentals en atenció primària van demostrar, a més de l'augment de la satisfacció dels professionals, una millora dels símptomes i de la qualitat de vida dels pacients, així com una disminució de l'ús dels recursos i de les visites als serveis de salut mental als 12 mesos.<sup>100</sup> També en aquest país i molt recentment, però amb resultats encara pendents de publicar, s'ha desenvolupat un protocol d'estudi sobre l'abordatge de la depressió amb el *collaborative care* per avaluar l'efectivitat de l'adherència al tractament basat en tècniques d'autoajuda i un contracte terapèutic amb el que el pacient pot seleccionar la intervenció segons les seves preferències (teràpia de resolució de problemes, trucades telefòniques, instruccions i recordatoris) i sota la supervisió d'un psiquiatre consultor.<sup>101</sup>

A Anglaterra es va dur a terme igualment un assaig clínic en què s'assolí una millora en la severitat de la depressió i la qualitat de vida relacionada amb la salut, i que atribueix els beneficis del *collaborative care* als aspectes organitzatius de la intervenció.<sup>102</sup> Aquest últim estudi ha estat ampliat en una segona fase, el Collaborative Depression Trial (CADET), amb resultats pendents de publicar.<sup>103</sup>

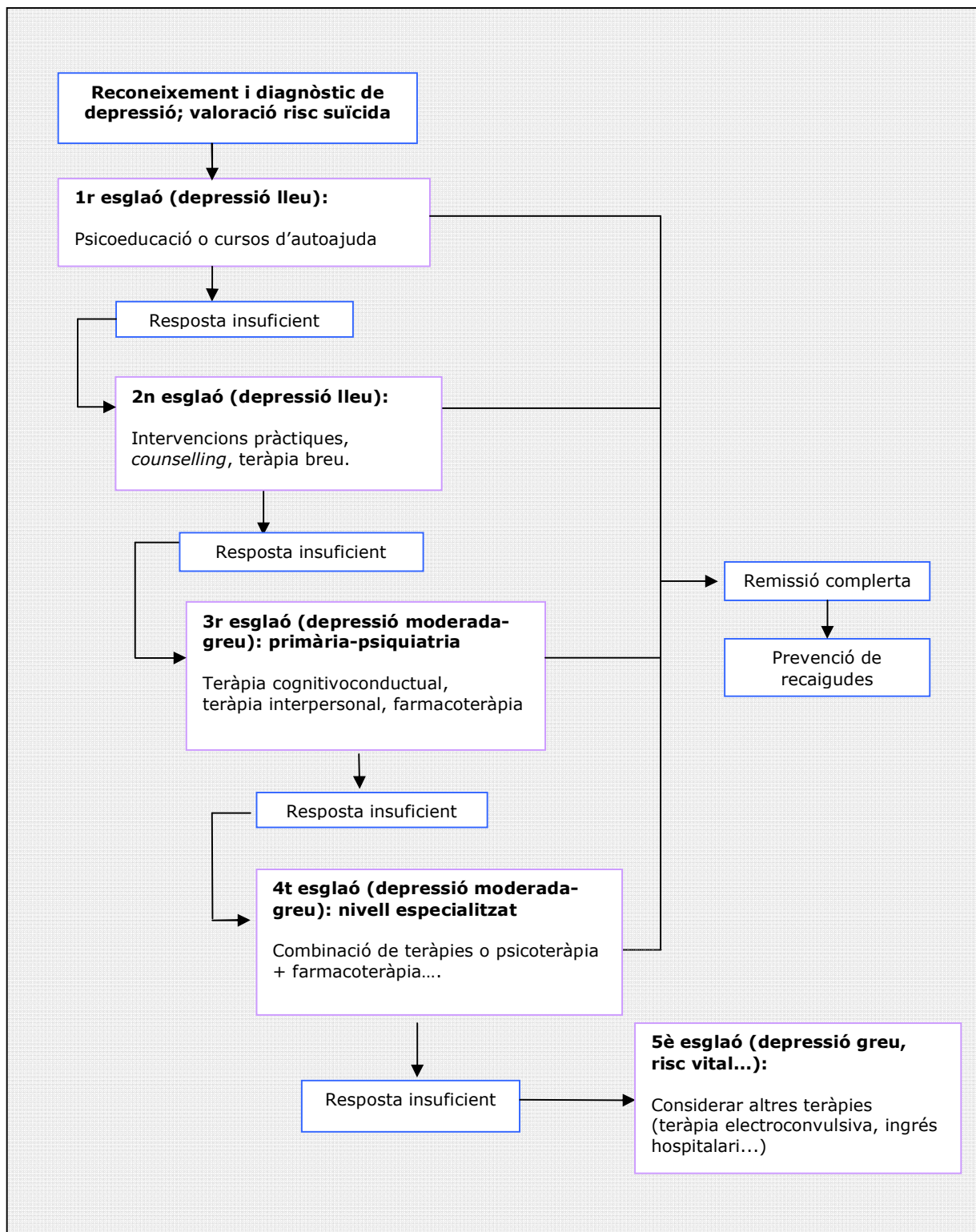
#### **1.5.5. Assistència esglaonada o *stepped collaborative care***

S'anomena assistència esglaonada o *stepped collaborative care* a una estratègia orientada a "utilitzar recursos limitats de forma que se'n maximitzi l'efectivitat" en què el monitoratge clínic continuat dels pacients i l'alta coordinació entre l'atenció primària, el *care manager* i el nivell especialitzat són les premisses fonamentals (veure Taula 1.2, pàgina 31).<sup>35</sup>

En aquest model d'abordatge s'apliquen molts dels elements que també incorpora el *collaborative care*, basant-se en la utilització de protocols i guies de pràctica clínica estandarditzades segons l'evidència clínica; l'educació per als metges i infermeres d'atenció primària (entrenament per a l'adquisició d'habilitats pràctiques en el maneig de la patologia depressiva); la creació d'enllaços de comunicació entre professionals (sessions clíniques, històries clíniques compartides, *feedback* entre curadors); la coordinació entre el primer i el segon nivell assistencial, i la reorganització del model d'atenció sanitària.<sup>104</sup>

L'*stepped collaborative care* ofereix un tractament i una atenció individualitzats segons les característiques del pacient, la seva malaltia (síntomes, evolució), les necessitats de salut, la situació social i les seves preferències. L'atenció professional comença amb les opcions de tractament menys restrictives, és a dir, aquelles que tenen menys impacte econòmic per al sistema sanitari, menys inconvenients per al pacient i una intensitat d'aplicació adequada al poc temps disponible en les consultes d'atenció primària.

El tractament inicial i els subsegüents se seleccionen d'acord amb un algoritme estratificat segons el progrés clínic del pacient: inicialment l'actuació professional està limitada al monitoratge clínic sistemàtic en l'àmbit de l'atenció primària o dels serveis socials i s'intensifica en aquells pacients amb major gravetat clínica que no assolixen els objectius i necessiten un nivell superior d'abordatge, amb intervencions més intenses en forma de *collaborative care* i *case management*, fins i tot amb derivació al nivell especialitzat (veure Figura 1.5).<sup>105,106</sup>



**Figura 1.5.** Adaptació d'algoritme d'*stepped collaborative care* per al tractament de la depressió. <sup>105,107,108</sup>

Tant en la guia *National Institut for Clinical Excellence Guide for Depression* (NICE)<sup>107</sup> com en la guia de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut adaptada al model català<sup>108</sup> es recomana planificar l'atenció a la depressió segons un model d'assistència esglaonada que s'estratifica en 5 passos:

- a) Reconeixement de la depressió en l'atenció primària mitjançant un cribatge en aquells pacients amb història clínica prèvia de depressió, altres problemes de salut mental, malalties físiques amb discapacitat i efectes secundaris de fàrmacs.
- b) Tractament de la depressió lleu que consisteix en l'observació clínica (dues setmanes) si el pacient rebutja el tractament o bé si es recupera sense fer cap intervenció. Es recomana exercici, guies d'autoajuda i teràpia cognitivoconductual i altres intervencions psicològiques (teràpia de resolució de problemes, *counselling*, teràpia cognitivoconductual breu). Es fa una atenció als problemes físics comòrbids, abordatge de la son i l'ansietat i es pot prescriure fàrmacs antidepressius.
- c) Tractament de la depressió moderada o severa amb inici de tractament farmacològic i monitoratge del risc de suïcidi. Seria recomanable en pacients amb resposta limitada al tractament inicial, depressions cròniques i quan es necessiti intensificar l'abordatge.
- d) Tractament de la depressió per psiquiatria en depressions resistents al tractament, depressions recurrents i casos especials (psicosis, depressió atípica).
- e) Tractament hospitalari de la depressió en pacients candidats a teràpia electroconvulsiva i pacients hospitalitzats.

Dos assajos clínics aleatoritzats que han avaluat aquest model han constatat una efectivitat i resultats clínics millors en 6 mesos, després d'una intervenció en què

un grup de salut mental ofereix un pla terapèutic al metge d'atenció primària, atenció telefònica als pacients i supervisió de l'evolució clínica.<sup>74,109</sup> En l'estudi americà Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D) es va desenvolupar una intervenció que utilitzava diferents passos en els quals el tractament s'anava modificant des d'un simple ajustament de les dosis dels fàrmacs fins adoptar altres opcions de tractament, amb la finalitat d'assolir la remissió dels símptomes depressius a curt termini.<sup>110</sup> Cal remarcar que no només s'ha demostrat que una provisió d'assistència més intensiva, amb la supervisió directa de psiquiatres i altres mesures en els pacients que no havien respòs al tractament habitual, dona lloc a un augment de l'adherència al tractament i millors resultats clínics a curt termini (6 mesos), sinó també que els efectes persisteixen als 28 mesos en aquells pacients amb depressió inicialment moderada-greu.<sup>74</sup>

Per tant, el model d'*stepped collaborative care* ha estat suggerit com el més recomanat per als trastorns depressius de gravetat moderada per evitar focalitzar només sobre les formes més severes i els pacients amb risc de recaigudes i recurrències.<sup>91</sup>

En l'àmbit europeu, els treballs trobats en la literatura sobre aquest model són gairebé inexistents. Caldria destacar un protocol d'estudi per a un assaig clínic desenvolupat a Holanda, amb resultats encara pendents de publicar.<sup>111</sup>

**Taula 1.2.** Noves estratègies per millorar la qualitat de l'abordatge de la depressió.<sup>35</sup>**Care manager**

- Figura representada majoritàriament per infermeres d'atenció primària amb la finalitat de coordinar i proporcionar suport psicosocial i educació al pacient. Les seves funcions són:
  - Explicar la naturalesa dels símptomes.
  - Mostrar diferents opcions de tractament segons les guies clíniques.
  - Formular un pla de tractament conjuntament amb el pacient.
  - Facilitar tècniques d'adherència al tractament.
  - Proporcionar manuals d'autoajuda.
  - Estimular per al canvi de l'estil de vida.
  - Aplicar teràpies de resolució de problemes.

**Assistència mèdica compartida**

- Model que permet un abordatge de la depressió a un nivell superior basat en la col·laboració entre els metges de família, el pacient i l'especialista.
- Incorporació del *care manager* per al seguiment actiu del tractament, educació sanitària, presa de decisions mitjançant les guies clíniques i algorismes de tractament en col·laboració amb el pacient i, si és necessari, facilitar l'accés a l'especialista a través d'interconsulta.

**Assistència esglaonada**

- Model d'abordatge que ofereix tractament de diferents intensitats segons la severitat de la malaltia i la resposta al tractament. Primer s'ofereix l'opció de tractament menys restrictiva (com ara l'autoajuda) i, si el pacient no millora, s'intensifica la intervenció pujant a un esglau més (*case management*, tractament farmacològic) per prioritzar una teràpia més estructurada de tipus cognitivoconductual.
- "Permet maximitzar l'eficiència amb les intervencions que s'ofereixen quan els recursos són limitats".



## **2. JUSTIFICACIÓ**





Tenint present que el maneig de la patologia depressiva pot comprometre els resultats de salut que caldria esperar segons l'evidència científica, sorgeix l'interès de conèixer quins serien els efectes de la implementació de noves estratègies per assolir una millora de la qualitat de l'atenció de la depressió.

L'evidència trobada en la literatura demostra que intervencions multifactorials per a l'abordatge de la depressió implantades en l'àmbit de l'atenció primària proporcionen una millora dels resultats tant a curt com a llarg termini si es compara amb un abordatge convencional. Tanmateix, és important remarcar que aquesta evidència procedeix majoritàriament dels EUA i del Regne Unit i que resta pendent d'estudi en altres països europeus; per tant, atès que les extrapolacions dels resultats a altres sistemes sanitaris com el nostre poden no ser adequades, sorgeix el dubte de si aquests procediments poden ser igual d'eficaços en el nostre àmbit més proper. A la taula 2.1 s'exposen els estudis europeus per a la millora de l'abordatge de la depressió major basats en els models de *collaborative care* i *case management* coneguts fins a la data actual.

Demostrar que les noves estratègies per a l'abordatge de la depressió major poden ser igual d'efectives en sistemes sanitaris amb diferent organització i amb poblacions de diferents característiques socioculturals pot ser una oportunitat de canvi dins del sistema sanitari i, sobretot, en l'àmbit de l'atenció primària. I, encara que inicialment la implementació de nous models amb intervencions multifactorials pugui suposar un increment dels costos, adoptar estratègies que permetin assolir una millora de la qualitat de l'abordatge de la depressió en la pràctica clínica diària pot proporcionar a llarg termini un benefici en termes de salut mental als pacients que són atesos en l'atenció primària, millorar la seva qualitat de vida i, indirectament, disminuir aquests costos inicials i les pèrdues econòmiques que sovint s'associen a les incapacitats laborals, amb el consegüent progrés social.

Per tant, la finalitat d'aquesta tesi és mostrar els resultats d'una intervenció multicomponent per al maneig de la depressió en l'atenció primària en el nostre àmbit sanitari basada en la implementació del model d'atenció a crònics, que s'inclou dins del projecte Research on Interventions for Depression Improvement (INDI), desenvolupat per l'equip d'investigació en Atenció Primària i Salut Mental de Tarragona de l'Institut d'Investigació d'Atenció Primària Jordi Gol (Institut Català de la Salut, IDIAP Jordi Gol).

**Taula 2.1.** Estudis europeus per a la millora de l'abordatge de la depressió major basats en els models de *collaborative care* i *case management*.

<b>Autor i país</b>	<b>Wilkinson et al., 1993, Regne Unit</b> <sup>112</sup>	<b>Mann et al., 1998, Regne Unit</b> <sup>113</sup>	<b>Peveler et al., 1999, Regne Unit</b> <sup>70</sup>	<b>IJff et al., 2007, Holanda</b> <sup>101</sup>
<b>Mostra i seguiment</b>	61 pacients 2 mesos	577 pacients 4 mesos	250 pacients 12 setmanes	40 metges 240 pacients 3-6-9 i 12 mesos
<b>Objectius i variables de mesura</b>	Abordatge de la depressió per infermeria en AP: -Adherència al tractament	Abordatge de la depressió per infermeria en AP: -Puntuació de la depressió (BDI) -Taxa de prescripció d'antidepressius	Valoració de la millora de l'adherència al tractament antidepressiu en AP: -Escala de depressió HAD -Adherència al tractament -Qualitat de vida (HRQoL - SF36)	Avaluació del tractament de la depressió en AP : -Gravetat i remissió de la depressió (PHQ-9 i IDS-SR) -Qualitat de vida (SF-36)
<b>Intervenció</b>	GI: monitoratge per infermeria després d'iniciar tractament farmacològic GC: abordatge habitual	GI(1) assessorament i monitoratge de resultats per infermeres amb derivació al metge GI(2): (1) + seguiment per infermeria segons un manual GC(1) i GC(2): abordatge habitual	GI(1) fulletons informatius sobre el tractament GI(2) consell farmacològic per infermeria GI(3) consell + fulletons GC: abordatge habitual	GI: <i>collaborative care</i> , algoritme terapèutic, estratègies d'adherència al tractament, teràpia de resolució de problemes, guies d'autoajuda GC: abordatge habitual
<b>Resultats</b>	Sense diferències en l'adherència al tractament: GI 50% enfront de GC 55% (IC 95%: -30% a -20%)	Sense diferències entre grups en la puntuació del BDI: $p < 0.001$ Més prescripció en el GI(1) 76% enfront de GC(1) 63%; $p < 0.08$ Sense diferències entre el GI(2) 73% enfront de GC(2) 76%; $p < 0.6$	<i>Counselling</i> i fulletons, sols, sense impacte en la puntuació de la depressió; $p = 0.124$ <i>Counselling</i> incrementa l'adherència (OR 2.7, IC95%: 1.6-2.0), no els fulletons (OR 1.1, IC95%: 0.64-2.0) <i>Counselling</i> millora la puntuació de la salut mental en el SF-36 en els pacients que rebien dosis $\geq 75$ mg; $p = 0.038$	Resultats pendents de publicació

AP: atenció primària, GI: grup d'intervenció, GC: grup de control, IC: interval de confiança, BDI: *Beck Depression Inventory*, HAD: escala hospitalària d'ansietat i depressió, HRQoL: *Health-Related Quality of Life*, SF-36: *Short Form- 36 Health Survey*, OR: *Odds Ratio*, PHQ-9: *Patient Health Questionnaire*, IDS-SR: *Inventory of Depressive Simptomatology-Self Report*.

**Taula 2.1.(continuació)**

<b>Autor i país</b>	<b>Richards et al., 2008, Regne Unit <sup>102</sup></b>	<b>Strong et al., 2008, Escòcia <sup>79</sup></b>	<b>Gensichen et al., 2009, Alemanya <sup>81</sup></b>	<b>Van Order et al., 2009, Holanda <sup>100</sup></b>
<b>Mostra i seguiment</b>	114 pacients 12 mesos	200 pacients 3-6-12 mesos	74 CAP 626 pacients Basal-6-12 mesos	27 metges 165 pacients Basal-3-6-12 mesos
<b>Objectius i variables de mesura</b>	Avaluació d'una intervenció d'abordatge de la depressió basada en el <i>collaborative care</i> : -Puntuació de la depressió (PHQ-9) -Benestar general (CORE-OM) -Qualitat de vida (SF-36)	Avaluació de l'efectivitat d'intervencions complexes per a l'abordatge de la depressió major en pacients oncològics: -Puntuació de la depressió (SCL-20) -Resposta al tractament i remissió	Avaluació de l'efectivitat del <i>case management</i> en pacients amb depressió major en AP: -Síntomes i gravetat de la depressió (PHQ-9) -Adherència al tractament (Morisky-Green) -Qualitat de vida (SF-36)	Comparació de l'efectivitat del <i>collaborative care</i> per a l'abordatge dels trastorns mentals en AP: -Mesura de la psicopatologia (SCL-90) -Qualitat de vida (WHOQOL-BREF) -Satisfacció amb l'atenció rebuda
<b>Intervenció</b>	GI: <i>collaborative care</i> : metge de família + <i>case manager</i> + nivell especialitzat GC: abordatge habitual; GC(1) control aleatoritzat; GC(2) control aleatoritzat per clústers	GI: <i>care manager</i> , monitoratge telefònic, col·laboració oncòleg-metge d'AP en la planificació del tractament GC: abordatge habitual	GI: <i>care manager</i> , monitoratge telefònic, guies clíniques GC: abordatge habitual, guies clíniques	GI: <i>collaborative care</i> GC: abordatge habitual
<b>Resultats</b>	Millora de la puntuació del PHQ-9 en el GI: GI enfront de GC(1): -2.99 (IC95%: -7.56 a 1.58); $p=0.186$ GI enfront de GC(2): -4.64 (IC95%: -7.93 a -1.35); $p=0.008$ Millor puntuació del CORE-OM en el GI: 0.45 (IC95% :0.11-1.01) i en el CSM SF-36: 0.67 (IC95%: 0.19-1.16)	Disminució dels símptomes depressius als 3 mesos en el GI: SCL-score: -0.34 (IC95%:-0.13 a -0.55); $p=0.002$ Disminució de la gravetat de la depressió als 3, 6 i 12 mesos en el GI enfront de GC: 3 mesos: GI 1.20 enfront de GC 1.55; 6 mesos: 1.03 enfront de 1.51; 12 mesos: 1.12 enfront de 1.43; sense diferències significatives	Disminució dels símptomes depressius en el GI: -1.41 (IC95%: -2.49 a -0.33); $p=0.014$ Augment de l'adherència al tractament en GI 2.70 enfront de GC 2.53; $p=0.042$ Sense diferències de la qualitat de vida entre els grups	Millora significativa en els dos grups en el SCL-90: $p=0.001$ i en el WHOQOL-BREF: $p=0.001$ Sense millora significativa de la satisfacció amb l'atenció rebuda

AP: atenció primària, PHQ-9: *Patient Health Questionnaire*, CORE-OM: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures*, CSM SF-36: component de salut mental del *Short Form-36 Health Survey*, GI: grup d'intervenció, GC: grup de control, IC: interval de confiança, SCL-20: *Symptom Checklist-20 Depression*, WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Live-BREF*.

### **3. HIPÒTESI**



L'evidència científica disponible mostra que intervencions multicomponents per millorar l'abordatge de la depressió en atenció primària, que inclouen mesures organitzatives, formació dels professionals sanitaris, mesures educatives dirigides als pacients, definició i potenciació del paper de la infermeria com a *care manager* i millores en la coordinació amb el nivell especialitzat, milloren el procés i els resultats clínics en l'atenció a la depressió.

Les investigacions publicades sobre aquest tema procedeixen majoritàriament dels EUA i els estudis no nord-americans sobre l'eficàcia i la factibilitat d'aquest tipus de programes són escassos i heterogenis. L'efectivitat d'aquest tipus d'intervencions no ha estat avaluada en el sistema sanitari català o espanyol.

La hipòtesi d'aquest estudi és que la implementació d'un programa multicomponent (Abordatge de la Depressió en Atenció Primària –ADAP-) basat en els models que s'han demostrat eficaços en altres àmbits i adaptat a la nostra organització sanitària, comportarà millores en el procés d'atenció a la depressió, millors resultats clínics i millores en la qualitat de vida, a curt (3 i 6 mesos) i a llarg termini (12 mesos), en comparació amb la pràctica clínica habitual.





## **4. OBJECTIUS**



## **Objectiu general**

Determinar si el programa multicomponent ADAP, comportarà millors resultats de salut que els que s'assoleixen amb la pràctica clínica habitual dispensada en l'atenció primària del sistema sanitari català.

## **Objectius específics**

Determinar si el programa multicomponent ADAP, comparat amb la pràctica clínica habitual:

- Disminuirà la mesura de la gravetat de la depressió als 3, als 6 i als 12 mesos.
- Augmentarà la proporció de pacients en remissió de la depressió als 3, als 6 i als 12 mesos.
- Augmentarà la proporció de pacients amb resposta al tractament de la depressió als 3, als 6 i als 12 mesos.
- Comportarà una millora en la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut als 3, als 6 i als 12 mesos.

## **Objectius secundaris**

Determinar l'impacte del programa multicomponent ADAP en el procés d'atenció a la depressió:

- En la proporció de pacients que segueixen el tractament amb antidepressius i el grau d'adherència als 3, als 6 i als 12 mesos.

- En la utilització de recursos sanitaris a causa de la depressió (visites al metge d'atenció primària, a la infermera d'atenció primària, al psiquiatre, al psicòleg, a urgències) als 3, als 6 i als 12 mesos.
  
- En el grau de satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda per la seva depressió als 3, als 6 i als 12 mesos.

## **5. MATERIAL I MÈTODES**



## **5.1. DISSENY**

El protocol de l'estudi ha estat prèviament publicat<sup>114</sup> i registrat a <http://isrctn.org> (ISRCTN16384353).

Es tracta d'un assaig clínic controlat amb assignació aleatòria de conglomerats (o clústers) a dos grups d'estudi: 1) grup d'intervenció, en què s'aplicava el programa de maneig de la depressió que avaluem, i 2) grup de control, en què els pacients amb depressió eren atesos segons els estàndards habituals. En una aleatorització per clústers, la unitat d'assignació aleatòria és el grup i no l'individu i, per garantir que els grups siguin comparables, és millor que s'aleatoritzin molts grups i que en cada grup hi hagi pocs individus. Aquest tipus d'estudi es considera el mètode més adequat per determinar l'efectivitat d'una intervenció terapèutica per a la millora de la salut i permet comparar grups que reben diferents tipus d'intervencions o tractaments.<sup>115,116,117</sup>

Es va assegurar que els grups fossin similars en tot excepte en la intervenció que van rebre, amb la finalitat de garantir la validesa interna de l'assaig clínic. L'assignació dels grups al tipus d'intervenció va ser realitzada a l'atzar. Tant el reclutament i la participació dels subjectes a estudi, que es va realitzar de forma voluntària i basada en el consentiment informat, com els tractaments (programa multicomponent ADAP i tractament habitual) es van dur a terme al mateix temps en els dos grups.<sup>118</sup>

Quan es va iniciar el període de selecció de pacients, el mes de juny de 2007, estava prevista una durada de 18 mesos, fins al desembre de 2008. Tanmateix, al finalitzar el període de selecció previst, no s'assolí la mostra necessària i es va prolongar la selecció i la inclusió de pacients durant 6 mesos més, fins al juny de 2010.



## **5.2. ÀMBIT DE L'ESTUDI**

El projecte es va dur a terme en una mostra de centres d'assistència primària de la regió sanitària de la província de Tarragona (Catalunya) i que depenen de l'Institut Català de la Salut (ICS), entitat proveïdora de serveis de salut en l'atenció primària (només un dels centres participants té gestió independent de l'ICS). També participaren els centres de salut mental (CSM) de Tarragona, Reus i Valls, que depenen del Grup Assistencial Institut Pere Mata i que proveeixen a la comunitat dels serveis de salut mental.

### **5.2.1. Centres d'assistència primària i metges participants**

Es van seleccionar vint CAP. Dotze són a zones urbanes i vuit a zones rurals. Algun d'ells està acreditat per impartir activitat docent en la formació de metges residents (MIR) i en altres està implantat el Pla Demostratiu de la Regió Sanitària,<sup>39</sup> explicat en l'apartat de noves estratègies per a l'abordatge de la depressió major de la introducció (pàgina 11).

En cada centre es va sol·licitar la participació voluntària dels metges de família. Els professionals que acceptaren col·laborar en el reclutament de pacients signaren el consentiment informat amb el compromís de participació. Els metges havien de complir uns criteris necessaris per a la participació en el projecte: horari a temps a complet, previsió d'estabilitat en el lloc de treball durant l'estudi i adscripció d'una quota de pacients. Les característiques dels metges que van participar en l'estudi es mostren a la taula 5.1.

**Taula 5.1.** Característiques dels metges que van participar en l'estudi.

<b>Metges participants</b>	<b>Grup d'intervenció (n=39)</b>	<b>Grup de control (n=39)</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexe</b>		
Dona	28 (71.8)	25 (64.1)
Home	11 (28.2)	14 (35.9)
	<b>X±DE</b>	<b>X±DE</b>
<b>Edat</b>	42.2±8.5	40.6±6.8
<b>Anys d'exercici professional</b>	17.3±8.5	16.1±7.2
<b>Metges en plantilla per centre</b>	10.0±5.8	13.3±4.4
<b>Metges participants per centre</b>	3.9±2.0	3.9±1.9

X±DE: mitjana i desviació estàndard

A la taula 5.2 es descriuen els CAP participants, la seva ubicació (comarca), la població assignada a cada centre segons la població de referència registrada amb data de maig de 2009 en el Registre Central de Persones Assegurades (RCA) del Servei Català de la Salut (SCS), el nombre de metges totals de la plantilla de cada centre i el nombre de metges que hi van participar, distingint els centres docents i els incorporats al Pla Demostratiu de la Regió Sanitària.<sup>39</sup>

**Taula 5.2.** Centres d'atenció primària on es va realitzar l'estudi, ubicació, població de referència, metges de la plantilla i metges participants a cada centre.

CAP	Ubicació (Comarca)	Població Assignada <sup>†</sup>	Total de metges per centres	Metges participants
Alcover (Alt Camp Oest) <sup>‡</sup>	Alcover (Alt Camp)	5100	5	1
Vila-rodona (Alt Camp Est)	Vila-rodona (Alt Camp)	6236	12	4
Bonavista- La Canonja <sup>¶</sup>	Tarragona (Tarragonès)	14587	10	6
Constantí <sup>‡,¶</sup>	Tarragona (Tarragonès)	6826	5	5
Cornudella	Cornudella de Montsant (Priorat)	2343	4	4
El Morell	Tarragona (Tarragonès)	9383	8	4
Falset	Falset (Priorat)	7105	9	5
Jaume I <sup>¶</sup>	Tarragona (Tarragonès)	30977	21	1
Les Borges del Camp	Les Borges (Baix Camp)	6506	6	2
Montblanc	Montblanc (Conca de Barberà)	16394	13	3
Mont-roig del Camp	Mont-roig (Baix Camp)	11813	8	4
Reus-1 <sup>¶,††</sup>	Reus (Baix Camp)	15724	11	4
Reus-2 <sup>¶,††</sup>	Reus (Baix Camp)	29067	20	3
Reus-3 <sup>‡,¶</sup>	Reus (Baix Camp)	23540	16	3
Reus-4 <sup>¶,††</sup>	Reus (Baix Camp)	22550	15	5
Salou <sup>¶,††</sup>	Tarragona (Tarragonès)	25361	16	4
Sant Pere i Sant Pau <sup>¶</sup>	Tarragona (Tarragonès)	16327	11	3
Sant Salvador <sup>¶</sup>	Tarragona (Tarragonès)	10864	7	2
Torreforta <sup>¶,††</sup>	Tarragona (Tarragonès)	29601	19	9
Valls <sup>¶,††</sup>	Valls (Alt Camp)	27824	17	6
<b>TOTAL</b>		<b>318128</b>	<b>233</b>	<b>78</b>

<sup>†</sup> Població de referència el maig 2009. Font: RCA (SCS), aprovat pel Consell de Direcció del dia 7 de maig de 2009.

<sup>‡</sup> Centres amb presència física de psiquiatre (Pla Demostratiu de la Regió Sanitària).

<sup>¶</sup> Centres situats en zones urbanes.

<sup>††</sup> Centre docent de medicina familiar i comunitària.

### **5.2.2. Aspectes pràctics del reclutament de centres i metges**

Abans d'iniciar l'estudi es van dur a terme una sèrie d'activitats amb la finalitat tant de difondre i promoure el projecte com de fomentar l'interès dels professionals per participar-hi. Per començar, es va fer un enviament de fulletons amb un resum tant dels objectius i característiques del projecte com de la col·laboració que es requeriria (veure Annex I). En cada centre d'atenció primària es realitzaren sessions clíniques d'una hora de durada i de caràcter informatiu, que explicaven les característiques de l'estudi. Es va demanar i obtenir el compromís de participació dels centres de salut i els metges interessats. En el contingut de les sessions s'incloué un repàs epidemiològic i clínic del trastorn depressiu, sobre les dificultats per detectar-lo i abordar-lo en l'àmbit de l'atenció primària. També es va fer un resum dels antecedents i la situació actual dels programes multicomponents per a l'abordatge de la depressió en l'atenció primària, revisats en la literatura, i es va fer menció a la importància i la necessitat de la col·laboració del col·lectiu d'infermeria en els centres assignats al grup d'intervenció. Es va explicar quin era l'objectiu principal del projecte, el seu disseny, com es desenvoluparia en el temps i quina funció haurien de realitzar els professionals i els centres participants una vegada que fossin assignats al grup de control o al grup d'intervenció.

### **5.3. SUBJECTES D'ESTUDI I ASPECTES PRÀCTICS DEL RECLUTAMENT DE PACIENTS**

Els metges implicats van sol·licitar la participació en l'estudi a tots els pacients que eren atesos i diagnosticats d'un episodi depressiu major segons els criteris del *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV)*.<sup>119</sup>

El metge feia la inclusió de tots els pacients adscrits a ell amb una edat de  $\geq 18$  anys, disponibilitat de telèfon, diagnosticats d'episodi depressiu major (amb una puntuació de  $>14$  punts en el *Patient Health Questionnaire* o PHQ-9 [Annex II], equivalent a una depressió major de moderada a severa)<sup>120,121,122</sup> o bé de depressió major lleu persistent (amb un PHQ-9 entre 10 i 14 punts, amb símptomes d'almenys un mes d'evolució),<sup>120,121,122</sup> i sense tractament antidepressiu en curs (que no haguessin rebut tractament amb antidepressius en els darrers tres mesos).

Es van excloure els pacients afectats per limitacions físiques o psicològiques, amb dificultats idiomàtiques o malalties concurrents que dificultessin la comprensió i/o la participació en les avaluacions de l'estudi: sordesa, retard mental, demència, malaltia terminal, etc. També van ser exclosos els pacients afectats per trastorn psicòtic (esquizofrènia), trastorn bipolar (trastorn maniacodepressiu), trastorn per dependència d'alcohol o drogues, dones gestants o en període de lactància materna i pacients en tractament antidepressiu en el moment de la inclusió en l'estudi o en els tres mesos anteriors.

Es va demanar als metges que fessin un cribatge amb el PHQ-9 dels pacients que consultaven per qualsevol motiu de salut en qualsevol moment i dels quals es detectés per entrevista clínica sospita de símptomes depressius o trastorn depressiu. Es considerava diagnòstic d'episodi depressiu major una puntuació en el PHQ-9 de cinc o més símptomes positius, un dels quals havia de ser el primer o el segon símptoma, més la presència d'impacte funcional. Si es complien els criteris diagnòstics i els criteris d'inclusió i d'exclusió, s'explicava al pacient el procediment de l'estudi, se li ofería participar-hi voluntàriament i, si hi accedia, signava el consentiment informat. Si la puntuació de la gravetat era entre 10 i 14 punts i els símptomes estaven presents persistentment durant més d'un mes després del PHQ-

9 inicial, es considerava el diagnòstic d'episodi depressiu major lleu persistent, i es donava l'opció als pacients d'inclusió i participar en l'estudi.

Els metges participants disposaven d'un full d'instruccions del procés de reclutament i inclusió de pacients en l'estudi (veure Annex III).<sup>123</sup> Els pacients elegibles per a l'estudi eren informats verbalment i mitjançant un full informatiu dels objectius de la investigació, dels procediments de l'estudi i del que implicava participar-hi. Els pacients eren informats que la participació en l'estudi incloïa ser entrevistats telefònicament per una persona aliena a l'estudi durant l'inici del programa, als 3, als 6 i als 12 mesos. També se'ls informava sobre el caràcter estrictament confidencial de les dades personals i mèdiques (que serien introduïdes en una base de dades i utilitzades per l'equip investigador), de la voluntarietat de la participació i de la possibilitat d'interrompre-la sense cap compromís ni interferència en la seva relació metge-pacient i sense que la continuació del tractament ja instaurat es veiés afectada. Adequadament informats, i si hi estaven d'acord, se'ls requeria que signessin el consentiment per ser inclosos en l'estudi (veure Annex IV).

#### **5.4. ALEATORITZACIÓ I EMMASCARAMENT**

Els centres van acceptar participar abans de saber a quin grup serien assignats. Per garantir la comparabilitat entre el grup d'intervenció i el grup de control, els centres s'agruparen en 10 parelles segons els criteris que eventualment podrien afectar els resultats: localització urbana o rural, nombre de metges en la plantilla i disponibilitat de psiquiatre en el propi centre. Posteriorment, els centres de cada parella van ser assignats aleatòriament, un al grup d'intervenció i l'altre al grup de control, per una persona cega aliena a l'estudi mitjançant una seqüència aleatòria de números.

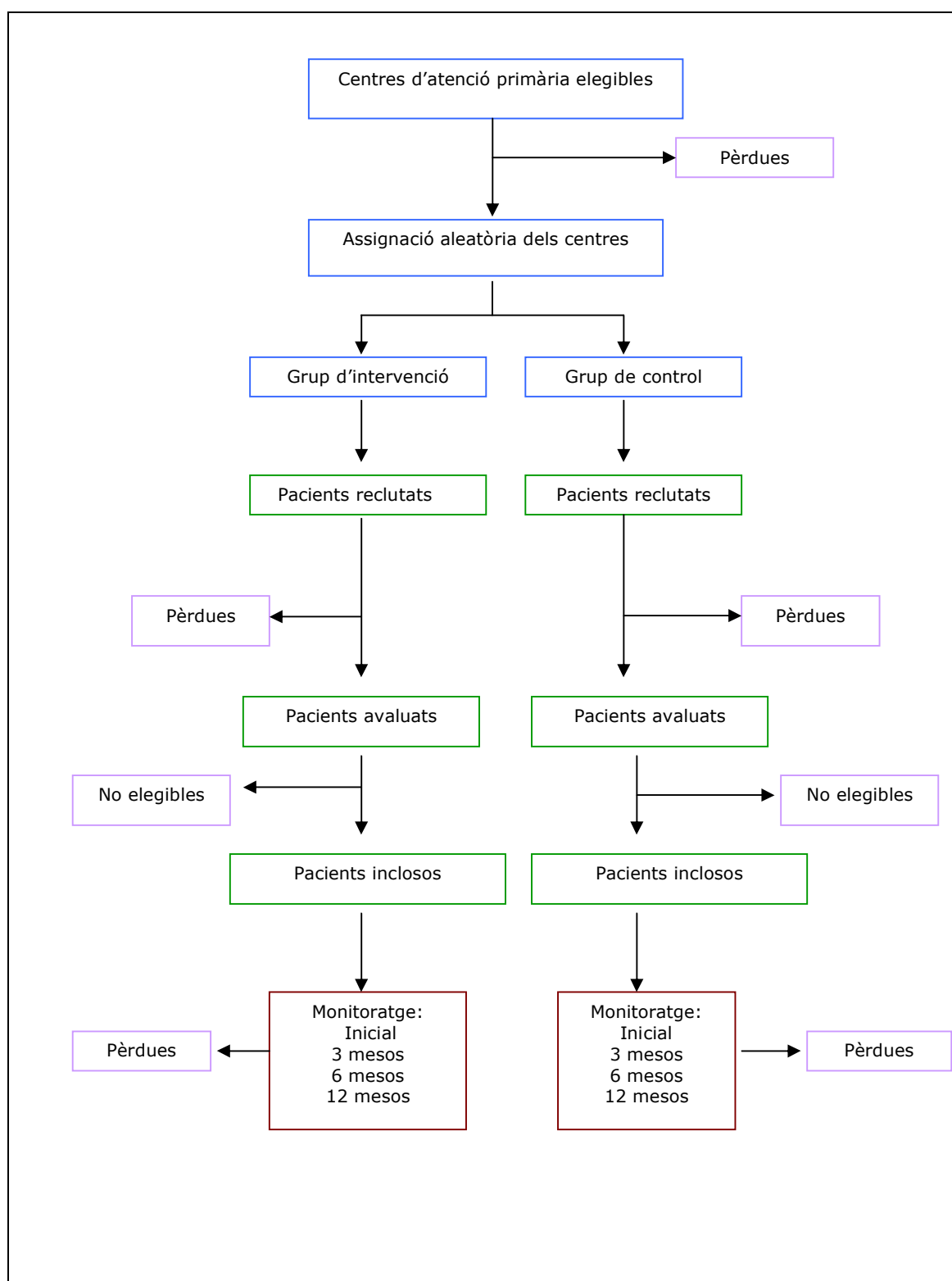
Els dos grups d'estudi corresponien a:

- Grup de control, que oferia als pacients depressius el tractament habitual de la depressió.
- Grup d'intervenció, en què es va implementar un programa multicomponent d'abordatge de la depressió.

La taula 5.3 mostra l'assignació dels centres als grups d'intervenció i de control després de l'aleatorització per aparellament. La figura 5.1 mostra el diagrama de flux del procés d'assignació dels centres als grups d'estudi i selecció dels pacients.

**Taula 5.3.** Assignació dels centres als grups d'intervenció i de control després de l'aleatorització per aparellament.

<b>Grup d'intervenció</b>	<b>Grup de control</b>
CAP Alcover (Alt Camp Oest)	CAP El Morell
CAP Bonavista-La Canonja	CAP Montblanc
CAP Constantí	CAP Reus-1
CAP Cornudella	CAP Reus-2
CAP Falset	CAP Reus-3
CAP Jaume I	CAP Salou
CAP Les Borges del Camp	CAP Sant Pere i Sant Pau
CAP Mont-roig del Camp	CAP Sant Salvador
CAP Reus-4	CAP Torreforta
CAP Valls	CAP Vila-rodonà (Alt Camp Est)



**Figura 5.1.** Diagrama de flux del procés d'assignació dels centres als grups d'estudi i selecció de pacients.



## **5.5. INTERVENCIÓ**

### **5.5.1. Descripció del programa ADAP**

En l'estudi s'ha implantat un programa multicomponent basat en el model d'atenció a crònics per a l'abordatge de la depressió major en atenció primària, redactat a partir de l'evidència científica i que inclou mesures d'efectivitat demostrada i raonablement aplicables a la nostra organització sanitària.<sup>86</sup> Les accions dutes a terme han estat de caràcter clínic, de formació dels professionals sanitaris, organitzatives i d'educació sanitària dels pacients. El programa i els materials requerits per implementar-lo estan disponibles a la web del projecte INDI: [www.projecteindi.cat](http://www.projecteindi.cat).

Les mesures educatives dirigides als metges de família i les infermeres d'atenció primària van consistir en una jornada formativa o curs inicial de 8 hores de durada. Durant el curs es va impartir formació per un abordatge sistemàtic de la depressió major en l'àmbit assistencial de l'atenció primària, amb la finalitat d'actualitzar i incrementar els coneixements i les habilitats clíniques dels professionals sanitaris en el diagnòstic de la depressió, en l'avaluació de la ideació suïcida, en el tractament i el seguiment clínic de la depressió, i en la monitoratge de l'evolució dels símptomes, per tal de fer les modificacions oportunes en el pla terapèutic en funció de l'evolució clínica i assolir la remissió de la depressió.

El contingut formatiu del curs dirigit als metges (Figura 5.2) destacava el procés assistencial, el seguiment clínic actiu dels pacients deprimits i les alternatives d'actuació en cas de no aconseguir-se els objectius plantejats: remissió a curt termini i no-recaiguda a llarg termini.



**Figura 5.2.** Curs inicial dirigit als metges d'atenció primària.

En els continguts del curs dirigit a les infermeres (Figura 5.3) es va fer èmfasi en el cribatge i el diagnòstic de la depressió major, la valoració del risc suïcida, el procediment de seguiment del pacient, el registre de l'evolució clínica en un full de monitoratge i la programació de les visites de seguiment segons les fases del tractament.



**Figura 5.3.** Curs inicial dirigit a les infermeres d'atenció primària.

Les infermeres van ser formades i preparades específicament en els aspectes clínics de la depressió, el tractament antidepressiu i els seus efectes secundaris, la importància de l'adherència al tractament, el mètodes per assegurar un bon compliment terapèutic i sobre com detectar els signes d'alarma en l'evolució de la depressió.

Durant el període de desenvolupament del projecte es van realitzar cursos i sessions clíniques en cada centre d'atenció primària cada 3-6 mesos, amb la finalitat de consolidar i actualitzar els coneixements i les habilitats adquirides per a l'abordatge de la depressió, i també es va fer un reforç i un recordatori de la intervenció. A l'any i als dos anys de l'inici de la intervenció es van fer un segon i un tercer cursos amb el mateix contingut que en el curs inicial i amb una durada de 8 hores, afegint-hi els resultats provisionals que s'anaven obtenint de la intervenció (Figures 5.4 i 5.5).



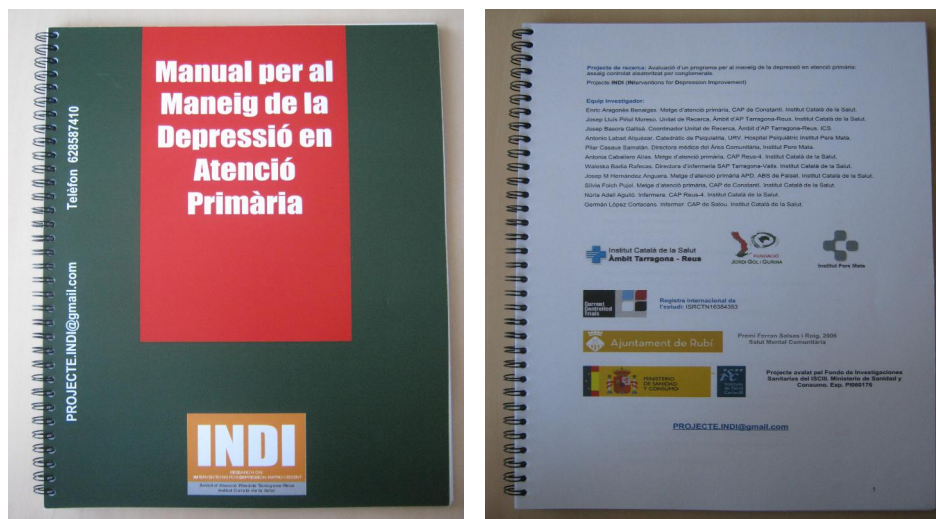
**Figura 5.4.** Curs dirigit als metges i les infermeres a l'any de l'inici de la intervenció.



**Figura 5.5.** Curs dirigit als metges i les infermeres als dos anys de l'inici de la intervenció.

L'equip docent que impartí els cursos anuals i les sessions de reforç en cada centre d'atenció primària estava format per quatre metges de família (Dr. Enric Aragonès, Dr. Josep Lluís Piñol, Dr. Josep Maria Hernández i Dra. Antonia Caballero) i dos infermers d'atenció primària (Walesca Badia i Germán López-Cortacans), membres del grup de recerca en Salut Mental i Atenció Primària de Tarragona (ICS, IDIAP Jordi Gol). També van participar dues psiquiatres dels centres de salut mental de Tarragona i Reus (Dra. Pilar Casaus i Dra. Amparo Pérez), un infermer especialitzat en salut mental (Xavier García) i un farmacòleg d'atenció primària de l'ICS (Dr. Ferran Bejarano).

Els aspectes terapèutics i les accions clíniques de la intervenció es van basar en les recomanacions de la guia clínica NICE<sup>107,124</sup> i de la guia del Sistema Nacional de Salut Espanyol.<sup>125</sup> Dins del projecte es va dissenyar un manual clínic, el *Manual per al Maneig de la Depressió en Atenció Primària* del grup de recerca en Salut Mental i Atenció Primària de Tarragona (Figura 5.6).



**Figura 5.6.** Manual per al Maneig de la Depressió en Atenció Primària desenvolupat pel grup de recerca en Salut Mental i AP de Tarragona (ICS, IDIAP Jordi Gol).

El manual té set capítols: Detecció i diagnòstic de la depressió, El qüestionari PHQ-9 com a instrument per al diagnòstic i el maneig de la depressió, Risc de suïcidi, Tractament de la depressió en atenció primària (amb inclusió d'un algoritme per orientar la decisió clínica dels metges), Procediment per a la coordinació amb els serveis de salut mental, El rol d'infermeria en l'atenció a la depressió i Educació terapèutica i autocura del pacient deprimit. Se'n van afegir set annexos per facilitar la inclusió de pacients en l'estudi: Instruccions per a la inclusió de pacients, Full d'informació al pacient i consentiment informat, Full d'inclusió de pacients, Comorbiditat psiquiàtrica, Comorbiditat física, Pla de cures d'infermeria i Full de monitoratge.

### 5.5.2. Funcions del metge d'atenció primària en la intervenció

En una avaluació inicial, les funcions del metge de família consistien en la detecció i el diagnòstic de pacients amb sospita de trastorn depressiu major mitjançant l'entrevista clínica semiestructurada i l'ús del qüestionari autoadministrat PHQ-9, el

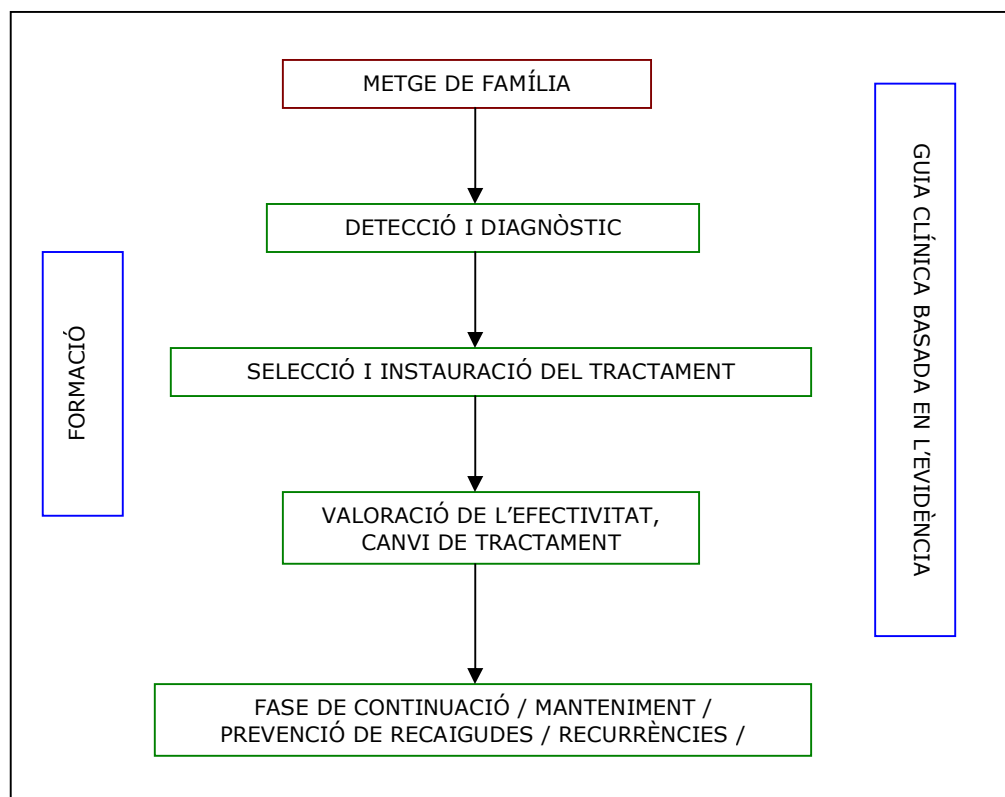
qual es basa en els criteris diagnòstics del DSM-IV, descartant les depressions secundàries a malalties orgàniques i/o fàrmacs i valorant la gravetat de l'episodi depressiu. En aquesta primera fase va ser molt important investigar la ideació suïcida (quan el subjecte pensa, planeja o dessitja cometre un suïcidi), sistemàticament en tots els pacients amb depressió, per valorar si calia una derivació urgent als serveis de salut mental. També es va fer una avaluació i un registre de la presència de comorbiditat psiquiàtrica (trastorn de pànic, trastorn d'ansietat generalitzada, distímia, trastorn d'ansietat inespecífica) i comorbiditat orgànica (malalties cardiovasculars, artrosi, hipertensió arterial, dislipèmies, etc.).

Una vegada fets el diagnòstic i les valoracions inicials, el metge establí un pla terapèutic en funció de la gravetat de la depressió i n'informava el pacient i, si era necessari, també els familiars. Després d'instaurar el tractament antidepressiu més adient, el pacient era derivat a la consulta d'infermeria durant la primera setmana posterior al diagnòstic, l'inici del tractament i la inclusió en l'estudi.

Es va proporcionar a tots els metges el manual clínic dissenyat dins del projecte per facilitar l'abordatge de la depressió major. Es recomanava els fàrmacs antidepressius, i més concretament els ISRS com a primera opció de tractament de tots els pacients amb depressió major moderada o severa. No s'aconsellava iniciar el tractament amb fàrmacs antidepressius per als pacients amb depressió major lleu, però sí per als pacients amb depressió lleu que no haguessin obtingut resposta amb mesures de suport de menys intensitat ni resolució espontània. El tractament havia de durar uns 6 mesos com a mínim després d'assolir la remissió de la depressió i es recomanava un tractament durant dos anys o més per als pacients amb risc elevat de recaiguda. Quan la resposta al tractament inicial no era satisfactòria, el metge feia una reavaluació del diagnòstic i del compliment terapèutic i, si calia, introduïa els canvis necessaris en el pla terapèutic o els



ajustaments del tractament: augment de les dosis del fàrmac, canvi d'antidepressiu, interconsulta amb psiquiatria o derivació a l'especialista. La figura 5.7 resumeix de forma esquemàtica les funcions del metge d'atenció primària en la intervenció.



**Figura 5.7.** Funcions del metge d'atenció primària en la intervenció.

### 5.5.3. Funcions d'infermeria d'atenció primària en la intervenció

S'incorporà al programa la figura d'infermeria en atenció primària per a l'abordatge de la depressió major (*care manager*). El paper va ser assumit per infermeres que no havien de tenir necessàriament una especialització o formació prèvia en salut mental. Les infermeres designades per a aquesta tasca formaven part de la plantilla de cada CAP assignat al grup d'intervenció.

Les infermeres treballaven seguint el model de Henderson, que defineix el rol d'infermeria com l'ajuda a l'individu, malalt o sa, en la realització d'aquelles activitats que contribueixin a la seva salut o a la seva recuperació (i que ell realitzaria sense ajuda si tingués la força, la voluntat o els coneixements necessaris), de forma que pugui ser independent com més aviat millor.<sup>126</sup> Seguint aquest model, el pla de cures del *care manager* inclou l'obtenció d'informació per a la detecció de problemes, l'anàlisi i la interpretació de la informació expressada en diagnòstics d'infermeria, el pla terapèutic, les activitats per a les necessitats detectades, la definició dels objectius i les intervencions, i l'avaluació dels resultats. S'estableix una relació d'ajuda que pretén que el pacient accepti i suporti la seva situació personal, identifiqui les necessitats, potenciï l'autocura i aprengui habilitats relacionals que permetin millorar els seus símptomes.

En el marc de les visites de la infermera o *care manager* s'implementava un contingut estructurat que, a més d'avaluar la tolerabilitat i la resposta al tractament mitjançant el registre en el full de monitoratge (veure Annex V) de tota la informació de les visites i l'evolució clínica, tenia la funció de repetir i reforçar els missatges educatius clau respecte a la malaltia i el seu tractament, i oferia diversos tipus de suport als pacients inclosos en el programa: proporcionava material d'educació sanitària sobre la depressió, mostrava una actitud psicoterapèutica, realitzava psicoeducació o assistència en la resolució de problemes, facilitava l'accessibilitat a les consultes, procedia a l'avís urgent al metge si es detectava risc de suïcidi i realitzava la coordinació amb el metge i/o el psiquiatre. També es facilitaven activitats d'autoajuda i consells de salut dirigits al propi pacient i familiars. Dintre d'aquestes tasques no es feia cap avaluació exhaustiva de les circumstàncies psicosocials o mèdiques del pacient, psicoteràpia ni presa de decisions respecte al tractament farmacològic.

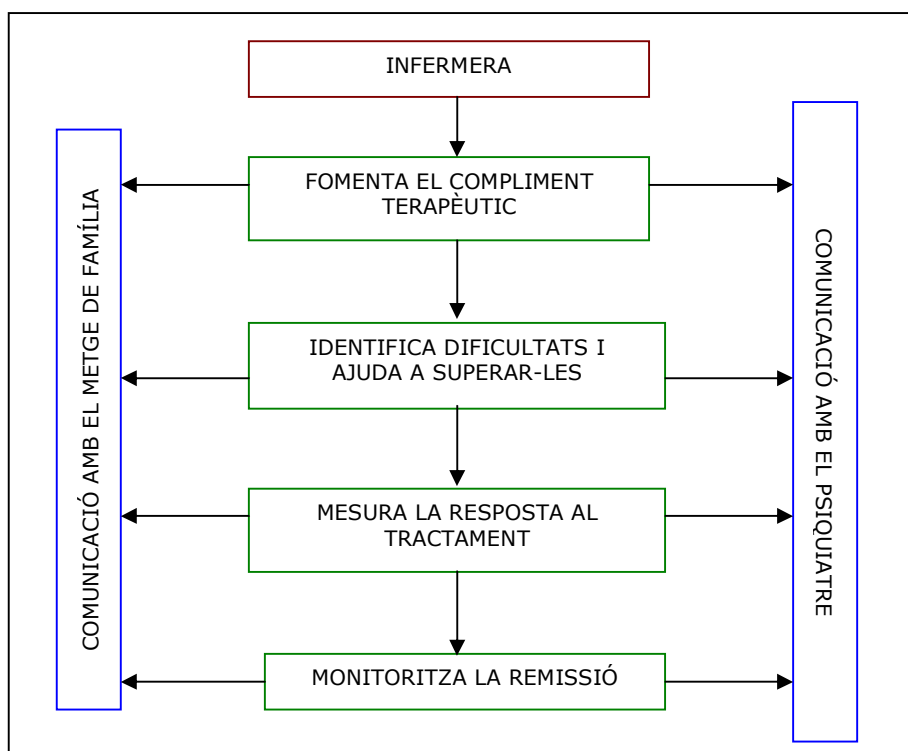


Es va avaluar sistemàticament l'adherència al pla terapèutic, identificant-ne els efectes adversos i les dificultats per al compliment, i proporcionant eines per superar aquestes dificultats. Durant les consultes de seguiment es feia una avaluació quantitativa de l'evolució clínica del pacient amb l'ús sistemàtic del PHQ-9. Tota la informació registrada, amb la puntuació del qüestionari PHQ-9, era compartida amb el metge de família per facilitar la presa de decisions respecte al pla terapèutic (necessitat de canvis en el tractament, maneig dels efectes secundaris, reavaluació, interconsulta, derivació), segons les dades aportades i l'evolució dels símptomes depressius. Les consultes també facilitaven la coordinació entre els diferents serveis de salut (metges de família, psiquiatres i infermeria) i del pacient amb aquests serveis. Per tal de facilitar el treball de la infermera durant les visites de seguiment, es va dissenyar una estoreta per al ratolí de l'ordinador amb un text que resumia el rol de la infermeria en l'atenció al pacient deprimit i la programació de les visites durant la fase aguda del tractament (veure Figura 5.8).



**Figura 5.8.** Estoreta dissenyada per a l'ús en les consultes d'infermeria durant les visites de seguiment al pacient deprimit.

La figura 5.9 resumeix esquemàticament les funcions de la infermera d'atenció primària en la intervenció.



**Figura 5.9.** Funcions de la infermera d'atenció primària en la intervenció.

#### 5.5.4. Aspectes organitzatius de la intervenció

##### 5.5.4.1. Visites de seguiment

Dins del programa d'abordatge de la depressió major es va recomanar un calendari per a les visites de seguiment. Durant la fase aguda de la depressió s'aconsellava fer tres visites mèdiques de seguiment clínic: la primera entre la segona i la quarta setmana posteriors a l'inici del tractament, o bé abans segons el risc de suïcidi; després es recomanaven visites cada dues o quatre setmanes durant els tres primers mesos, i posteriorment a intervals més llargs, sempre en funció de l'evolució del pacient i de les dades clíniques aportades per la infermera en el full de

monitoratge. Durant les visites de la fase aguda es feia una valoració de l'efectivitat del tractament i, si era el cas, es modificaven les dosis, es canviava a un altre antidepressiu, s'iniciava una psicoteràpia i es feia una supervisió i un tractament dels efectes secundaris, una interconsulta i/o una derivació a psiquiatria. Es va recomanar que les visites durant la fase de continuació del tractament es fessin a les 24 i 36 setmanes després de la inclusió i als 12 mesos durant la fase de manteniment. Es va fer èmfasi en la prevenció de les recaigudes i les recurrències tant durant la fase de continuació com durant la de manteniment.

Igual que per a les visites mèdiques, s'establí un nombre mínim de visites de seguiment d'infermeria segons les fases definides per l'evolució dels símptomes depressius i la resposta al tractament: a la fase aguda, la primera visita es realitzava una setmana després de la inclusió del pacient en l'estudi, i després mensualment fins assolir la remissió; durant la fase de continuació i de manteniment, els contactes van ser cada dos o tres mesos, tot i que el pla de visites podia ser individualitzat segons les característiques del pacient i l'evolució de la patologia depressiva.

La programació de les visites amb infermeria i amb el metge de família incloses en la intervenció, i també les visites de més que fossin necessàries per a alguns pacients, la feien els mateixos professionals segons la disponibilitat horària del pacient. Així s'assegurava l'assistència del pacient a les consultes i s'evitava la discontinuïtat o l'abandonament tant del seguiment clínic com del tractament. Per augmentar la qualitat de l'assistència i assolir un millor abordatge, es recomanà que les visites tinguessin una durada de 30 minuts com a mínim. Si el pacient no hi acudia se li trucava per telèfon per intentar programar una nova visita.

La figura 5.10 mostra la freqüència recomanada de les visites de seguiment de l'evolució clínica del pacient deprimit segons les fases del tractament. En la taula

5.4 es descriuen les activitats de la consulta d'infermeria durant les visites de seguiment de l'evolució clínica del pacient deprimat i les fases del tractament antidepressiu.

<b>Fase aguda del tractament</b>		<b>Setmana</b> <b>0</b>	<b>Visita mèdica inicial</b>
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>1</b>	
		<b>2</b>	<b>Visita mèdica</b>
		<b>3</b>	
		<b>4</b>	
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>5</b>	
		<b>6</b>	<b>Visita mèdica</b>
		<b>7</b>	
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>9</b>	
		<b>10</b>	
		<b>11</b>	
		<b>12</b>	<b>Visita mèdica</b>
<b>Fase de continuació</b>			
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>20</b>	
		<b>24</b>	<b>Visita mèdica</b>
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>28</b>	
	<b>36</b>	<b>Visita mèdica</b>	
<b>F. manteniment</b>			
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>3 mesos</b>	
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>6 mesos</b>	
	<b>Visita d'infermeria</b>	<b>9 mesos</b>	
	<b>12 mesos</b>	<b>Visita mèdica</b>	

**Figura 5.10.** Freqüència recomanada de les visites mèdiques i d'infermeria al llarg del tractament de l'episodi depressiu (fase aguda, de continuació i de manteniment).

**Taula 5.4.** Activitats de la consulta d'infermeria durant les visites de seguiment de l'evolució clínica del pacient deprimit i les fases del tractament. Font: *Manual per al Maneig de la Depressió en Atenció Primària*. Grup de Salut Mental i AP de Tarragona (ICS, IDIAP Jordi Gol).

<p><b>Visita inicial d'infermeria (abans d'una setmana):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Valoració d'infermeria i pla de cures.</li><li>▪ Verificar la prescripció de l'antidepressiu: l'ha comprat?, se'l pren?, té efectes adversos?</li><li>▪ Verificar els materials d'educació sanitària: se'ls ha mirat?, els entén?, té alguna pregunta?</li><li>▪ Automaneig: objectius, petits passos, materials.</li><li>▪ Emplenar full de monitoratge.</li><li>▪ Citar per a la pròxima visita.</li></ul>
<p><b>Visita/es opcional/s (o contacte telefònic) si es detecten dificultats:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medicació, obstacles, etc.</li><li>▪ Emplenar el full de monitoratge.</li></ul>
<p><b>Visita d'infermeria a les 4 o 5 setmanes. Avaluació de la resposta inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ PHQ-9.</li><li>▪ Si hi ha modificacions en el tractament, el metge pot indicar visites de seguiment addicionals.</li><li>▪ Psicoeducació, automaneig, pla de cures.</li></ul>
<p><b>Visita d'infermeria a les 8 o 9 setmanes i posteriorment cada 4 setmanes fins a la remissió. Seguiment de la resposta al tractament:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ PHQ-9. Remissió? (si hi ha remissió, s'inicia la fase de continuació).</li><li>▪ Psicoeducació, automaneig, pla de cures.</li><li>▪ Adherència, efectes secundaris. Important: no abandonar el tractament encara que la depressió del pacient estigui en remissió.</li><li>▪ Emplenar el full de monitoratge.</li></ul>
<p><b>Visita d'infermeria cada 2 o 3 mesos. Fase de continuació i manteniment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ PHQ-9.</li><li>▪ Remissió?</li><li>▪ Psicoeducació, automaneig, pla de cures.</li><li>▪ Adherència, efectes secundaris. Important: no abandonar el tractament encara que la depressió del pacient estigui en remissió. Comentar la importància del tractament de continuació (6 mesos) per prevenir les recaigudes freqüents i també quan està indicat el tractament de manteniment per prevenir recurrències i la cronificació de la depressió (un any o més).</li></ul>

### **5.5.4.2. Coordinació amb els serveis de salut mental**

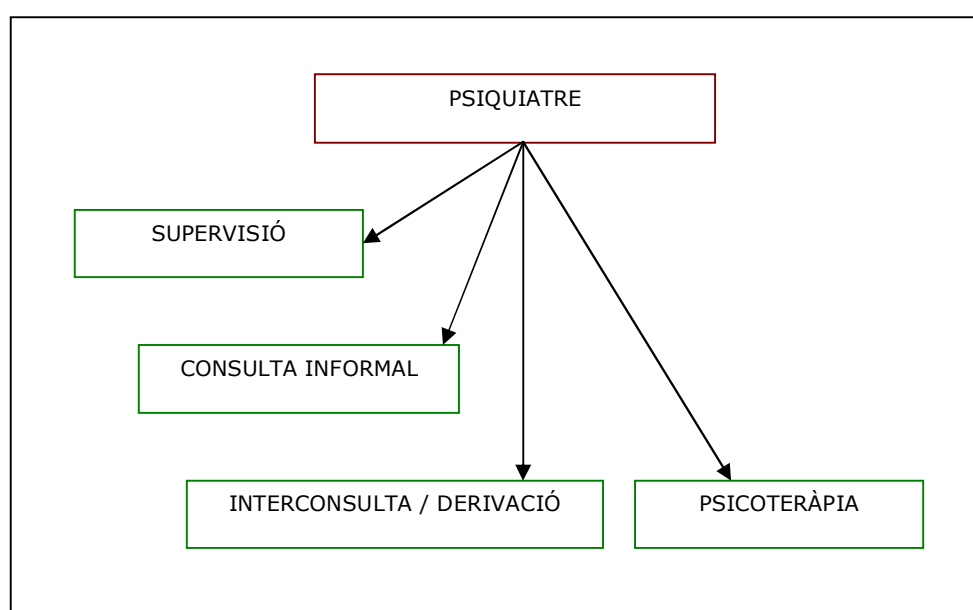
Quan els serveis d'atenció primària i de salut mental comparteixen l'atenció a un pacient, cal establir clarament la responsabilitat del control i del tractament d'aquell malalt i també comunicar el pla terapèutic al pacient i, si cal, a les famílies i als curadors.

Els psiquiatres van rebre formació específica sobre el procés assistencial i les opcions terapèutiques de les depressions resistents al tractament amb l'objectiu de la remissió, a curt termini, i de la prevenció de la recaiguda, a llarg termini. L'actuació del nivell psiquiàtric especialitzat s'integrà en el procés assistencial i es va coordinar amb els altres àmbits professionals (metge de família i infermera). S'optimitzaren els recursos ja existents, com la consultoria i l'assessoria periòdica, la interconsulta i la derivació, i es van establir mecanismes àgils (via informàtica i telefònica) per compartir la informació clínica referent als pacients entre psiquiatres, metges de família i infermeres. Durant les visites al pacient, el metge de família valorava la necessitat de la derivació al centre de salut mental. El pacient sempre era informat del motiu i de l'objectiu de la derivació, que es feia amb el seu consentiment i, quan es negava a ser derivat, el metge d'atenció primària tenia el compromís de continuar amb l'atenció mèdica establerta dintre del programa d'intervenció. Aquestes interconsultes es feien per resoldre dubtes diagnòstics o terapèutics, o per consultar la indicació o la necessitat d'una derivació. El criteris mèdics motiu de derivació o interconsulta que s'establiren van ser els següents:

- Risc de suïcidi: es considerava la derivació urgent si existia un risc de suïcidi elevat (ideació o plans estructurats de suïcidi, escàs suport familiar o intent d'autòlisi).
- Resposta clínica insuficient o manca de resposta després de dos cicles d'antidepressius durant un mínim de sis setmanes a dosis terapèutiques.

- Depressions amb símptomes psicòtics o amb criteris de trastorn bipolar.
- Depressions severes amb greu impacte funcional.
- Comorbiditat psiquiàtrica que compliqués el maneig del pacient.
- Episodi depressiu durant l'embaràs o el postpart.
- Alteracions greus de la conducta.
- Si el pacient podia beneficiar-se d'un tractament psicoterapèutic formal.

Per augmentar la qualitat de les derivacions es recomanava precedir-les d'una interconsulta via telefònica o per correu electrònic per tal de compartir la informació clínica referent als pacients inclosos en l'estudi. La finalitat d'això era fer una valoració conjunta entre el psiquiatre i el metge de família o la infermera sobre la indicació de la derivació, i acordar el temps d'espera per accedir als serveis de salut mental i les mesures de maneig que es podien dur a terme des de l'atenció primària fins que el pacient fos visitat al centre de salut mental o fins que la visita quedés descartada. La figura 5.11 mostra esquemàticament les funcions del psiquiatre de referència en la intervenció.



**Figura 5.11.** Funcions del psiquiatre de referència en la intervenció

La derivació a salut mental no implicava el traspàs de tota la responsabilitat de l'atenció al pacient al segon nivell assistencial. El psiquiatre informava de la valoració i les accions terapèutiques empreses al metge d'atenció primària responsable del pacient i s'acordava l'actuació de cada nivell. El psiquiatre havia de ser ben conscient del paper de la infermera d'atenció primària en el maneig dels pacients amb depressió: vigilància i suport a l'adherència al tractament, monitoratge de l'evolució clínica i educació terapèutica. En els CAP on hi havia presència física del psiquiatre (pla demostratiu de la Regió Sanitària),<sup>39</sup> a petició del metge d'atenció primària responsable, el psiquiatre podia supervisar la documentació clínica del pacient i assessorar sobre les decisions clíniques més adients.

#### **5.5.5. Suport psicoeducatiu dels pacients deprimits**

L'educació sanitària del pacient és molt important per a l'èxit a llarg termini de l'abordatge i el tractament de la depressió. És necessària una responsabilitat compartida entre el metge i la infermera per assolir l'objectiu de curació, ensenyar als pacients a conèixer, entendre i educar els seus sentiments i, d'aquesta manera, facilitar que participin activament en la seva pròpia cura. Diversos estudis demostren que es pot facilitar l'adherència al tractament proporcionant informació als pacients sobre el seu tractament. Cal una simple intervenció educativa del pacient per disminuir el risc de recaigudes, mitjançant fulls dissenyats per millorar l'ús de la utilització dels serveis de salut.<sup>127</sup>

##### **5.5.5.1. Material d'educació sanitària sobre la depressió**

Els pacients del grup d'intervenció van disposar de material educatiu imprès, dissenyat específicament per a l'estudi, en llengua catalana i castellana: *Educació sanitària per als pacients que pateixen depressió i per als qui els envolten i*



*Educación sanitaria para los pacientes que sufren depresión y para sus allegados* (Figura 5.12). El metge o la infermera els hi entregaven en la primera visita.



**Figura 5.12.** Material d'educació sanitària sobre la depressió per al suport psicoeducatiu dels pacients depressius.

El contingut del llibret informava sobre la malaltia, la seva prevalença, el caràcter natural de la patologia, sobre el tractament i la importància de l'adherència i el compliment terapèutic. També proporcionava consells pràctics sobre estratègies d'autoajuda, relacions familiars i socials, autocrítica injustificada, autoestima i resolució de problemes. Es donava consell sobre la importància de seguir una dieta sana, abandonar l'alcohol, dormir més hores i fer exercici físic per millorar l'estat de la salut mental. També ofería consells i pautes sobre què podia fer la família per ajudar el pacient i sobre quina actitud i quin comportament havia d'adoptar.

#### **5.5.5.2. Activitats d'autoajuda**

Per millorar el resultat clínic de la intervenció, la infermera facilitava activitats d'autoajuda durant les visites de seguiment. Es van fer servir les recomanacions de

la guia NICE,<sup>107</sup> que descriu dos formes d'autoajuda: l'autoajuda mitjançant l'ensinistrament dels pacients en habilitats per superar el problema de salut amb materials escrits, programes informàtics, vídeoenregistraments, i l'autoajuda guiada, que es realitza amb el mateix procés i els mateixos materials que en el cas anterior però amb una orientació professional que monitoritza la progressió del procés. L'evidència clínica demostra que l'autoajuda guiada redueix els símptomes de la depressió lleu i moderada en comparació amb la no-intervenció.<sup>127</sup> Altres estudis n'avalen l'efectivitat, ja que permet aplicar tècniques cognitivoconductuals i disminueix la distància entre la demanda i el temps d'espera de la visita amb el terapeuta.<sup>128</sup>

### **5.5.5.3. Actitud psicoterapèutica en atenció primària**

Actualment, en la majoria dels casos, l'entrevista clínica és l'únic recurs no farmacològic d'ajuda psicològica disponible de què disposen els metges de família i les infermeres d'atenció primària per donar solucions a problemes emocionals.<sup>129</sup> L'actitud psicoterapèutica durant l'entrevista clínica proporciona ajuda o suport psicològic al pacient deprimat i permet una comunicació amb l'expressió d'emocions, un major contacte visual i unes consultes més llargues que faciliten i incrementen el diagnòstic dels trastorns afectius.<sup>13</sup> La combinació de l'ajuda psicològica amb la farmacoteràpia durant la fase aguda de la depressió és més efectiva i disminueix el risc de recaigudes.<sup>127</sup>

### **5.5.5.4. Relació d'ajuda o counselling**

Una de les eines utilitzades en l'educació del pacient és la tècnica del *counselling* (assessorament o consell). És un terme genèric, extret de la British Association of Counselling and Psychotherapy (BACP 1992),<sup>130</sup> que defineix un conjunt d'intervencions psicològiques en relació amb problemes de salut mental i

psicosocials i que se centra en la relació terapèutica en si mateixa.<sup>131,132</sup> La tècnica facilita coneixements, eines, habilitats, materials i suggeriments als pacients per conduir un procés de canvi de la seva conducta, de la seva salut i de les decisions al respecte. Alguns assajos clínics n'han provat l'eficàcia en l'àmbit de l'atenció primària amb una disminució significativa a curt termini dels símptomes depressius, sobretot en pacients amb depressió lleu i moderada d'inici recent.<sup>128</sup> El *counselling* o relació d'ajuda permet fer un ús més racional dels serveis i del consum de fàrmacs, i disminuir les derivacions a psiquiatria i les consultes al metge d'atenció primària.<sup>131,133</sup>

#### **5.5.5.5. Psicoeducació**

Dintre de la psicoeducació, la teràpia cognitivoconductual ha demostrat ser la més efectiva.<sup>134,135</sup> Se centra en els pensaments disfuncionals de culpa, inferioritat i percepció negativa d'un mateix i de l'entorn, i intenta modificar les pautes de conducta amb tècniques de relaxació, habilitats socials i exposició a factors estressants.<sup>136</sup> Una altra tècnica molt utilitzada és la teràpia de resolució de problemes basada en una breu intervenció psicològica. En l'àmbit de l'atenció primària existeix un protocol que permet proporcionar un consell efectiu.<sup>137</sup> Tot i que els estudis sobre l'eficàcia de la teràpia familiar no aporten resultats clars a l'hora de millorar la disfunció familiar que es pot originar al conviure amb un pacient deprimit, això no és motiu per no donar consell als familiars mitjançant materials d'educació sanitària.<sup>138</sup>

#### **5.5.5.6. Consell sobre hàbits de vida com a tractament coadjuvant**

Igual que es fa en l'abordatge d'altres patologies cròniques en l'atenció primària, es va donar consell sobre la importància de l'adquisició i el manteniment d'uns bons

hàbits de vida com a tractament coadjuvant de la depressió, sobretot pel que fa a la dieta i l'exercici físic.

Encara que els mecanismes de l'efecte dels bons hàbits de vida sobre l'estat d'ànim no han estat ben investigats, hi ha estudis que demostren que els bons hàbits de vida milloren l'humor i augmenten l'autoestima,<sup>139,140</sup> i que un programa d'exercici estructurat i supervisat en pacients amb depressió major lleu i moderada millora els símptomes depressius quan s'associa al tractament farmacològic.<sup>128,141</sup>

En la taula 5.5 es recullen els continguts principals de l'educació del pacient deprimat duts a terme en la intervenció i que es van incloure en un dels capítols del *Manual per al maneig de la Depressió en Atenció Primària* dissenyat específicament per al projecte.

**Taula 5.5.** Continguts principals de l'educació del pacient. Font: *Manual per al Maneig de la Depressió en Atenció Primària*. Grup de Salut Mental i Atenció Primària de Tarragona (ICS, IDIAP Jordi Gol).

<p><b>Donar informació sobre la malaltia amb la finalitat de compensar l'estigma associat a la depressió:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La depressió no és una debilitat personal sinó una malaltia.</li><li>▪ La depressió és una malaltia molt freqüent.</li><li>▪ Hi ha condicionants biològics de la depressió (genètica, neurotransmissors).</li></ul>
<p><b>Informació realista sobre el tractament i sobre la importància de l'adherència al tractament prescrit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Prengui la medicació cada dia tal com el metge li ha prescrit.</li><li>▪ L'inici de l'efecte dels antidepressius demora fins a 2-4 setmanes després del començament del tractament.</li><li>▪ La medicació s'ha de continuar prenent encara que el pacient es trobi millor.</li><li>▪ La medicació no s'ha de suspendre sense consultar-ho al metge.</li><li>▪ Els efectes adversos més freqüents dels antidepressius solen ser lleus i autolimitats a les primeres setmanes.</li><li>▪ Sovint són necessaris ajustos o canvis en el tractament, segons l'evolució del pacient.</li></ul>
<p><b>Consells sobre l'automaneig de la depressió i la formulació d'objectius per part del propi pacient sobre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ L'adherència al tractament.</li><li>▪ El manteniment de les relacions socials i familiars.</li><li>▪ L'adequada alimentació i la pràctica d'exercici físic.</li><li>▪ La pràctica d'activitats relaxants o plaents.</li><li>▪ Contenir l'autocrítica o l'autodesvaloració injustificada i fomentar l'autoestima.</li><li>▪ Afrontar els problemes grans dividint-los en petites etapes i planificar com assolir-les.</li></ul>
<p><b>Consells sobre què pot fer i què no ha de fer la família per ajudar el pacient deprimat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Què no ha de fer la família?: criticar o culpabilitzar el pacient; culpar-se a un mateix; excloure la persona deprimida o substituir-la en totes les tasques; obligar a la persona deprimida a realitzar activitats o a prendre decisions importants si no pot o vol.</li><li>▪ Què pot fer la família?: reconèixer la persona deprimida com a malalta; animar-la a seguir el tractament; comentar-ne amb el metge o la infermera l'evolució; vigilar trastorns de la son; fomentar un estil de vida sa (exercici físic, abstenir-se de prendre alcohol, bona alimentació); reconèixer que la família passarà una època de tensió.</li></ul>

## **5.6. TRACTAMENT HABITUAL DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Els metges dels centres assignats al grup del tractament habitual van atendre als pacients deprimits segon el seu criteri, sense restricció en la utilització de qualsevol recurs disponible que consideressin oportú (incloses la consultoria periòdica, la derivació o la interconsulta amb el nivell especialitzat).

Igual que en el grup d'intervenció, en una avaluació inicial els metges del grup de control van fer la detecció i el diagnòstic dels pacients amb sospita de trastorn depressiu major mitjançant l'entrevista clínica semiestructurada i l'ús del qüestionari autoadministrat PHQ-9, descartant les depressions secundàries a malalties orgàniques i/o fàrmacs. També es va fer l'avaluació i el registre de la presència de comorbiditat psiquiàtrica i orgànica.

Les activitats formatives per millorar la detecció i el diagnòstic de la depressió no es van incloure en l'avaluació, però els metges del grup d'intervenció podrien haver estat més sensibles per al diagnòstic de la depressió i detectar casos amb depressió més lleu introduint un biaix durant el procés de detecció (diferent probabilitat de diagnòstic entre casos i controls) i de selecció (més motivació dels metges per incloure pacients o inclusió de pacients més motivats per fer el tractament en el grup d'intervenció) de pacients per a l'estudi. Per evitar aquesta situació, a l'inici de l'estudi es va realitzar un únic curs de formació de dues hores de durada dirigit als metges del grup de control. El curs tenia el mateix contingut i format sobre el diagnòstic i la detecció de la depressió que el curs per als metges del grup d'intervenció. També se'ls va instruir sobre els procediments per a la selecció i la recollida de la informació necessària dels pacients que eren inclosos en l'estudi.

## 5.7. DESCRIPCIÓ DE LES VARIABLES

### 5.7.1. Variables principals

Les principals variables són la mesura de la gravetat de la depressió, la taxa de remissió de la depressió, la taxa de resposta al tractament antidepressiu i la qualitat de vida relacionada amb la salut.

- La gravetat dels símptomes depressius es va mesurar amb el qüestionari PHQ-9.
- La remissió clínica és l'objectiu del tractament de la depressió, sobretot en la fase inicial. La remissió es defineix com la pràctica absència total dels símptomes depressius i la recuperació del ple funcionament. Com a indicador de remissió s'accepta una puntuació de menys de 5 en el qüestionari PHQ-9.<sup>122, 142</sup>
- La taxa de resposta al tractament antidepressiu es defineix com la reducció d'un 50% en la gravetat dels símptomes, mesurada amb el qüestionari PHQ-9 basal.<sup>143</sup>
- Per mesurar la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) es va utilitzar el *Short Form-12 Health Survey* (qüestionari de salut SF-12, Annex VI), que proporciona dues puntuacions: una per a la salut mental i una altra per a la salut física.

### 5.7.2. Variables secundàries i modificadors de l'efecte

- Es recolliren les dades sociodemogràfiques: sexe, edat, estat civil (solter, casat o en parella, divorciat o separat, vidu), educació (analfabetisme, primària, primer cicle de secundària, segon cicle de secundària, estudis universitaris), situació laboral i classe social basada en l'ocupació (I, II, III, IVa, IVb, V).<sup>144</sup>

- Per al diagnòstic de la patologia psiquiatria comòrbida més freqüent en pacients deprimits es va utilitzar els mòduls de distímia i trastorns d'ansietat del *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD, Annex VII).
- La gravetat de la comorbiditat física va ser mesurada amb el *Duke Severity of Illness Checklist* (DUSOI, Annex VIII).
- Es registraren la durada de l'episodi depressiu i els episodis d'història prèvia de depressió.
- L'adherència al tractament antidepressiu va ser avaluada amb el test de Morisky-Green i el test de Haynes-Sackett.
- La utilització dels recursos sanitaris va ser avaluada en entrevistes de seguiment realitzades als pacients, registrant les hospitalitzacions per problemes de salut mental i el nombre i el tipus de visites a l'atenció primària, al psiquiatre i a urgències.
- La satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda va ser avaluada mitjançant un sol ítem (escala de Likert amb cinc possibles opcions de respostes).

## **5.8. MESURAMENTS: RECOLLIDA DE LES DADES DE SEGUIMENT A NIVELL BASAL, ALS 3, ALS 6 I ALS 12 MESOS**

Les dades de seguiment es van registrar mitjançant uns qüestionaris estandarditzats que foren administrats a través d'entrevistes telefòniques. Les entrevistes van ser realitzades per una entrevistadora qualificada (psicòloga), entrenada en la tècnica de les entrevistes telefòniques i en nosologia psiquiàtrica i que no coneixia a quin grup d'estudi estaven assignats els pacients (cec). Durant les entrevistes es recollí informació relacionada amb les dades sociodemogràfiques dels pacients, les característiques clíniques de la depressió major, l'adherència al tractament antidepressiu i el compliment terapèutic, la qualitat de vida relacionada



amb la salut, la utilització dels serveis sanitaris per a causa de la depressió i la satisfacció amb l'assistència rebuda. Les entrevistes es van dur a terme a nivell basal (0 mesos), i als 3, als 6 i als 12 mesos de la inclusió dels pacients en l'estudi.

### **5.8.1. Entrevista telefònica a nivell basal**

L'entrevista basal via telefònica es realitzà durant la setmana posterior a la inclusió del pacient en l'estudi. Es van registrar la data de l'entrevista, el Codi d'Identificació Personal de cada pacient en el sistema sanitari públic català (CIP), el nom i els cognoms, els telèfons de contacte i els horaris preferents per trucar, les dades sociodemogràfiques (edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis, ocupació -només per a treballadors actius-) i la classe social basada en l'ocupació.

S'emplenà el qüestionari PHQ-9 per confirmar el diagnòstic de la depressió major i la puntuació de la gravetat a nivell basal. Es van registrar el temps d'evolució de l'episodi en curs (codificat en mesos) i els antecedents d'episodis previs de depressió:

*¿Cuánto tiempo hace que empezó a encontrarse deprimido o abatido como ahora y a tener varios de estos síntomas sobre los que le he preguntado?*

*A lo largo de su vida:*

*¿Se ha sentido otras veces deprimido y ha tenido muchos de estos síntomas de depresión?*

*¿En cuántas ocasiones se ha sentido deprimido y ha tenido muchos de estos síntomas de depresión (diariamente y, al menos, durante dos semanas)?*

En aquesta primera entrevista també es va emplenar el qüestionari de salut SF-12.

### **5.8.2. Entrevistes telefòniques als 3, als 6 i als 12 mesos**

Les entrevistes telefòniques de seguiment es dugueren a terme als 3, als 6 i als 12 mesos de la intervenció. En aquestes entrevistes es van registrar el nom i els cognoms del pacient, el CIP, el telèfon i els horaris preferents per trucar, la gravetat de la depressió major (mesurada amb el qüestionari PHQ-9), la persistència del tractament antidepressiu, l'adherència i el compliment terapèutic (mesurats amb el test de Morisky Green i el test de Haynes-Sackett), la utilització de serveis sanitaris, la satisfacció amb l'atenció rebuda i la qualitat de vida relacionada amb la salut (mesurada amb el qüestionari SF-12). No es registraren les dades sociodemogràfiques ni es va preguntar pel temps d'evolució de l'episodi depressiu actual ni d'episodis previs.

En els pacients que van contestar afirmativament quan se'ls preguntà si continuaven prenent el tractament farmacològic, es va avaluar el compliment terapèutic amb el test de Morisky-Green i el test de Haynes-Sackett, però només dels antidepressius i no de fàrmacs complementaris com els ansiolítics, els analgèsics o d'altres. Si la resposta era negativa, es registrava si havia estat el metge o el propi pacient qui havia decidit el cessament del tractament. Si la decisió l'havia pres el pacient, se li preguntava el motiu de l'abandonament (efectes adversos, falta d'eficàcia, perquè se sentia millor, per por a la dependència, perquè se sentia incòmode o altres motius) i es passava directament al registre de les visites amb els serveis sanitaris, el qüestionari de salut SF-12 i el registre de la satisfacció per l'atenció rebuda, sense avaluar el compliment terapèutic.

## **5.9. INSTRUMENTS DE MESURA**

### **5.9.1. Qüestionari de selecció**

En la selecció dels pacients, abans d'iniciar l'estudi, els metges del grup d'intervenció i els metges del grup de tractament habitual recolliren informació sobre el nom i els cognoms del pacient, el CIP, el nom del CAP on es visitava i el nom i els cognoms del metge d'atenció primària assignat. Es va demanar el telèfon de contacte i els horaris preferents per trucar i es va fer constar si complien els criteris d'inclusió i els criteris d'exclusió per a la participació en l'estudi. Les dades es registraren en un qüestionari de selecció durant una entrevista presencial, cara a cara, amb el pacient.

### **5.9.2. Qüestionari estructurat**

Es van registrar les dades sociodemogràfiques dels pacients seleccionats en un qüestionari estructurat.

Les dades sociodemogràfiques, i sobretot la classe social, tenen importància especial ja que poden influir en l'estat de salut de la persona. L'evidència científica demostra que els factors de risc per a la salut estan relacionats amb el nivell socioeconòmic, i que l'efectivitat d'un tractament i el pronòstic d'una malaltia poden estar condicionats per la classe social.<sup>145</sup> La variable més utilitzada al nostre entorn per a la mesura de la classe social és l'ocupació; un altre indicador n'és el nivell d'estudis, que és una variable propera al nivell socioeconòmic.<sup>144</sup>

Internacionalment, la classificació de la classe social més utilitzada és la de la *British Registrar General's Scale*, desenvolupada entre finals del segle XIX i principis del segle XX i que es basa en una classificació de les ocupacions segons el nivell d'educació. Una adaptació espanyola de la classificació anglesa és la *Clasificación*

*Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79)*, que posteriorment ha estat substituïda per la *Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CON-94)*.<sup>144,145</sup>

En el present estudi, per al registre de la classe social amb l'indicador segons l'ocupació (I, II, III, IVa, IVb, V), es va utilitzar l'escala CON-94, basada en la *Clasificación Internacional Normalizada de Ocupaciones de 1988 de la Organización Internacional del Trabajo* (veure Taula 5.6).<sup>144</sup> Es preguntà sobre l'ocupació present o l'última, en el cas dels jubilats i dels desocupats. L'ocupació registrada per a les dones que no treballaven fora de casa, els nens i els estudiants va ser la del cap de família.

**Taula 5.6.** Classe social basada en l'ocupació (classificació abreujada).

I.	Directius de l'Administració pública i d'empreses amb 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari.
II.	Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de primer cicle universitari. Tècnics. Artistes i esportistes.
III.	Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat. Treballadors per compte propi. Supervisors de treballadors manuals.
IVa.	Treballadors manuals qualificats.
IVb.	Treballadors manuals semiqualicats
V.	Treballadors manuals no qualificats

Per mesurar i registrar el nivell d'educació es preguntà sobre el màxim assolit: sense estudis, primer grau, primer cicle del segon grau, segon cicle del segon grau i tercer grau (veure Taula 5.7).

**Taula 5.7.** Nivell d'estudis (classificació abreujada).

1. Sense estudis (analfabets o sense estudis).
2. Primer grau.
3. Segon grau, primer cicle.
4. Segon grau, segon cicle.
5. Tercer grau.

### 5.9.3. Patient Health Questionnaire

El qüestionari PHQ-9 és va desenvolupar l'any 1999 als EUA. Deriva d'un altre qüestionari, el PRIME-MD, i fou validat en un estudi en què l'instrument de referència va ser l'entrevista clínica estructurada per al DSM-III-R. El PHQ-9, en comparació amb el PRIME-MD original, té una especificitat (probabilitat que una prova diagnòstica indiqui l'absència de malaltia quan aquesta no estigui present) i una sensibilitat (probabilitat que una prova diagnòstica indiqui la presència de malaltia quan aquesta estigui present) per al diagnòstic de la depressió major més elevades: un 98% enfront un 94% per a l'especificitat i un 73% enfront un 57% per a la sensibilitat.<sup>120,122,146</sup> Existeix una validació anglesa del PHQ-9 per a l'atenció primària realitzada en un assaig clínic basat en el *collaborative care* en què es comparà amb l'entrevista clínica estructurada per al DSM-IV-TR.<sup>91,147</sup> En aquesta validació anglesa, establint un punt de tall de  $\geq 10$  punts en el PHQ-9 segons les recomanacions de la validació americana, la sensibilitat del PHQ-9 per al diagnòstic de la depressió major és del 91.7% i l'especificitat, del 78.3%.

El qüestionari es caracteritza per ser un instrument breu, fiable, de fàcil aplicació i que pot ser autoadministrat o bé administrat pel facultatiu llegint al pacient les preguntes i les opcions de resposta. És el primer instrument de diagnòstic de la depressió autoadministrat dissenyat per ser usat en atenció primària.<sup>120</sup> Consta de

nou ítems basats en els criteris diagnòstics del DSM-IV i d'un ítem addicional que indaga sobre l'impacte funcional que ocasionen els símptomes depressius, que és també un criteri diagnòstic del DSM-IV. Considerant que molts pacients amb depressió major es presenten amb un conjunt de símptomes físics, psíquics i conductuals (com, per exemple, ànim decaïgut, falta d'energia, insomni, pèrdua de pes i malaltia mèdica inespecífica) que pot endarrerir el diagnòstic, el PHQ-9 permet fer una primera aproximació o cribatge de la depressió major i també confirmar el diagnòstic.<sup>148</sup>

Dues preguntes respecte a si els pacients pateixen estat d'ànim depressiu i/o disminució de l'interès o plaer tenen una elevada sensibilitat per al diagnòstic de depressió major (95%), però una baixa especificitat (57%).<sup>139</sup> Aquestes dues preguntes corresponen als dos primers ítems del qüestionari i es poden formular davant la sospita clínica de depressió major, en un intent de cribatge sense intenció d'establir un diagnòstic i seguint les recomanacions del DSM-IV d'excloure els símptomes depressius produïts per malalties mèdiques.

El rang de puntuació del PHQ-9 en la mesura de la gravetat de l'episodi depressiu varia entre 0 punts (absència de símptomes depressius) i 27 punts (símptomes depressius severes). La presència diària de cada un dels nou ítems que componen el qüestionari pot ser puntuada des de 0 (cap dia) a 3 (tots o quasi tots els dies). El pacient també ha de contestar la pregunta que valora l'impacte funcional i que té una puntuació que varia de 0 (cap) a 3 (extremadament).

Es considera que el cribatge és positiu quan estan presents un dels dos primers ítems o bé els dos alhora, i quan tenen una puntuació de 2 (més de la meitat dels dies) o 3 (tots o quasi tots els dies). Si el cribatge és positiu es continua emplenant el qüestionari per determinar la presència de més símptomes i per obtenir una puntuació final que valori la gravetat de l'episodi depressiu. Per al diagnòstic de

depressió major es requereix la presència de  $\geq 5$  ítems amb una puntuació de 2 o 3 punts durant més de la meitat dels dies en les dues setmanes prèvies al qüestionari. Es necessari que un dels símptomes d'aquests cinc ítems sigui l'estat d'ànim depressiu o l'anhedonia. La gravetat de l'episodi serà la suma total de la puntuació de cada ítem i, segons la puntuació final, es podrà classificar en depressió major lleu (<15 punts), moderada (de 15 a 19 punts) o severa (>19 punts).

El PHQ-9 també és útil per fer un seguiment de l'evolució clínica de la depressió major amb la mesura de la remissió dels símptomes depressius i la resposta al tractament.<sup>122</sup> Segons els criteris diagnòstics del DSM-IV, permet diferenciar entre els pacients amb una completa remissió (cap símptoma depressiu), pacients amb una remissió parcial (1-4 símptomes depressius) i pacients sense remissió o amb depressió major persistent ( $\geq 5$  símptomes depressius). Es considera una resposta positiva al tractament una disminució de la puntuació final del PHQ-9 d'un  $\geq 50\%$ .<sup>143</sup>

La validació espanyola del PHQ-9 està realitzada amb pacients de l'àmbit hospitalari. El procediment per a la validació dut a terme va ser similar a la validació anglesa i, com a instrument de referència, s'utilitzà l'entrevista clínica estructurada aplicada per professionals de salut mental.<sup>121</sup> La versió espanyola del PHQ-9 té una especificitat per al diagnòstic de la depressió d'un 92% i una sensibilitat d'un 84%. L'índex de gravetat dels símptomes depressius es correlaciona fortament amb els símptomes registrats durant l'entrevista clínica (0.71) i la puntuació del qüestionari de Beck per a la depressió (0.76). Els resultats sobre l'especificitat i la sensibilitat de la validació espanyola coincideixen amb els observats en disset estudis recollits en una metanàlisi (sensibilitat del 80% i especificitat del 92%)<sup>149</sup> i són similars als constatats en una revisió sistemàtica (sensibilitat del 77% i especificitat del 94%).<sup>150</sup>

A Catalunya es va dur a terme un estudi per a la validació del PHQ-9 utilitzat mitjançant entrevistes telefòniques.<sup>151</sup> Es demostrà una forta concordança (precisió de l'instrument de mesura per obtenir mateixos valors) entre el PHQ-9 autoadministrat, que es va utilitzar com a instrument de referència, i el qüestionari administrat via telefònica (índex- $\kappa \geq 0.60$ ). Comparant les puntuacions mitjanes de la gravetat de la depressió entre els dos PHQ-9, només es va veure una diferència de 0,60 punts menys en el qüestionari telefònic. Les consistències internes (fiabilitat de l'escala de mesura) dels dos qüestionaris foren molt similars: Cronbach- $\alpha$  de 0.82 per al PHQ-9 telefònic enfront de 0.86 per al PHQ-9 autoadministrat.

### **5.9.3.1. Manual Diagnòstic i Estadístic de les Malalties Mentals**

El DSM-IV és obra de l'Associació Psiquiàtrica dels EUA (American Psychiatric Association). La primera edició del manual (any 1952) va anar evolucionant fins al DSM-IV (any 1994) i aquesta fins a la quarta edició revisada (DSM-IV-TR, any 2000), que és l'última i actual versió (veure Taula 5.8).<sup>119,152</sup> Existeix una versió elaborada per ser utilitzada en l'àmbit de l'AP: el DSM-IV-AP. La seva codificació és un resum breu o descripció que procedeix del DSM-IV i facilita al metge d'atenció primària identificar els trastorns mentals, li dona suport clínic en els consultes i li proporciona ajuda per elaborar treballs d'investigació en el primer nivell assistencial.<sup>153</sup>

El DSM-IV no diagnostica malalties sinó que utilitza codis numèrics que defineixen episodis o trastorns per a cada patologia. No es té en compte la biografia prèvia del pacient, ni els desencadenants de la depressió, ni els factors predisposants (caràcter, temperament, esdeveniments vitals). Quan parla de trastorn depressiu major és per fer referència a un "diagnòstic clar" i utilitza la paraula *major*, no per



definir la gravetat, sinó per fer referència a la "certesa que la depressió és inqüestionable".<sup>119,153</sup>

Abans de realitzar el diagnòstic d'episodi depressiu major és important que el metge conegui bé els símptomes de la depressió i que es tinguin presents els següents passos:

- Considerar una malaltia mèdica, el consum de substàncies o bé si l'estat d'ànim depressiu s'explica millor per la presència d'un altre trastorn mental.
- Considerar un dol si està associat a la mort d'un ésser estimat i ha durat almenys dos mesos.
- Considerar un trastorn distímic si el pacient ha tingut més dies amb estat d'ànim depressiu que sense ell durant almenys dos anys.
- Si hi ha una situació psicosocial estressant, considerar un trastorn adaptatiu amb estat d'ànim depressiu o un trastorn adaptatiu mixt amb ansietat i estat d'ànim depressiu.
- També pot ser que no existeixi trastorn sinó només tristor, disminució d'energia o insomni.

**Taula 5.8.** Criteris diagnòstics per a l'episodi depressiu major segons el DSM-IV.

Durant un període de **dues o més setmanes**, presència de forma persistent **d'almenys cinc** dels següents símptomes, un dels quals haurà de ser, obligatòriament, **l'1 o el 2**. Els símptomes representen un canvi en l'estat habitual del pacient.

#### Símptomes essencials

- 1. Estat d'ànim deprimit** (o irritable en nens/adolescents).
- 2. Anhedònia:** disminució important o pèrdua d'interès o plaer en totes o gairebé totes les activitats habituals.

#### Símptomes físics

3. Augment o disminució significativa de la gana i/o el pes.
4. Insomni o hipersòmia.
5. Fatiga o pèrdua d'energia.
6. Agitació o inhibició psicomotora.

#### Símptomes psíquics

7. Sentiments de culpa o baixa autoestima.
8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, indecisió.
9. Idees recurrents de mort o suïcidi, planificació o intent de suïcidi.

- Els símptomes no compleixen els criteris per un episodi mixt.
- Els símptomes produeixen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.
- Els símptomes no són conseqüència dels efectes fisiològics directes d'una substància o malaltia mèdica.

Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol. Duren més de dos mesos o produeixen incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

#### **5.9.4. Primary Care Evaluation of Mental Disorders**

La comorbiditat psiquiàtrica pot influir en la resposta al tractament antidepressiu i en el pronòstic de la depressió. Per detectar-ne la presència es va utilitzar el qüestionari PRIME-MD.

El PRIME-MD és un instrument desenvolupat per a l'atenció primària que permet reconèixer els trastorns d'ansietat més prevalents, com el trastorn de pànic i el trastorn d'ansietat generalitzada. És un test de cribatge ràpid, breu i heteroadministrat que consta de dues fases i que presenta un procediment d'entrevista que també pot generar un diagnòstic segons el DSM-IV de depressió major, trastorn somatomorf, trastorn de la conducta alimentària i abús d'alcohol.<sup>120,146</sup> Tant la validació de la versió espanyola<sup>154</sup> com l'original tenen implicacions importants en la detecció de l'ansietat en el context dels assajos clínics i com a part de la millora de la qualitat dels programes de salut.<sup>155</sup>

El *Cuestionario para el paciente* (PQ) forma part del PRIME-MD. És un qüestionari breu i autoadministrat que s'utilitza com a instrument de cribatge per al reconeixement dels trastorns d'ansietat.<sup>155</sup> Consta de tres ítems sobre símptomes d'ansietat amb les opcions de resposta *sí* o *no*. El pacient ha de contestar en funció de com s'ha sentit durant l'últim mes. Es considera que el cribatge és positiu si qualsevol de les tres respostes és afirmativa i el pacient no està afectat per una demència, un trastorn psicòtic o condicions mèdiques inestables. També és necessari que no hi hagi barreres de comunicació ni dependència de l'alcohol.

Si el cribatge en el PQ és positiu, es continua amb les preguntes del *Mòdul d'ansietat* del PRIME-MD. Aquest mòdul està format per catorze ítems i permet determinar si es compleixen els criteris diagnòstics del DSM-IV per a un episodi de trastorn de pànic o d'ansietat generalitzada.

En el nostre estudi es va fer servir una adaptació del qüestionari PRIME-MD amb dos mòduls: el *Módulo estado de ánimo: distimia* i el *Módulo ansiedad*. Amb el mòdul d'estat d'ànim es poden diagnosticar els pacients deprimits que a més tenen distímia. Amb el mòdul d'ansietat es pot diagnosticar un trastorn d'ansietat generalitzada, un trastorn de pànic o un trastorn d'ansietat no especificada. Els diagnòstics finals que s'obtenen queden resumits en un darrer apartat.

### **5.9.5. Duke Severity of Illness Checklist**

La comorbiditat orgànica és un fenomen freqüent en els pacients deprimits que pot influir en la resposta al tractament de la depressió i produir una tendència a la cronicitat. Una tercera part dels pacients amb depressió presenten comorbiditat física amb una gravetat de moderada o extrema.<sup>156</sup>

Per al registre dels diagnòstics de les principals malalties orgàniques i la mesura de la gravetat global de la patologia física del pacient, existeix una escala, basada en el judici clínic del metge que tracta el pacient, que permet utilitzar la *Clasificación Internacional de la Atención Primaria* (CIAP-2) per classificar els problemes de salut segons la gravetat. Aquesta escala, anomenada *Duke Severity of Illness Checklist* (DUSOI), es va començar a internacionalitzar l'any 1993 per part del Comitè Internacional de Classificació de la WONCA.<sup>157</sup> És un instrument genèric, senzill i àgil, pensat específicament per a l'atenció primària i amb una significació clínica que fa que pugui ser utilitzat amb qualsevol sistema de classificació de diagnòstics, com ara la *Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en Atención Primaria* (CIPSAP).

La introducció de l'estudi de la gravetat de la patologia orgànica en l'atenció primària mitjançant l'escala DUSOI no només és útil en el camp de la investigació, sinó que també pot ajudar a conèixer el consum de recursos dels serveis sanitaris,

proporcionar una repartició més equitativa d'aquests recursos i assolir més eficiència; tanmateix, permet mesurar l'eficàcia i efectivitat dels equips de salut i realitzar protocols per als procediments clínics.<sup>158,159</sup>

El DUSOI té en compte el diagnòstic principal i els comòrbids; permet obtenir un valor global de la gravetat del pacient que alhora pot determinar una actuació més racional i estructurada en la presa de decisions (amb la consegüent optimització dels recursos), i és molt més útil en els casos més greus. El professional identifica el problema de salut d'un pacient i en valora la gravetat amb l'assignació d'un codi.

La gravetat valora 4 paràmetres genèrics:

1. Síntomes durant la setmana prèvia.
2. Complicacions durant la setmana prèvia.
3. Pronòstic durant els 6 mesos següents si no es dona un tractament adequat al problema de salut que s'està valorant.
4. Resposta al tractament, necessitat de tractament i resposta que se'n pot esperar en el cas concret.

A cadascun d'aquest paràmetres se li assigna una puntuació que varia de 0 a 4. El càlcul de la gravetat del diagnòstic s'obté sumant la puntuació de cada variable, dividint el resultat per 16 i multiplicant-lo per 100. El resultat és un valor de gravetat en una escala d'1 a 100. El càlcul de la gravetat global o comòrbida és un valor genèric que es calcula a partir dels valors de gravetat de tots els diagnòstics del pacient, mitjançant una equació que dona major importància a la malaltia més greu i valors decreixents a la resta dels diagnòstics.

$$D1 + \{[(100-D1) / 100] \times (1/2D2 + 1/4 D3 + \dots + (1/2^{n-1} Dn))\}$$

on:

D1: valor de la gravetat del diagnòstic principal.

D2: valor de la gravetat del diagnòstic que ocupa el segon lloc.

D3: valor de la gravetat del diagnòstic que ocupa el tercer lloc.

Dn: valor de la gravetat més baix.

n: nombre de diagnòstics.

L'equació dóna un pes major als principals diagnòstics i un menor valor a la resta, i proporciona un valor total de la gravetat en una escala de 0 a 100. El valor continu de la gravetat es pot agrupar en categories. La comorbiditat física es considera present quan la puntuació és superior a 50 (moderada o extrema gravetat) i es considera no present quan la puntuació és igual o inferior a 50 (absent, lleugera o intermèdia):

Categories de gravetat del valor continu:
Gravetat absent: 0%.
Gravetat lleugera: 1%-25%.
Gravetat intermèdia: 26%-50%.
Gravetat moderada: 51%-75%.
Gravetat extrema: 76%-100%.

La taula 5.9 mostra les equivalències entre la puntuació final global en el DUSOI, el codi de gravetat i la gravetat de la patologia depressiva després d'aplicar la fórmula.

**Taula 5.9.** Equivalències entre la puntuació final global en el DUSOI, el codi de gravetat i la gravetat de la patologia orgànica.

<b>Puntuació final global (suma de les puntuacions intermèdies)</b>	<b>Codi de gravetat</b>	<b>Gravetat (després d'aplicar la fòrmula)</b>
0	0	Cap: 0%
1-4	1	Lleugera: 1%-25%
5-8	2	Intermèdia: 26%-50%
9-12	3	Moderada: 51%-75%
13-16	4	Extrema: 76%-100%

### 5.9.6. Qüestionari de salut SF-12

En els últims anys, el concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut ha anat adquirint importància dintre de l'avaluació dels pacients com una mesura més de la classificació de la gravetat i la resposta al tractament. En el context de malaltia, es defineix com se sent el pacient davant d'aquesta i com percep les limitacions que aquesta li produeix.<sup>160</sup>

Per a la mesura de la QVRS es va fer servir el qüestionari de salut SF-12, desenvolupat als EUA a principis dels anys 90 per a l'estudi dels resultats mèdics. L'SF-12, conegut en anglès com a *Short Form-12 (SF-12) Health Survey*, és una versió reduïda del qüestionari de salut SF-36 -*Short Form-36 (SF-36) Health Survey*- i consisteix en una escala genèrica que proporciona un perfil de l'estat de salut aplicable tant als pacients com a la població general amb una edat mínima de 14 anys.<sup>161,162</sup> La versió espanyola de l'SF-36 va ser validada per Alonso *et al.*<sup>163</sup>

El qüestionari SF-12 és un instrument genèric autoadministrat, tot i que també es pot administrar via telefònica a través d'un entrevistador, i permet mesurar i obtenir valors de la salut física i mental en general. Està format per dotze ítems,

procedents de les vuit escales definides en la versió SF-36, que interroguen el pacient sobre l'autopercepció del seu estat de salut: limitacions de rol degudes a problemes de salut física (dos ítems), funció física (dos ítems), dolor corporal (un ítem), salut general (un ítem), vitalitat (energia o fatiga, un ítem), funció social (un ítem), salut mental (malestar o benestar psicològic, dos ítems) i limitacions de rol produïdes per problemes emocionals (dos ítems).

Les primeres quatre escales del qüestionari es refereixen a l'estat de salut física i formen el component de salut física (CSF-12) de la QVRS; les altres escales es refereixen a l'estat de salut mental i formen el component de salut mental (CSM-12) de la QVRS. Les respostes donen una informació que permet conèixer com es troba el pacient i la seva capacitat per realitzar les activitats quotidianes. Les opcions de resposta formen escales de tipus Likert que minimitzen la subjectivitat en la interpretació i l'anàlisi de les enquestes que avaluen la intensitat o la freqüència i, depenent de l'ítem, varien entre tres i sis; per exemple:

*Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (inclusive el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?*

<sub>1</sub> *Nada*      <sub>2</sub> *Un poco*      <sub>3</sub> *Regular*      <sub>4</sub> *Bastante*      <sub>5</sub> *Mucho*

*Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o los familiares)?*

<sub>1</sub> *Siempre*      <sub>2</sub> *Casi siempre*      <sub>3</sub> *Algunas veces*      <sub>4</sub> *Sólo alguna vez*      <sub>5</sub> *Nunca*

Les puntuacions s'obtenen amb un programa informàtic que inclou els algorismes de puntuació estandarditzats, de manera que, per a la població general, s'obtenen mitjanes de 50 i desviacions estàndards de 10 en cadascun dels dos components (CSF-12 i CSM-12). Valors superiors a 50 s'interpreten com millors que la població de referència i valors inferiors, com a pitjors. Per a cadascuna de les vuit



dimensions, els ítems són codificats, agregats i transformats en una escala que té un recorregut des de 0 (el pitjor estat de salut per aquella dimensió) fins a 100 (el millor estat de salut).<sup>164</sup>

El qüestionari SF-12 reproduïx, tant en la població general americana com l'espanyola, més del 90% de la variància en els components de salut física i mental respecte a les mesures de l'SF-36.<sup>165</sup>

### **5.9.7. Test de Morisky-Green i test de Haynes-Sackett**

L'adherència al tractament (o compliment terapèutic) es defineix com el grau de coincidència del comportament d'un pacient amb les recomanacions mèdiques o dels professionals de la salut que l'atenen. En la majoria dels estudis, el seu càlcul s'expressa com la proporció de dies en què s'ha pres el mateix nombre de dosis que les prescrites durant un període de temps determinat o bé com el percentatge de dies amb mal compliment.<sup>166</sup>

Per a la medició del compliment terapèutic es poden utilitzar mètodes indirectes, senzills, barats i que reflecteixen la conducta del malalt. Com que els mètodes tenen limitacions (no són totalment objectius, poden sobreestimar el compliment i per si sols no donen condicions ideals d'acceptabilitat), se n'aconsella l'ús de diversos alhora.<sup>167</sup> En el nostre estudi hem aplicat dos dels mètodes indirectes més emprats i que estan basats en l'entrevista clínica: el test de Morisky-Green i el test de Haynes-Sackett (aquest últim també conegut com a *test del cumplimiento autocomunicado*).<sup>168,169</sup> Tots dos tests són instruments validats per a malalties cròniques com la hipertensió arterial, la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida), la tuberculosi, la diabetis i les dislipèmies, i tots dos tenen avantatges i inconvenients (veure Taula 5.10).

**Taula 5.10.** Avantatges i inconvenients dels mètodes per a la medicació del compliment terapèutic.

Test	Avantatges	Inconvenients
<b>Haynes-Sackett</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validat i senzill en AP.</li> <li>▪ Breu, econòmic i de fàcil compressió per a persones de baix nivell sociocultural.</li> <li>▪ Fiable, amb VPP<sup>++</sup> elevat i E<sup>¶</sup> acceptable quan el pacient no és complidor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Baixa S<sup>†</sup>.</li> <li>▪ Baix VPN<sup>‡</sup>.</li> <li>▪ Sobreestima el compliment.</li> </ul>
<b>Morisky-Green</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Econòmic, breu, fàcil i validat per a moltes patologies.</li> <li>▪ Proporciona informació sobre les causes de l'incompliment.</li> <li>▪ Alta E<sup>¶</sup>, VPP<sup>++</sup> elevat, fàcil compressió per a persones de baix nivell sociocultural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Subestima al bon complidor.</li> <li>▪ Sobreestima l'incomplidor.</li> <li>▪ Baixa S<sup>†</sup>.</li> <li>▪ Baix VPN<sup>‡</sup>.</li> </ul>

<sup>†</sup> S: sensibilitat, <sup>‡</sup> VPN: valor predictiu negatiu (probabilitat que el resultat negatiu d'una prova signifiqui que no hi ha malaltia). <sup>++</sup> VPP: valor predictiu positiu (probabilitat de patir una malaltia si el resultat de la prova és positiu), <sup>¶</sup> E: especificitat.

En el test de Morisky-Green es considera bon complidor aquell pacient que respon correctament a les quatre preguntes del test, que es realitzen de forma barrejada i cordialment durant una conversa sobre la malaltia que s'esta tractant. Hi ha dues opcions de resposta: *sí* o *no*. Per considerar un pacient bon complidor, la resposta correcta a la pregunta 2 del qüestionari ha de ser *sí* i, a la resta de preguntes, *no*. Només amb una resposta incorrecta es considera el pacient no complidor:

1. *¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Sí / No*
2. *¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí / No*
3. *¿Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación? Sí / No*
4. *¿Si alguna vez se encuentra mal, deja usted de tomarla? Sí / No*

El test de Haynes-Sackett consta de dues parts. La primera part consisteix a introduir la següent frase:

*La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos.*

D'aquesta manera s'evita una pregunta directa per evitar una resposta afirmativa de forma automàtica. A la segona part es realitza la següent pregunta:

*¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? Sí / No*

En cas de resposta afirmativa, es pregunta sobre quants dies de l'últim mes no ha pres correctament la medicació per a la depressió o els comprimits, o bé sobre el nombre mitjà de comprimits oblidats en un període de temps (per exemple, els últims set dies o el darrer mes), i es determina el percentatge de compliment. Es considera complidor aquell pacient que declara haver pres correctament la medicació o una quantitat de comprimits en una proporció superior al 80% o inferior al 110% dels prescrits.<sup>166</sup>

#### **5.9.8. Qüestionari sobre l'ús dels recursos sanitaris**

En el qüestionari per mesurar la utilització dels serveis sanitaris es va preguntar sobre el nombre de visites realitzades amb motiu de la depressió, en els tres mesos anteriors a l'entrevista, amb diferents professionals sanitaris: metge del CAP, infermera del CAP, psiquiatre del CSM, psicòleg del CSM, psicòleg en el mateix CAP, urgències d'atenció primària, urgències de l'hospital, hospitalitzacions (quantas vegades i quants dies), psiquiatre privat i psicòleg privat. Es codificava com a 0 si el pacient no havia estat visitat en cap ocasió:

<p><i>Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre si ha sido visitado/a por diferentes profesionales sanitarios en los últimos <b>tres meses</b>, es decir, desde el día ___ de ___ hasta hoy, con <b>motivo de su depresión</b> (utilizar palabras que use o mejor comprenda el propio paciente, p. ej.: problemas de nervios, problemas emocionales) y, si es así, cuantas veces.</i></p>	<p><i>(Codificar 0 veces si no ha sido visitado en ninguna ocasión)</i></p>
<p><i>¿Con su médico de atención primaria con motivo de su depresión?</i></p>	
<p><i>¿Por su enfermera del centro de atención primaria con motivo de su depresión?</i></p>	
<p><i>¿En urgencias de su centro de atención primaria por causa de su depresión?</i></p>	
<p><i>¿Por un psiquiatra en el propio centro de atención primaria?</i></p>	
<p><i>¿Por un psicólogo en el propio centro de atención primaria?</i></p>	
<p><i>¿Por un psiquiatra del centro de salud mental?</i></p>	
<p><i>¿Por un psicólogo del centro de salud mental?</i></p>	
<p><i>¿En urgencias del hospital por causa de su depresión?</i></p>	
<p><i>¿Ha estado hospitalizado (ingresado) por causa de su depresión? Si es así, ¿cuántas veces?, ¿cuántos días en total?</i></p>	
<p><i>¿Ha acudido a un psiquiatra privado para visitarse por su depresión?</i></p>	
<p><i>¿Ha acudido a un psicólogo privado para visitarse por su depresión?</i></p>	

### 5.9.9. Qüestionari de satisfacció amb els serveis prestats

El concepte de satisfacció es basa en la diferència entre les expectatives del pacient i la percepció dels serveis que ha rebut. És un concepte relacionat amb l'estil de vida, les experiències prèvies, les expectatives de futur, els hàbits culturals i els valors tant de l'individu com de la societat.<sup>170</sup> No només comprèn els aspectes tècnics de la medicina sinó també els comunicatius i les condicions en què es realitza l'assistència.<sup>171</sup> Es considera un bon predictor del compliment terapèutic i de l'adhesió a la consulta, permet avaluar les consultes i els models de comunicació, i millora l'organització dels serveis proveïdors de salut.<sup>172</sup> Tot això fa que la satisfacció es consideri una mesura important per avaluar la qualitat dels serveis sanitaris.<sup>173</sup>

Els qüestionaris que mesuren les experiències i les percepcions respecte a l'assistència rebuda a nivell de l'AP ho fan des de la perspectiva de l'usuari i del proveïdor, i es poden utilitzar en enquestes telefòniques.<sup>174</sup> En el nostre estudi es va fer servir un sol ítem: es preguntà al pacient sobre el grau de satisfacció amb l'atenció mèdica rebuda, es a dir, sobre com s'havien ocupat d'ell/a pel seu problema de depressió. Es van utilitzar les escales de Likert per ordenar els subjectes sobre la base de les respostes al llarg del continu favorable/desfavorable. Les opcions de resposta possibles eren cinc i es codificaven numèricament des de 0 (*muy satisfecho*) fins a 5 (*muy insatisfecho*):

*En general, ¿Cuál es su grado de satisfacción con la atención médica que ha recibido o por cómo se han ocupado de usted por su problema de depresión?*

<sub>1</sub> *Muy satisfecho*      <sub>2</sub> *Satisfecho*      <sub>3</sub> *Regular*      <sub>4</sub> *Insatisfecho*      <sub>5</sub> *Muy insatisfecho*

En la taula 5.11 es recullen el conjunt de les variables avaluades i els instruments de mesura de cadascuna, així com qui aplica l'instrument i en quin moment de l'estudi s'utilitza.

**Taula 5.11.** Instruments de mesura, informació recollida, professional que obté la informació i moment de recollida de la informació.

<b>Instrument de mesura</b>	<b>Informació recollida</b>	<b>Professional</b>	<b>Moment</b>
Qüestionari de selecció	Nom i cognom del pacient, CIP, telèfon i horaris per trucar, nom i cognom del metge, CAP, criteris d'inclusió/exclusió	Metges d'atenció primària (entrevista presencial)	Abans d'iniciar l'estudi
Qüestionari estructurat	Dades sociodemogràfiques: edat, sexe, estat civil, nivell educatiu, situació laboral, classe social	Psicòloga (entrevista telefònica)	Basal
PRIME-MD	Patologia psiquiàtrica comòrbida	Metges d'atenció primària (entrevista presencial)	Basal
PHQ-9	Gravetat dels símptomes depressius, ideació suïcida, taxes de remissió i resposta	Metges d'atenció primària (entrevista presencial) Psicòloga (entrevista telefònica)	Basal, 3, 6 i 12 mesos
DUSOI	Gravetat global de la patologia orgànica	Metges d'atenció primària (entrevista presencial)	Basal
Qüestionari de salut SF-12	Qualitat de vida relacionada amb la salut: puntuació de salut mental i física	Psicòloga (entrevista telefònica)	Basal, 3, 6 i 12 mesos
Test de Morisky-Green Test de Haynes-Sackett	Adherència al tractament	Psicòloga (entrevista telefònica)	3, 6 i 12 mesos
Qüestionari sobre l'ús dels recursos sanitaris	Nombre de visites a l'atenció primària, psiquiatria, urgències i hospitalitzacions per motius de problemes de salut mental	Psicòloga (entrevista telefònica)	3, 6 i 12 mesos
Qüestionari de satisfacció amb els serveis prestats	Satisfacció dels pacients amb l'assistència mèdica a causa de la depressió	Psicòloga (entrevista telefònica)	3, 6 i 12 mesos

## 5.10. MÈTODES ESTADÍSTICS

### 5.10.1. Determinació de la mida de la mostra d'estudi

Per al càlcul de la mida de la mostra es va considerar la taxa de remissió als 6 mesos. Es va assumir una remissió del 30% en el grup de control<sup>74</sup> i es va pretendre detectar una diferència igual o superior al 16% en el grup d'intervenció. Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta <0.20 en un contrast bilateral i assumint una proporció de pèrdues en el seguiment del 15%, es va calcular una mostra global de 338 subjectes (169 individus a cada grup) en un mostreig aleatori simple. Per corregir aquesta xifra per l'efecte del disseny (aleatorització per conglomerats) es va utilitzar la fórmula  $Deff=1+(m-1) \times ICC$  (Deff: efecte del disseny, m: mida dels clústers, ICC: coeficient de correlació intraclasse).<sup>115</sup>

El coeficient de correlació intraclasse és la proporció de la variació total en el resultat que hi ha entre els clústers i que mesura el grau de similitud entre els subjectes dins d'un mateix grup. Al no disposar inicialment de dades fiables sobre el coeficient de correlació intraclasse en la mostra i en les variables d'estudi, es va assumir una xifra provisional prudent d'un  $ICC=0.01$ <sup>175,176</sup> i d'una  $m=18$  subjectes, amb un resultat del *Deff* d'1.17. Per tant, el nombre de subjectes necessari que es calculà per a cada grup va ser de 198 ( $1.17 \times 169=198$ ), dividits en 10 conglomerats, i la mostra simple final estimada va ser de 402 subjectes.

### 5.10.2. Plà d'anàlisi

Els programes de salut, generalment, s'apliquen en una organització i no a nivell individual. Els assajos clínics aleatoritzats per clústers són els més apropiats per avaluar l'eficàcia d'aquests programes.<sup>115,176</sup> Es recomana que els estudis incloguin sis o més clústers, ja que els resultats que s'assoleixen poden no ser generalitzables quan l'avaluació d'una intervenció es porta a terme en un sol grup.

A més, la magnitud de l'efecte de la intervenció serà més petita per permetre una anàlisi amb significació estadística quan el nombre de clústers és menor de quatre.

Els subjectes inclosos en un estudi poden ser seleccionats en base a l'unitat social a la que pertànyen (per exemple: edat, sexe) i, per tant, és d'esperar que tinguin alguna cosa en comú. La selecció dels subjectes per clústers permet una correlació de les observacions diferents que es fan entre els subjectes de cada grup, fent que els individus siguin més similars i, alhora, dona una avaluació per detectar un efecte de la intervenció amb el mateix poder que una assignació individual.<sup>115</sup> L'aleatorització es va realitzar en l'àmbit dels centres d'atenció primària i els resultats de la intervenció s'analitzaren pel que fa als pacients individuals. Les anàlisis es van fer per intenció de tractar, és a dir, mantenint cada pacient en el grup en què va ser assignat, independentment que hagués fet o no la intervenció o el tractament corresponent de forma completa.

Primer es van comparar les dades sociodemogràfiques i les característiques clíniques basals del grup d'intervenció amb el grup de control per contrastar que no existissin diferències significatives entre els dos grups. S'utilitzaren la mitjana i la desviació estàndard ( $X \pm DE$ ) en les variables contínues i els percentatges en les variables categòriques. Per a les comparacions es va aplicar la prova de T de Student per les variables contínues i la prova de Chi al quadrat ( $X$ ) per les variables categòriques; eventualment, s'utilitzaren proves no paramètriques. Per analitzar l'efecte de la intervenció sobre les variables de resultat dicotòmiques es va utilitzar el model d'efectes mixtos de regressió logística, ajustat per clúster, i es calculà l'*Odds Ratio* (IC95%) del grup d'intervenció respecte al grup de control com la mesura de l'efecte. Per analitzar l'efecte de la intervenció sobre les variables de resultat contínues es va utilitzar un model de regressió lineal amb efectes aleatoris, ajustat per centre, i es calculà la diferència de la mitjana ajustada (IC95%) del



grup d'intervenció enfront de la del grup de control. Per a les variables de resultat principals es va calcular l'ICC<sup>177</sup>, es va considerar estadísticament significatiu una  $p < 0.05$  en tots els casos i s'utilitzà el programa estadístic STATA IC/11.0 i SPSS 15.0.

Els efectes aleatoris dels models lineals (mixtos i generals) proporcionen l'estructura necessària per tenir en compte en l'anàlisi l'efecte de l'aleatorització per conglomerats o clústers en l'anàlisi, atesa la potencial falta d'independència que pot existir entre observacions dins del mateix centre.<sup>115</sup>

## **6. ASPECTES ÈTICS**



El protocol de l'estudi fou aprovat pel Comité d'ètica i de recerca de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina, a Barcelona, el 29 de Març de 2006 (ref: P06/16).

Es va obtenir el consentiment informat dels representants o directors dels centres participants i dels seus professionals abans de procedir a l'assignació dels centres als grups d'estudi. El representant de cada centre d'atenció primària signà un document que certificava la seva representativitat, l'absència de conflictes d'interès i el compromís d'informar els pacients i els professionals del centre, i en què també s'especificava que la participació en l'estudi afavoria els interessos tant del centre com dels pacients. Els metges de família participants, individualment, van signar un document en què constava el compromís d'informar els pacients i l'absència de conflictes d'interès, i en què s'especificava que la participació en l'estudi afavoria els interessos dels seus pacients. La informació prèvia al consentiment dirigida als CAP i als metges va incloure bàsicament els mateixos drets que el consentiment informat individual: voluntarietat i possibilitat d'abandonar l'estudi sense conseqüències negatives per a la salut o l'atenció sanitària dels pacients si es considerava que continuar participant-hi els perjudicava.

També es va obtenir el consentiment dels pacients participants quan ja estava feta l'assignació del seu centre al grup d'estudi, però abans que ells coneguessin quina era. La informació prèvia al consentiment dels pacients va incloure una perspectiva general dels objectius i de les activitats de l'estudi, l'especificació de la voluntarietat en la participació, la possibilitat d'abandonar-lo en qualsevol moment amb la garantia que continuarien rebent el tractament que el seu metge considerés més adequat, i la garantia que els pacients inclosos en el grup de control tindrien el tractament que el seu metge considerés més oportú sense cap restricció.

En tot moment es van seguir les normes de la *Guia de Bona Pràctica en la Recerca en Ciències de la Salut* de l'ICS<sup>178</sup> i de la *Guia de Bones Pràctiques en Recerca en Atenció Primària* de l'IDIAP Jordi Gol.<sup>179</sup>

## **7. RESULTATS**



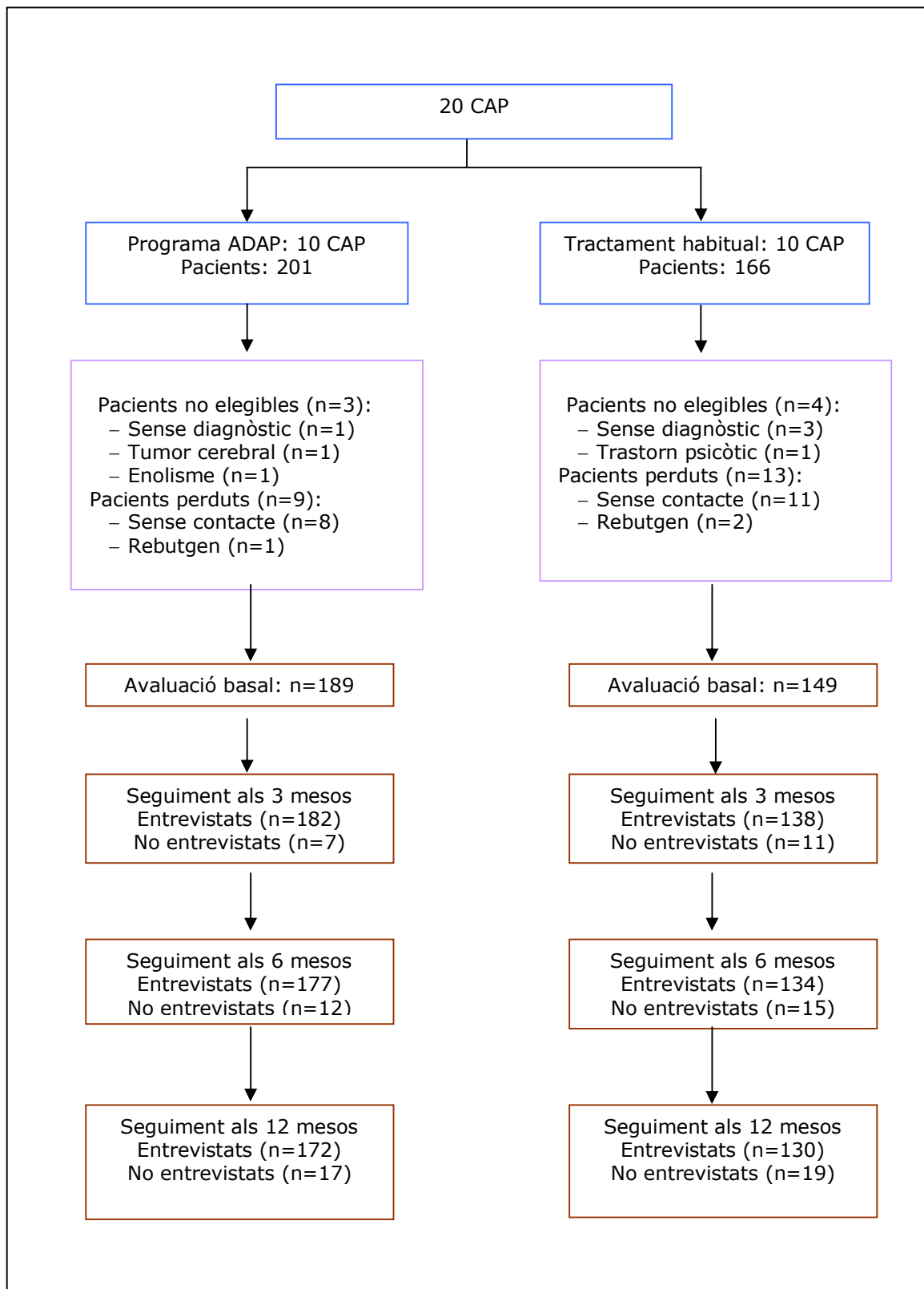
## **7.1. CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I PACIENTS PARTICIPANTS**

Van participar 20 centres d'atenció primària (clústers) que es van agrupar en 10 parelles (veure Mètodes: Disseny). Cadascun dels centres de les diferents parelles fou assignat aleatòriament a un dels dos grups de l'estudi: grup d'intervenció (programa multicomponent ADAP) o grup de control (tractament habitual). En total es van seleccionar 367 pacients, 201 en el grup d'intervenció i 166 en el grup de control. D'aquests, 7 foren no elegibles: 1 per patir un tumor cerebral, 4 per no complir els criteris diagnòstics d'episodi depressiu major segons el DSM-IV, un per enolisme i un per trastorn psicòtic. Es van excloure 22 pacients: 19 presentaven criteris d'inclusió però no es van poder localitzar telefònicament per fer l'entrevista basal i 3 van revocar el seu consentiment informat. Per tant, van iniciar l'estudi 338 pacients: 189 en el grup d'intervenció i 149 en el grup de control.

Durant el seguiment es va produir un 5.3% de pèrdues als tres mesos: 7 pacients en el grup d'intervenció i 11 pacients en el grup de control. Als 6 mesos es va perdre un 7.9%: 12 pacients en el grup d'intervenció i 15 pacients en el grup de control. As 12 mesos es va arribar a unes pèrdues de seguiment d'un 10.6% de la mostra inicial: 17 pacients en el grup d'intervenció i 19 pacients en el grup de control. En total, la proporció de pacients que va acabar l'estudi va ser d'un 89.3%. En el grup d'intervenció va finalitzar l'estudi el 91.0% dels pacients i en el grup de control, el 87.2%. La majoria de les pèrdues van ser degudes a la impossibilitat de contactar telefònicament amb el pacient per poder dur a terme les entrevistes telefòniques de seguiment.

La taula 7.1 mostra el nombre de pacients seleccionats i la mostra final d'estudi, segons el centre d'atenció primària i el grup d'estudi. La figura 7.1 mostra el diagrama de flux dels centres d'atenció primària i dels pacients participants en l'estudi.





**Figura 7.1.** Diagrama de flux dels centres d'atenció primària i dels pacients participants en l'estudi.

**Taula 7.1.** Pacients seleccionats i mostra final d'estudi, segons el centre d'atenció primària i el grup d'estudi.

<b>Centre d'atenció primària i grup d'estudi</b>	<b>Pacients seleccionats (n)</b>	<b>Pacients no elegibles i exclosos (n)</b>	<b>Mostra final d'estudi (n)</b>
<b>Grup d'intervenció</b>			
CAP Alcover (Alt Camp Oest)	7	1	6
CAP Bonavista-La Canonja	38	4	34
CAP Constantí	31	0	31
CAP Cornudella	18	1	17
CAP Falset	26	1	25
CAP Jaume I	8	1	7
CAP Les Borges del Camp	13	1	12
CAP Mont-roig del Camp	20	1	19
CAP Reus 4	28	2	26
CAP Valls	12	0	12
<b>Total del grup d'intervenció:</b>	<b>201</b>	<b>12</b>	<b>189</b>
<b>Grup de control</b>			
CAP El Morell	16	2	14
CAP Montblanc	19	4	15
CAP Reus 1	30	2	28
CAP Reus 2	12	1	11
CAP Reus 3	18	0	18
CAP Salou	14	1	13
CAP Sant Pere i Sant Pau	3	0	3
CAP Sant Salvador	2	0	2
CAP Torreforta	37	7	30
CAP Vila-rodona (l'Alt Camp Est)	15	0	15
<b>Total del grup de control:</b>	<b>166</b>	<b>17</b>	<b>149</b>
<b>TOTAL :</b>	<b>367</b>	<b>29</b>	<b>338</b>

La mitjana de subjectes inclosos per centres va ser de  $18.9 \pm 9.8$  en el grup d'intervenció i de  $14.9 \pm 9.0$  en el grup de control. Els centres que van incloure més pacients en el grup d'intervenció van ser els de Bonavista-La Canonja, Constantí, Reus-4 i Falset; en el grup de control foren Torreforta i Reus-1. Els centres que van incloure menys pacients van ser, respectivament, els d'Alcover i Jaume I, i els de Sant Pere i Sant Pau, i Sant Salvador.

## **7.2. CARACTERÍSTIQUES BASALS DELS PACIENTS DE LA MOSTRA**

### **7.2.1. Característiques sociodemogràfiques**

La taula 7.2 mostra les característiques sociodemogràfiques dels subjectes de la mostra d'estudi. La majoria dels pacients d'ambdós grups van ser dones. L'edat mitjana va ser de  $47.5 \pm 14.5$  anys en el grup d'intervenció i de  $47.8 \pm 14.9$  anys en el grup de control. Quant a l'estat civil, la majoria estaven casats o vivien en parella, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control. Un 49.7% dels pacients en el grup d'intervenció i un 52.4% en el grup de control tenien un baix nivell educatiu (sense estudis o amb estudis primaris). La classe social basada en l'ocupació IVa va ser més freqüent en el grup d'intervenció i la classe social IVb va ser més freqüent en el grup de control. La majoria dels pacients, en els dos grups, estaven en situació laboral activa. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre el grups d'estudi.

**Taula 7.2.** Característiques sociodemogràfiques dels subjectes de la mostra d'estudi.

<b>Característiques sociodemogràfiques</b>	<b>Grup d'intervenció n (%)</b>	<b>Grup de control n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Sexe</b>			
Dona	153 (81.0)	115 (77.2)	
Home	36 (19.0)	34 (22.8)	0.396
<b>Edat (X±DE)</b>	47.5±14.5	47.8±14.9	0.857
<b>Estat civil</b>			
Solter	16 (8.5)	20 (13.4)	
Casat / En parella	129 (68.2)	100 (67.1)	
Divorciat / Separat	27 (14.3)	20 (13.4)	
Vidu	17(9.0)	9 (6.1)	0.403
<b>Nivell educatiu</b>			
Sense estudis	20 (10.6)	19 (12.8)	
Estudis primaris	74 (39.1)	59 (39.6)	
Estudis secundaris de 1er cicle	36 (19.0)	22 (14.8)	
Estudis secundaris de 2on cicle	43 (22.8)	37 (24.8)	
Estudis universitaris	16 (8.5)	12 (8.0)	0.843
<b>Classe social basada en l'ocupació</b>			
I	11 (6.0)	4 (2.7)	
II	7 (3.8)	4 (2.7)	
III	46 (25.0)	34 (23.1)	
IVa	63 (34.3)	38 (25.9)	
IVb	31 (16.8)	42 (28.6)	
V	26 (14.1)	25 (17.0)	0.083
<b>Situació laboral</b>			
Actius	114 (60.6)	88 (59.0)	
Incapacitat laboral permanent	23 (12.2)	17 (11.4)	
Jubilat	3 (1.6)	5 (3.4)	
Feines de la llar	24 (12.8)	21 (14.1)	
Estudiant	24 (12.8)	17 (11.4)	
Altres ocupacions	0 (0.0)	1 (0.7)	0.750

X±DE: mitjana i desviació estàndard.

## **7.2.2. Característiques clíniques**

La taula 7.3 mostra les característiques clíniques basals de la mostra per grups d'estudi. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups en la gravetat de la depressió major, la ideació suïcida, els episodis depressius previs i la durada de l'episodi actual, la comorbiditat orgànica i la qualitat de vida relacionada amb la salut. Tampoc es van trobar diferències significatives en la comorbiditat psiquiàtrica, excepte en la prevalença del trastorn d'ansietat generalitzada, que fou més alta en el grup d'intervenció. Es va fer una subanàlisi de la gravetat de l'episodi depressiu quan havia altra patologia psiquiàtrica comòrbida, sense trobar diferències significatives, excepte per als pacients amb trastorn de pànic, entre els quals la gravetat de la depressió fou més alta en el grup d'intervenció.

### ***7.2.2.1. Gravetat de la depressió major***

En la mostra d'estudi, la depressió major severa (PHQ-9 >19) va ser la més freqüent (45.3%). Un 32.0% dels pacients tenien una depressió major moderada (PHQ-9: 15-19) i el 22.7%, una depressió major lleu (PHQ-9 <15). La puntuació mitjana de la gravetat de la depressió en la mostra d'estudi va ser de  $17.9 \pm 5.0$ .

Per grups, encara que de forma no significativa ( $p=0.135$ ), la depressió major severa fou un 10.2% més freqüent en el grup d'intervenció (49.8% enfront de 39.6%), la depressió major moderada va ser un 8.9% més freqüent en el grup de control (36.9% enfront de 28.0%) i la depressió major lleu va ser un 1.3% més freqüent en el grup de control (23.5% enfront de 22.2%).

**Taula 7.3.** Característiques clíniques basals de la mostra per grups d'estudi.

<b>Característiques clíniques</b>	<b>Grup d'intervenció</b>	<b>Grup de control</b>	<b>p</b>
<b>Gravetat de la depressió major</b> <sup>†</sup> (X±DE)	18.10±5.20	17.66±4.80	0.429
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Ideació suïcida</b> <sup>†</sup>	96 (50.8)	66 (44.4)	0.235
<b>Episodis depressius previs i durada de l'episodi actual</b>			
Episodis previs	98 (51.8)	69 (46.3)	0.313
Durada de l'episodi actual:			
< 1 mes	30 (15.9)	18 (12.1)	
1-6 mesos	97 (51.3)	88 (59.0)	
> 6 mesos	62 (32.8)	43 (28.9)	0.338
<b>Comorbiditat psiquiàtrica</b> <sup>‡</sup>			
Distímia	75 (39.7)	62 (41.6)	0.720
Trastorn de pànic	30 (15.9)	24 (16.1)	0.953
Trastorn d'ansietat generalitzada	98 (51.9)	60 (40.3)	0.034
Trastorn d'ansietat no especificat	30 (15.9)	32 (21.5)	0.186
	<b>X±DE</b>	<b>X±DE</b>	
<b>Comorbiditat orgànica</b> <sup>§</sup>	28.1±28.1	28.7±27.8	0.843
<b>Qualitat de vida relacionada amb la salut</b>			
Impacte funcional <sup>†</sup> n (%)	153 (81.0)	113 (75.8)	0.254
Component de salut mental <sup>††</sup>	22.27±9.05	22.73±10.44	0.533
Component de salut física <sup>††</sup>	47.48±10.98	48.24±11.24	0.661
<b>Gravetat de la depressió major segons la comorbiditat psiquiàtrica</b> <sup>†</sup>			
Distímia	17.9±5.4	17.7±4.8	0.871
Trastorn de pànic	19.5±4.1	17.0±4.2	0.033
Trastorn d'ansietat generalitzada	18.2±4.8	18.8±4.6	0.506
Trastorn d'ansietat no especificat	18.0±6.5	17.0±4.8	0.492
Sense diagnòstic	17.7±5.9	17.6±4.6	0.922

X±DE: mitjana i desviació estàndard.

<sup>†</sup> Mesurat amb el PHQ-9. <sup>‡</sup> Mesurat amb el PRIME-MD. <sup>§</sup> Mesurat amb el DUSOI. <sup>††</sup> Mesurat amb l'SF-12.

### **7.2.2.2. Ideació suïcida**

Per a l'anàlisi de la presència d'ideació suïcida es va considerar una resposta positiva si els pacients contestaven *unos cuantos días, más de la mitad de los días i todos los días o casi todos los días* en l'ítem 9 del PHQ-9. La proporció de pacients amb ideació suïcida abans de la intervenció fou un 6.4% més alta en el grup d'intervenció, però sense diferències significatives (50.8% enfront de 44.4%,  $p=0.235$ ).

### **7.2.2.3. Episodis depressius previs i duració de l'episodi actual**

En la majoria dels pacients dels dos grups, abans del diagnòstic, la durada de l'episodi depressiu actual era entre 1 mes i 6 mesos. La proporció de pacients que tenien una durada de menys d'un mes no va superar el 16.0% en els dos grups.

### **7.2.2.4. Comorbiditat psiquiàtrica**

Un 81% del total dels pacients inclosos en l'estudi presentaven comorbiditat psiquiàtrica en el moment del diagnòstic de la depressió major. La prevalença del trastorn d'ansietat generalitzada va ser un 11.6% més elevada en el grup d'intervenció (51.9% enfront de 40.3%), sent aquesta diferència estadísticament significativa ( $p=0.034$ ). El nombre de pacients amb distímia va ser un 1.9% més alt en el grup de control (39.7 enfront de 41.6%). La prevalença del trastorn d'ansietat no especificat va ser un 5.6% més elevada en el grup de control (15.9% enfront de 21.5%) i la proporció de pacients amb trastorn de pànic va ser molt similar en ambdós grups, entorn del 16% (15.9% enfront de 16.1%). No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups en les prevalences de distímia ( $p=0.720$ ), trastorn d'ansietat no especificat ( $p=0.186$ ) i trastorn de pànic ( $p=0.953$ ).

### 7.2.2.5. Comorbiditat orgànica

La majoria dels pacients, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control, tenien comorbiditat orgànica. La puntuació mitjana de la gravetat global de la comorbiditat orgànica va ser equivalent a una gravetat intermèdia (puntuació de 26 a 50).

La taula 7.4 mostra la patologia orgànica comòrbida més freqüent, per grup d'estudi, segons la CIAP-2.

**Taula 7.4.** Patologia orgànica comòrbida més freqüent, per grup d'estudi, segons la CIAP-2.

Grup d'intervenció		Grup de control	
Diagnòstic (codi CIAP-2)	n (%)	Diagnòstic (codi CIAP-2)	n (%)
Hipertensió no complicada (K86)	32 (16.9)	Hipertensió no complicada (K86)	37 (24.8)
Trastorns del metabolisme lipídic (T93)	21 (11.1)	Trastorns del metabolisme lipídic (T93)	21 (14.0)
Diabetis (insulinodepenent o no) (T89/90)	20 (10.5)	Diabetis (insulinodepenent o no) (T89/90)	18 (12.0)
Altres artrosis (L91)	17 (9.0)	Abús del tabac (P17)	10 (6.7)
Obesitat (T82)	15 (8.0)	Artrosi de genoll (L90)	9 (6.0)
Asma (R96)	10 (5.3)	Osteoporosi (L95)	9 (6.0)
Síndromes vertiginosos (H82)	7 (3.7)	Asma (R96)	9 (6.0)
Venes varicoses en extremitats inferiors (K95)	7 (3.7)	Obesitat (T82)	9 (6.0)
Signes o símptomes del coll (L01)	7 (3.7)	Altres artrosis (L91)	8 (5.3)
Dolor muscular (L18)	6 (3.17)	Hipotiroïdisme o mixedema (T86)	6 (4.0)

La taula 7.5 mostra els pacients amb comorbiditat orgànica, per grup d'estudi, segons les categories de gravetat definides en el DUSOI.



**Taula 7.5.** Pacients amb comorbiditat orgànica, per grup d'estudi, segons les categories de gravetat definides en el DUSOI.

<b>Comorbiditat orgànica <sup>†</sup></b>	<b>Grup d'intervenció n (%)</b>	<b>Grup de control n (%)</b>	<b>p</b>
Sense gravetat (0%)	69 (36.7)	55 (36.9)	
Gravetat lleugera (1-25%)	34 (18.1)	25 (16.8)	
Gravetat intermèdia (26-50%)	35 (18.6)	31 (20.8)	
Gravetat moderada (51-75%)	39 (20.7)	31 (20.8)	
Gravetat extrema (76-100%)	11 (5.9)	7 (4.7)	0.492

<sup>†</sup> Mesurada amb el DUSOI.

#### **7.2.2.6. Gravetat de la depressió major segons la comorbiditat psiquiàtrica**

Les puntuacions mitjanes de la gravetat de la depressió major en les diferents patologies psiquiàtriques comòrbides i en els pacients sense cap altre diagnòstic foren equivalents a una gravetat moderada. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups en cap diagnòstic psiquiàtric, excepte per al trastorn de pànic, en què la puntuació mitjana de la gravetat de la depressió en el grup d'intervenció va ser més alta ( $19.5 \pm 4.1$  enfront de  $17.0 \pm 4.2$ ,  $p=0.033$ ).

#### **7.2.2.7. Qualitat de vida relacionada amb la salut**

Per a l'anàlisi de l'impacte funcional es va considerar una resposta positiva si el pacient contestava *mucho* o *extremadamente* en el PHQ-9. En la majoria dels pacients dels dos grups hi havia impacte funcional (81.0% enfront de 75.8%) i no es van trobar diferències significatives. Les puntuacions mitjanes en el CSM i en el CSF de l'SF-12 van ser escassament inferiors a la puntuació definida per a la població general ( $50 \pm 10$ ), tant en el grup d'intervenció com en el grup de control. En els dos grups, les puntuacions mitjanes en el CSM van ser marcadament

inferiors a les puntuacions mitjanes en el CSF, fet que reflecteix una mostra amb escassa afectació de la QVRS en relació a la malaltia física i una rellevant afectació de la QVRS en relació a la malaltia mental. Les diferències entre els grups en les mitjanes del CSM i del CSF van ser petites i no significatives.

### **7.3. RESULTATS CLÍNICS DELS PACIENTS AMB DEPRESSIÓ MAJOR ALS 3, ALS 6, i ALS 12 MESOS**

Es va calcular la diferència ajustada entre les mitjanes (IC95%) dels grups d'estudi en les variables de resultat de la gravetat de la depressió i la QVRS (variables contínues), i es va calcular l'*Odds Ratio* (IC95%) en les variables de resultat de les taxes de remissió i de les taxes de resposta al tractament (variables categòriques). Les anàlisis van ser ajustades per clústers i es va calcular l'ICC<sup>177</sup> en l'anàlisi de l'efecte de la intervenció sobre les variables de resultat de la gravetat de la depressió major, de les taxes de remissió dels símptomes depressius, de les taxes de resposta del tractament antidepressiu i del CSM i CSF de la QVRS.

#### **7.3.1. Gravat de la depressió major**

La gravetat de la simptomatologia depressiva va disminuir progressivament en els dos grups durant tot el període d'estudi, però es va observar una evolució més satisfactòria en el grup d'intervenció enfront al grup de control.

En la taula 7.6 es mostra la gravetat de la depressió major segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

**Taula 7.6.** Gravetat de la depressió major, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

Gravetat de la depressió <sup>†</sup>	Grup d'intervenció X±DE	Grup de control X±DE	Diferència entre els grups (IC 95%) <sup>‡</sup>	p	ICC
Als 3 mesos	9.48±7.14	11.90±6.97	-2.49 (de -4.38 a -0.61)	0.009	0.025
Als 6 mesos	7.97±7.22	10.46±7.22	-2.51 (de -4.27 a -0.51)	0.009	0.010
Als 12 mesos	7.15±7.11	8.78±6.99	-1.76 (de -3.53 a 0.02)	0.053	0.013

X±DE: mitjana i desviació estàndard. ICC: coeficient de correlació intraclúster.

<sup>†</sup> Mesurada amb el PHQ-9.

<sup>‡</sup> Utilitzant el model de regressió lineal amb efectes aleatoris, ajustat per clústers.

Als 3 mesos de la intervenció, la puntuació mitjana de la gravetat en el grup d'intervenció va disminuir 8.62 punts i en el grup de control en 5.76 punts, amb una diferència ajustada per clústers de -2.49 punts entre els grups. Als 6 mesos de la intervenció, la gravetat de la depressió major en el grup d'intervenció va disminuir en 10.13 punts i en el grup de control disminuï en 7.20 punts, amb una diferència ajustada per clústers de -2.51 punts entre els grups. Als 12 mesos, tot i persistir una tendència favorable a favor de la intervenció, l'avantatge en aquest grup es va atenuar. Al final del seguiment es va observar que la puntuació mitjana de la gravetat de la depressió va disminuir en 10.95 punts en el grup d'intervenció i 8.88 punts en el grup de control, amb una diferència ajustada per clústers de -1.76 punts entre els grups. Es van trobar diferències estadísticament significatives als 3 i als 6 mesos, però no als 12 mesos.

### 7.3.2. Ideació suïcida

En la taula 7.7 es mostra l'evolució de la presència d'ideació suïcida, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

**Taula 7.7.** Ideació suïcida, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

<b>Ideació suïcida <sup>†</sup></b>	<b>Grup d'intervenció n/N (%)</b>	<b>Grup de control n/N (%)</b>	<b>Diferència entre els grups (IC95%)</b>	<b>p</b>
Als 3 mesos	37/182 (20.3)	36/138 (26.1)	-0.06 (de -0.15 a 0.04)	0.024
Als 6 mesos	29/177 (16.4)	34/134 (25.4)	-0.09 (de 0.18 a 0.00)	0.051
Als 12 mesos	28/172 (16.3)	27/130 (20.8)	-0.05 (de -0.13 a 0.04)	0.317

N: nombre de pacients que van acabar l'estudi.

<sup>†</sup> Mesurada amb el PHQ-9.

En els dos grups es va produir una disminució de la ideació suïcida al llarg del temps, que va ser molt ràpida als 3 mesos i va continuar millorant però amb menys intensitat als 6 i als 12 mesos. En el grup d'intervenció, la proporció de pacients amb ideació suïcida es va mantenir sempre menor durant tot el període d'estudi en comparació amb el grup de tractament habitual.

Als 3 mesos, els pacients amb ideació suïcida va disminuir en un 30.5% en el grup d'intervenció i un 18.3% en el grup de control, i la proporció de pacients amb ideació suïcida fou un 5.8% menor en el grup d'intervenció. Als 6 mesos, el nombre de pacients amb ideació suïcida fou un 9.0% menor en el grup d'intervenció enfront del grup de control. Als 12 mesos, un 4.5% més de pacients en el grup d'intervenció no tenien ideació suïcida enfront del grup de control. Quan va finalitzar la intervenció, el nombre de pacients amb ideació suïcida havia disminuït un 34.5% en el grup d'intervenció i un 23.6% en el grup de control. Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups als 3 mesos, però no als 6 i als 12 mesos.

### 7.3.3. Taxes de remissió dels símptomes depressius

En la taula 7.8 es mostren les taxes de remissió dels símptomes depressius, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

**Taula 7.8.** Taxes de remissió dels símptomes depressius, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

Remissió <sup>†</sup>	Grup d'intervenció n/N (%)	Grup de control n/N (%)	OR (IC 95%) <sup>‡</sup>	p	ICC
Als 3 mesos	58/182 (31.9)	21/138 (15.2)	2.6 (de 1.5 a 4.6)	0.001	<0.001
Als 6 mesos	80/177 (45.2)	32/134 (23.9)	2.7 (de 1.6 a 4.4)	<0.001	0.003
Als 12 mesos	84/172 (48.8)	46/130 (35.4)	1.8 (de 1.1 a 2.9)	0.026	0.006

N: nombre de pacients que van continuar en l'estudi. OR: *Odds Ratio*. ICC: coeficient de correlació intraclúster.

<sup>†</sup> Puntuació en el PHQ-9 < 5.

<sup>‡</sup> Utilitzant el model d'efectes mixtos de regressió logística, ajustat per clústers.

Les taxes de remissió sempre van ser més elevades en el grup d'intervenció que en el grup de control: un 16.7% més als 3 mesos, un 21.3% més als 6 mesos i un 13.4% més als 12 mesos. Es va trobar que les diferències eren estadísticament significatives entre els dos grups als 3, als 6 i als 12 mesos.

### 7.3.4. Taxes de resposta al tractament antidepressiu

En la taula 7.9 es mostren les taxes de resposta al tractament antidepressiu segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

**Taula 7.9.** Taxes de resposta al tractament antidepressiu, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

<b>Resposta <sup>†</sup></b>	<b>Grup d'intervenció n/N (%)</b>	<b>Grup de control n /N (%)</b>	<b>OR (IC 95%)<sup>‡</sup></b>	<b>p</b>	<b>ICC</b>
Als 3 mesos	98/182 (53.8)	51/138 (37.0)	2 (de 1.3 a 3.1)	0.003	<0.001
Als 6 mesos	108/177 (61.0)	61/134 (45.5)	1,9 (de 1.2 a 2.9)	0.007	<0.001
Als 12 mesos	115/172 (66.9)	67/130 (51.5)	1,9 (de 1.2 a 3.1)	0.011	0.002

N: nombre de pacients que van continuar en l'estudi. OR: *Odds Ratio*. ICC: coeficient de correlació intraclúster.

<sup>†</sup> Disminució del  $\geq 50\%$  en la puntuació del PHQ-9 respecte a la puntuació basal.

<sup>‡</sup> Utilitzant el model d'efectes mixtos de regressió logística, ajustat per clúster.

Les taxes de resposta sempre van ser més elevades en el grup d'intervenció que en el grup de control: un 16.8% més als 3 mesos, un 15.5% més als 6 mesos i un 15.4% més als 12 mesos. Es va trobar que les diferències eren estadísticament significatives entre els dos grups als 3, als 6 i als 12 mesos.

### 7.3.5. Qualitat de vida relacionada amb la salut

La taula 7.10 mostra la qualitat de vida relacionada amb la salut, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

L'impacte funcional de la depressió major va disminuir en els dos grups, però es va observar una disminució als 3 i als 6 mesos més accentuada en el grup d'intervenció que en el grup de control: un 18.4% més als 3 mesos i un 10.8% més als 6 mesos. Als 12 mesos, la diferència entre els grups es va diluir i la disminució de l'impacte funcional va ser un 2.8% més alta en el grup de control. Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups en l'impacte funcional, als 3 mesos i als 6 mesos, però no als 12 mesos.

Durant tot el període de seguiment, la puntuació mitjana en el CSM de l'SF-12 va tenir una millor evolució en el grup d'intervenció, paral·lela a la millora clínica de la depressió, que en el grup de control: va ser 6.11 punts més alta als 3 mesos, 5.73 punts més alta als 6 mesos i 4.90 punts més alta als 12 mesos, sent aquestes diferències significatives. La puntuació mitjana en el CSF de l'SF-12 es va mantenir estable respecte a la situació basal, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control, sense diferències significatives als 3 mesos, als 6 mesos ni als 12 mesos.

**Taula 7.10.** Qualitat de vida relacionada amb la salut, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

Qualitat de vida relacionada amb la salut	Grup d'intervenció	Grup de control	Diferència entre els grups (IC95%)	<i>p</i>
<b>Impacte funcional <sup>†</sup></b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
Als 3 mesos	51 (28.0)	64 (46.4)	-0.19 (de -0.29 a 0.08)	0.001
Als 6 mesos	44 (25.0)	48 (35.8)	-0.11 (de 0.21 a 0.00)	0.039
Als 12 mesos	47 (27.4)	32 (24.6)	0.03 (de -0.07 a 0.13)	0.596
<b>Component de salut mental <sup>‡</sup></b>	<b>X±DE</b>	<b>X±DE</b>	<b>Diferència entre els grups (IC95%) <sup>¶</sup></b>	<b>ICC</b>
Als 3 mesos	39.20±15.04	33.09±14.14	6.17 (de 2.80 a 9.54)	<0.001 0.004
Als 6 mesos	42.39±14.66	36.66±15.69	5.81 (de 1.90 a 9.73)	0.004 0.015
Als 12 mesos	43.39±14.12	38.49±15.32	5.10 (de 1.11 a 9.10)	0.012 0.017
<b>Component de salut física <sup>‡</sup></b>				
Als 3 mesos	46.67±9.72	47.12±10.30	-0.43 (de -2.88 a 2.02)	0.731 0.012
Als 6 mesos	47.58±9.32	47.45±9.72	0.13 (de -2.27 a 2.53)	0.912 0.015
Als 12 mesos	47.06±10.19	46.99±10.30	0.16 (de -2.52 a 2.84)	0.908 0.017

X±DE: mitjana i desviació estàndard. ICC: coeficient de correlació intraclúster.

<sup>†</sup> Mesurat amb el PHQ-9 (interferència amb les activitats quotidianes *mucho o extremadamente*).

<sup>‡</sup> Mesurat amb l'SF-12.

<sup>¶</sup> Utilitzant el model de regressió lineal amb efectes aleatoris, ajustat per clústers.

## **7.4. COMPLIMENT TERAPÈUTIC I ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT EN ELS PACIENTS AMB DEPRESSIÓ MAJOR ALS 3, ALS 6 I ALS 12 MESOS**

La taula 7.11 mostra el compliment terapèutic i l'adherència al tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

Es va mesurar la proporció de pacients que van afirmar que continuaven prenent el tractament antidepressiu (persistència) als 3, als 6 i als 12 mesos. En ambdós grups es va observar una disminució en la persistència del tractament, però la proporció de pacients que continuaven prenent antidepressius va mostrar una tendència a ser més elevada en el grup d'intervenció que en el grup de control, durant tot el període d'estudi: un 5.9% més als 3 mesos; un 12.3% més als 6 mesos i un 6.0% més als 12 mesos. El bon compliment terapèutic mesurat amb el Test de Morisky-Green va ser un 5.3% més elevat en el grup d'intervenció que en el grup de control als 3 mesos. Als 6 mesos, només es va observar una diferència d'un 1.0%, en favor del grup de control, i el compliment terapèutic als 12 mesos va ser un 2.6% més elevat en el grup d'intervenció. La proporció de pacients que van reconèixer tenir dificultats per prendre la medicació va ser baixa en els dos grups. La mitjana dels dies en què no es va prendre correctament la medicació, o bé es va tenir alguna dificultat, en els últims 30 dies, va ser superior en el grup de control als 3 mesos (4.21 dies) i als 6 mesos (10 dies). Les xifres es van igualar entre els dos grups als 12 mesos.

No es van trobar diferències significatives entre els grups d'estudi en la persistència del tractament i els dies amb dificultat per prendre la medicació als 3 i 12 mesos, però sí als 6 mesos. Quant al bon compliment terapèutic i la dificultat per prendre la medicació, no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups, als 3, als 6 ni als 12 mesos.



**Taula 7.11.** Compliment terapèutic i adherència al tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

<b>Compliment terapèutic i adherència al tractament</b>	<b>Grup d'intervenció</b>	<b>Grup de control</b>	<b>Diferència entre els grups (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>Persistència del tractament amb antidepressius<sup>†</sup></b>	<b>n/N (%)</b>	<b>n/N (%)</b>		
Als 3 mesos	148/182 (81.3)	104/138 (75.4)	0.06 (de 0.03 a 0.15)	0.495
Als 6 mesos	138/177 (78.0)	88/134 (65.7)	0.12 (de 0.02 a 0.22)	0.017
Als 12 mesos	107/172 (62.2)	73/130 (56.2)	0.06 (de -0.05 a 0.17)	0.289
<b>Bon compliment terapèutic<sup>‡</sup></b>				
Als 3 mesos	119/189 (63.0)	86/149 (57.7)	0.05 (de -0.05 a 0.15)	0.327
Als 6 mesos	101/137 (73.7)	65/87 (74.7)	-0.01 (de -0.13 a 0.11)	0.869
Als 12 mesos	78/107 (72.9)	52/74 (70.3)	0.03 (de -0.11 a 0.16)	0.699
<b>Dificultat per prendre la medicació<sup>¶</sup></b>				
Als 3 mesos	8/148 (5.4)	8/104 (7.7)	-0.02 (de 0.09 a 0.04)	0.464
Als 6 mesos	12/137 (8.8)	11/88 (12.5)	-0.04 (de -0.12 a 0.05)	0.366
Als 12 mesos	7/105 (6.7)	11/74 (14.9)	-0.08 (de -0.18 a 0.01)	0.072
<b>Dies amb dificultat per prendre la medicació<sup>††</sup></b>	<b>X±DE</b>	<b>X±DE</b>		
Als 3 mesos	9.50±9.72	13.71±9.19	-4.21 (de -6.32 a -2.10)	0.406
Als 6 mesos	6.63±8.41	16.63±13.49	-10.00 (de -12.45 a -7.55)	0.049
Als 12 mesos	13.14±12.34	14.27±13.10	-1.13 (de -4.03 a 1.77)	0.858

X±DE: mitjana i desviació estàndard.

<sup>†</sup> Proporció de pacients que van afirmar continuar amb el tractament per a la depressió major.

<sup>‡</sup> Mesurat amb el Test de Morisky-Green.

<sup>¶</sup> Mesurat amb el Test de Haynes-Sackett. Els resultats corresponen al percentatge de pacients que continuaven amb el tractament antidepressiu als 3, als 6 i als 12 mesos i que tenien dificultats per prendre'l.

<sup>††</sup> Mesurat amb el Test de Haynes-Sackett. Mitjana dels dies en què s'ha tingut dificultat per prendre la medicació per a la depressió major o no s'ha pres correctament en els últims 30 dies (es considera un pacient bon complidor si declara haver pres correctament la medicació, o una quantitat de comprimits, en una proporció superior al 80% o inferior al 110% dels prescrits).

### 7.4.1. Abandonament del tractament

En els pacients que van abandonar el tractament antidepressiu es va analitzar si l'abandonament havia estat per decisió del metge d'atenció primària o per decisió del pacient i, en aquest últim cas, s'analitzaren els motius.

La taula 7.12 mostra qui va ser el responsable de la decisió de cessar el tractament segons el grup d'estudi i el període de seguiment. No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups d'estudi respecte al responsable de la decisió de cessar el tractament als 3 mesos, als 6 mesos, i als 12 mesos. Tampoc es van trobar diferències significatives quant als motius del pacient per abandonar el tractament antidepressiu. La taula 7.13 mostra els motius dels pacients per abandonar el tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

**Taula 7.12.** Responsable de la decisió de cessar el tractament, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

<b>Responsable de la decisió de cessar el tractament</b>	<b>Grup d'intervenció n/N (%)</b>	<b>Grup de control n/N (%)</b>	<b>p</b>
<b>Als 3 mesos</b>			
Metge d'atenció primària	9/33 (27.3)	8/30 (26.7)	0.957
Pacient	24/33 (72.7)	22/30 (73.3)	
<b>Als 6 mesos</b>			
Metge d'atenció primària	14/35 (40.0)	20/38 (52.6)	0.280
Pacient	21/35 (60.0)	18/38 (47.4)	
<b>Als 12 mesos</b>			
Metge d'atenció primària	29/63 (46.0)	27/50 (54.0)	0.400
Pacient	34/63 (54.0)	23/50 (46.0)	

N: nombre total de pacients que van cessar el tractament.

**Taula 7.13.** Motius dels pacients per abandonar el tractament antidepressiu, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.

<b>Motius dels pacients per abandonar el tractament antidepressiu</b>	<b>Grup d'intervenció n/N (%)</b>	<b>Grup de control n/N (%)</b>	<b>P</b>
<b>3 mesos</b>			
Efectes adversos	6/24 (25.1)	8/22 (36.4)	
Falta d'eficàcia	1/24 (4.2)	1/22 (4.5)	
Se sentia millor	5/24 (20.8)	2/22 (9.1)	
Por a la dependència	2/24 (8.3)	2/22 (9.1)	
Se sentia incòmode	2/24 (8.3)	1/22 (4.5)	
Altres causes	8/24 (33.3)	8/22 (36.4)	0.873
<b>6 mesos</b>			
Efectes adversos	5/22 (22.7)	5/19 (26.3)	
Falta d'eficàcia	0/22 (0.0)	2/19 (10.5)	
Se sentia millor	7/22 (31.8)	8/19 (42.1)	
Por a la dependència	2/22 (9.1)	0/19 (0.0)	
Se sentia incòmode	0/22 (0.0)	0/19 (0.0)	
Altres causes	8/22 (36.4)	4/19 (21.1)	0.267
<b>12 mesos</b>			
Efectes adversos	4/34 (11.8)	6/23 (26.1)	
Falta d'eficàcia	0/34 (0.0)	1/23 (4.3)	
Se sentia millor	13/34 (38.2)	8/23 (34.9)	
Por a la dependència	0/34 (0.0)	0/23 (0.0)	
Se sentia incòmode	2/34 (5.9)	1/23 (4.3)	
Altres causes	15/34 (44.1)	7/23 (30.4)	0.426

## 7.5. UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

Es va mesurar el nombre de visites realitzades als 12 mesos de la intervenció, agrupant els professionals dels sistemes sanitaris públic i privat, segons el grup d'estudi (els resultats es mostren en la Taula 7.14).

Es va constatar un major nombre de visites a les consultes d'infermeria en el grup d'intervenció que en el grup de control. No es van trobar diferències estadísticament significatives als 12 mesos en el nombre de visites que els pacients van fer al metge de família, al psiquiatre i al psicòleg, però sí es van trobar diferències significatives entre els grups en el nombre de visites amb la infermera.

**Taula 7.14.** Nombre de visites realitzades, als 12 mesos de la intervenció, agrupant els professionals dels sistemes sanitaris públic i privat, segons el grup d'estudi.

Visites als 12 mesos de la intervenció	Grup d'intervenció X±DE	Grup de control X±DE	P
Al metge de família	8.2±7.1	8.2±7.8	0.853
A la infermeria	5.0±4.9	1.9±3.7	<0.001
Al psiquiatre	1.1±4.1	0.6±1.4	0.669
Al psicòleg	2.3±5.7	1.7±3.9	0.389

X±DE: mitjana i desviació estàndard.

Es va mesurar el nombre de visites realitzades als diferents professionals, separant el sistema sanitari públic del privat, així com les visites a urgències d'atenció primària i a urgències hospitalàries. En general, en els dos grups, les mitjanes de visites al metge d'atenció primària van ser superiors a les mitjanes de visites a altres professionals durant tot el període d'estudi. Es va constatar un major nombre de visites a les consultes d'infermeria dels pacients inclosos en la intervenció en comparació amb el grup de control durant tot el període d'estudi. No es van trobar

diferències estadísticament significatives entre els grups en el nombre de visites als diferents professionals durant tot el període d'estudi, però sí es van trobar diferències significatives entre els grups en el nombre de visites a infermeria als 3 mesos, als 6 mesos i als 12 mesos, i en el nombre de visites al psicòleg del centre de salut mental als 12 mesos.

La utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 3 mesos de la intervenció, segons el grup d'estudi, es mostra en la taula 7.15.

**Taula 7.15.** Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 3 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi.

<b>Nombre de visites als 3 mesos de la intervenció</b>	<b>Grup d'intervenció X±DE</b>	<b>Grup de control X±DE</b>	<b>p</b>
Al metge d'AP	3.30±2.94	3.31±3.68	0.992
A la infermera d'AP	2.08±2.65	0.52±1.63	<0.001
A urgències d'AP	0.07±0.39	0.05±0.30	0.521
Al psiquiatre del CAP	0.06±0.39	0.01±0.11	0.188
Al psicòleg del CAP	0.10±0.61	0.10±0.48	0.894
Al psiquiatre del CSM	0.11±0.41	0.08±0.37	0.524
Al psicòleg del CSM	0.17±0.80	0.15±0.60	0.894
A urgències hospitalàries	0.07±0.37	0.05±0.37	0.735
Hospitalitzacions:	0.01±0.10	0.00±0.08	0.732
Dies hospitalitzat	0.04±0.52	0.00±0.08	0.416
Al psiquiatre privat	0.17±1.09	0.02±0.20	0.121
Al psicòleg privat	0.30±1.45	0.26±1.19	0.759

X±DE : mitjana i desviació estàndard, AP: atenció primària, CAP: centre d'atenció primària, CSM: centre de salut mental.

La utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 6 mesos de la intervenció, segons el grup d'estudi, es mostra en la taula 7.16.

**Taula 7.16.** Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 6 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi.

<b>Nombre de visites als 6 mesos de la intervenció</b>	<b>Grup d'intervenció X±DE</b>	<b>Grup de control X±DE</b>	<b>p</b>
Al metge d'AP	2.29±2.58	2.40±2.76	0.735
A la infermera d'AP	1.43±2.21	0.58±1.53	<0,001
A urgències d'AP	0.04±0.27	0.03±0.19	0.778
Al psiquiatre del CAP	0.03±0.27	0.08±0.38	0.205
Al psicòleg del CAP	0.16±0.77	0.09±0.42	0.327
Al psiquiatre del CSM	0.12±0.83	0.17±0.59	0.563
Al psicòleg del CSM	0.13±0.63	0.22±0.82	0.288
A urgències hospitalàries	0.03±0.28	0.04±0.27	0.871
Hospitalitzacions:	0.02±0.18	0.00±0.08	0.377
Dies hospitalitzat	0.10±1.15	0.00±0.86	0.317
Al psiquiatre privat	0.24±1.69	0.01±0.12	0.111
Al psicòleg privat	0.28±1.52	0.19±1.16	0.577

X±DE: mitjana i desviació estàndard, AP: atenció primària, CAP: centre d'atenció primària, CSM: centre de salut mental.

La utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 12 mesos de la intervenció, segons el grup d'estudi, es mostra en la taula 7.17.

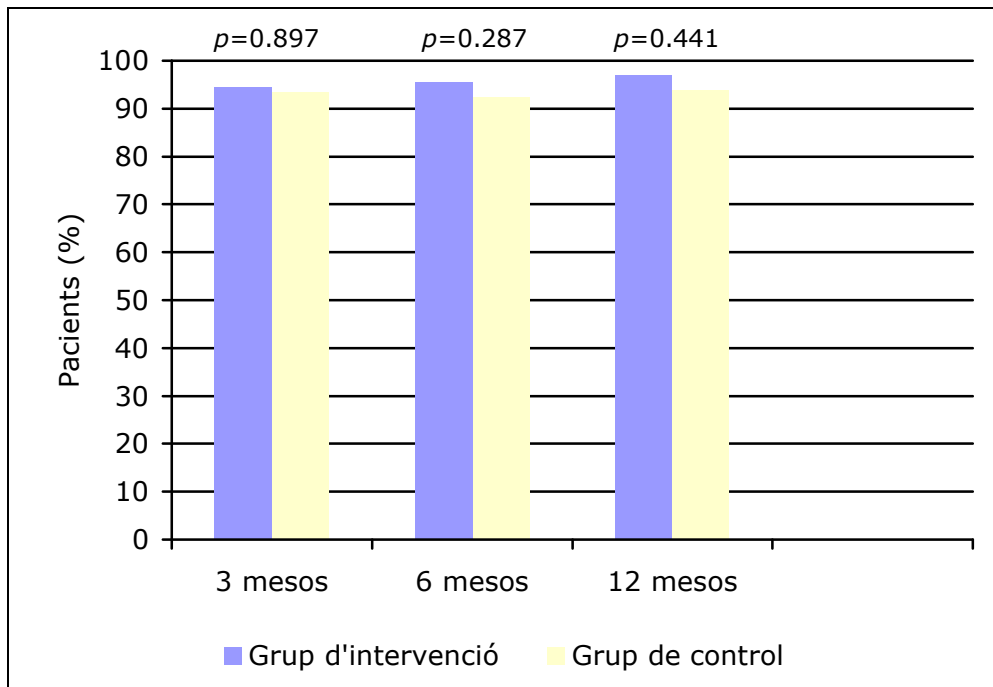
**Taula 7.17.** Utilització dels serveis sanitaris a causa de la depressió als 12 mesos de la intervenció segons el grup d'estudi.

<b>Nombre de visites als 12 mesos de la intervenció</b>	<b>Grup d'intervenció X±DE</b>	<b>Grup de control X±DE</b>	<b>p</b>
Al metge d'AP	2.53±3.22	2.52±3.42	0.970
A la infermera d'AP	1.37±2.37	0.80±1.78	0.022
A urgències d'AP	0.08±0.40	0.11±0.64	0.641
Al psiquiatre del CAP	0.05±0.49	0.12±0.68	0.337
Al psicòleg del CAP	0.28±1.30	0.15±0.91	0.328
Al psiquiatre del CSM	0.05±0.37	0.10±0.67	0.415
Al psicòleg del CSM	0.12±0.65	0.45±1.50	0.010
A urgències hospitalàries	0.06±0.38	0.03±0.36	0.472
Hospitalitzacions:	0.01±0.10	0.00±0.08	0.734
Dies hospitalitzat	0.01±0.10	0.00±0.08	0.734
Al psiquiatre privat	0.22±1.91	0.03±0.24	0.247
Al psicòleg privat	0.64±2.83	0.16±1.45	0.082

X±DE: mitjana i desviació estàndard, AP: atenció primària, CAP: centre d'atenció primària, CSM: centre de salut mental.

## **7.6. SATISFACCIÓ DELS PACIENTS AMB L'ATENCIÓ REBUDA A CAUSA DE LA SEVA DEPRESSIÓ**

La figura 7.2 mostra la satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda a causa de la seva depressió, segons el grup d'estudi i el període de seguiment. El grau de satisfacció per l'assistència rebuda va ser en ambdós grups superior al 90% (satisfet i molt satisfet). No es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups als 3 mesos (94.5% enfront de 93.4%), als 6 mesos (95.4% enfront de 92.5%) i als 12 mesos (97.0% enfront de 93.8%).



**Figura 7.2.** Satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda a causa de la seva depressió, segons el grup d'estudi i el període de seguiment.





## **8. DISCUSSIÓ**



## **8.1. RESPECTE A LA INTERVENCIÓ, L'ÀMBIT I EL DISSENY DE L'ESTUDI**

El programa ADAP es va basar en un model d'abordatge de la depressió major en atenció primària format per quatre components principals: la formació dels professionals sanitaris (metges i infermeres) i material de suport (manual clínic); el *care manager*; la millora de la comunicació entre els serveis de salut mental i de l'atenció primària de salut, i la psicoeducació i el suport a l'automaneig de la malaltia per part del pacient.<sup>42,44,56,68</sup>

El nou rol que desenvoluparen les infermeres va ser un dels aspectes més importants de la intervenció. En aquest nou rol, les infermeres van fer un abordatge estructurat del pacient deprimit (atenent de forma conjunta les diferents necessitats de salut, tant psicològiques com físiques, i optimitzant els recursos ja disponibles) i facilitaren la coordinació entre l'atenció primària i els serveis de salut mental (veure Mètodes: Intervenció). Una de les seves funcions principals consistia en l'educació sanitària del pacient deprimit, però la intensitat amb què s'aplicaren els diferents procediments educatius inclosos en el programa no va ser la mateixa. Segons les recomanacions, la tècnica del *counselling* o relació d'ajuda, per tenir la màxima efectivitat, necessita personal ensinistrat que actuï segons unes pautes establertes.<sup>130</sup> En el programa ADAP, la relació d'ajuda va ser més improvisada, en forma de consell sanitari bàsic, i es donà més importància als continguts educatius del llibret desenvolupat dins del projecte i a la resta dels procediments de suport al pacient deprimit (psicoeducació, actitud psicoterapèutica, consell sobre activitats d'autoajuda i consell sobre hàbits de vida).

A diferència d'altres estudis (que també utilitzen el mateix model per a l'abordatge de la depressió en atenció primària)<sup>96,97</sup> i de les recomanacions que fan alguns protocols per al tractament de la depressió en atenció primària,<sup>107</sup> no es va incloure

la psicoteràpia dins del pla terapèutic i es recomanà l'ús de fàrmacs antidepressius des de l'inici del tractament. Aquesta recomanació s'explica per les pròpies característiques del nostre sistema sanitari públic i, per tant, es va fer una adaptació de les recomanacions de les guies clíniques al tipus d'organització sanitària ja existent.

Durant la intervenció es detectaren algunes dificultats relacionades amb els professionals sanitaris, els pacients i els aspectes organitzatius del programa. La falta de motivació i la inseguret sobre els aspectes clínics per manca de formació prèvia en l'abordatge del pacient deprimat van ser algunes de les dificultats detectades entre els professionals. Altres dificultats estaven relacionades amb el diagnòstic dels pacients amb depressió associada a altres patologies (com la fibromiàlgia), el diagnòstic diferencial amb els trastorns d'adaptació i el diagnòstic de la comorbiditat psiquiàtrica. Tots aquests obstacles es van poder solucionar amb les sessions clíniques periòdiques i els cursos anuals, inclosos en la intervenció. La falta de temps durant les consultes va ser una dificultat en els aspectes organitzatius. Per superar aquest entrebanc, la intervenció facilità que la programació de les visites de seguiment del pacient deprimat i la planificació del temps de durada de cada visita, sobretot en les consultes d'infermeria, fossin gestionades pels mateixos professionals. Les expectatives dels pacients envers el tractament o el pla terapèutic, moltes vegades influenciades per l'opinió de tercers (família, societat), van ser una de les dificultats amb els pacients. En aquest aspecte, la funció d'infermeria resultà fonamental per assolir l'adherència al tractament antidepressiu i un bon compliment terapèutic. La fàcil accessibilitat a les consultes, l'abordatge global del pacient per les infermeres i la motivació dels professionals per aprendre i millorar la seva formació van ser els aspectes positius que ajudaren en la implementació del programa ADAP.

Respecte als centres d'assistència primària, els metges de família i les infermeres d'atenció primària que van participar en l'estudi es poden considerar una mostra representativa dels professionals que treballen en l'àmbit de l'atenció primària del sistema sanitari públic espanyol. El mateix passa amb els pacients inclosos en l'estudi, que constitueixen una mostra representativa dels subjectes que consulten diàriament en els centres d'atenció primària. Les característiques de tots (centres, metges, infermeres i pacients) són comparables als centres, els professionals sanitaris i els individus que són atesos en aquest àmbit. Això facilita que els resultats assolits després de la intervenció es puguin reproduir en la resta dels centres d'atenció primària del nostre àmbit sanitari.

La selecció dels pacients per a la inclusió en l'estudi va ser molt heterogènia. Alguns centres seleccionaren molts pacients (màxim: 34) i d'altres menys (mínim: 2). Tot i que en el grup d'intervenció es va incloure 40 pacients més que en el grup de control, no es pot dir que un major nombre de subjectes en alguns centres (sobretot en el grup d'intervenció) influís en els resultats finals, ja que no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els grups quant el nombre de pacients reclutats per centres. A més, el disseny de l'estudi va ser aleatoritzat per clústers. Aquest tipus de disseny permet que la validesa interna de l'assaig clínic sigui òptima, que estigui lliure de confusió perquè els grups puguin ser comparables (és a dir, que la relació entre el factor que s'estudia i la variable de resposta no pugui ser explicada per una tercera variable) i que no sigui possible la contaminació que pot aparèixer en intervencions associades a una aleatorització per pacient (per exemple, un pacient del grup d'intervenció transfereix informació sobre el tractament a un pacient del grup de control). D'aquesta manera, els resultats no indueixen a una sobrevaloració de la magnitud real de l'efecte de la intervenció que s'avalua. Malgrat que tenen l'inconvenient de requerir una mostra de pacients més gran i que poden ser més costosos econòmicament, els assajos clínics aleatoritzats

per clústers es recomanen per avaluar intervencions multicomponents o com el *collaborative care*.<sup>115</sup>

## **8.2. RESPECTE A LES CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS DEPRIMITS**

La participació fou molt elevada durant tot el període d'estudi i, els pacients que es van perdre durant el seguiment tenien les mateixes característiques que els qui finalitzaren l'estudi. En els dos grups que es van comparar, la depressió major va ser més freqüent en les dones, en els pacients amb un baix nivell educatiu, en els actius laboralment i en els casats o que vivien en parella. En relació al grup d'intervenció, les característiques sociodemogràfiques i les característiques clíniques basals dels pacients amb depressió major que participaren en l'estudi van ser comparables a les trobades en altres estudis, tant europeus com americans, que utilitzen una metodologia i un model d'abordatge de la depressió major en atenció primària similar al programa ADAP.<sup>43,80,94,103</sup>

Per a la mesura de la gravetat de la depressió major s'utilitzà el qüestionari PHQ-9. Mitjançant aquest qüestionari, el metge de família decidia quin era el pla terapèutic més adequat per al tractament de la depressió en funció de la puntuació final que s'obtenia i segons les recomanacions del manual clínic desenvolupat dins del projecte. Com s'ha comentat a Mètodes (Instruments de mesura), el PHQ-9 és un qüestionari validat per ser usat a nivell de l'atenció primària, es pot emplenar en poc temps i facilita un diagnòstic ràpid i el seguiment clínic dels símptomes depressius. Diferents estudis n'han avaluat les característiques paramètriques per mesurar la gravetat de la depressió.<sup>180,181,182,183</sup> En aquests estudis s'ha comprovat que és un instrument amb la mateixa seguretat i fiabilitat que d'altres i que es pot

considerar un bon suport per als professionals per millorar les seves decisions clíniques.

Utilitzant el PHQ-9 s'observà que la majoria dels pacients inclosos en l'estudi tenien un episodi depressiu major greu en el moment del diagnòstic. El nombre de pacients que patien una depressió major greu va ser més freqüent en el grup d'intervenció, mentre que la depressió moderada fou més freqüent en el grup de control. La puntuació mitjana de la gravetat de l'episodi depressiu, a nivell basal, va ser equivalent a una gravetat moderada en els dos grups. Aquests resultats foren similars als observats en un estudi sobre una mostra de 1150 pacients amb trastorn depressiu major atesos en centres d'atenció primària a Espanya,<sup>184</sup> en què la proporció de pacients amb depressió major moderada va ser d'un 33.8% i la depressió major greu, d'un 44.5%. La puntuació mitjana de la gravetat de la depressió també va ser similar a les observades en altres estudis que utilitzaren diferents instruments (com el SCL-20 i el HDRS) per al diagnòstic i la valoració de la gravetat de la depressió.<sup>79,96,97,103</sup>

El fet que en la mostra d'estudi la depressió major greu fos la més freqüent i la puntuació mitjana de la gravetat fos d'un nivell moderat en el moment del diagnòstic pot tenir dues possibles interpretacions. En primer lloc, que una important proporció dels pacients amb depressió consulten tard el metge i s'arriba al diagnòstic quan la depressió ja està en un nivell de gravetat moderat o sever. I, en segon lloc, que el retard en prendre decisions per part dels professionals per superar les dificultats relacionades amb el diagnòstic de la depressió dificultaria una detecció en fases més lleus. Encara que seria prudent no atorgar una certesa absoluta a aquestes interpretacions, estarien reforçades pels resultats observats en estudis previs sobre pacients amb depressió major atesos en el nostre sistema sanitari.<sup>7,8,11</sup>



Sabent que la depressió és un dels principals factors de risc per al suïcidi, i que la ideació suïcida pot ser-ne la precursora,<sup>185,186</sup> es mesurà la presència d'ideació suïcida a l'inici del diagnòstic de la depressió i durant tot el període d'estudi. La proporció de pacients amb ideació suïcida a nivell basal va ser molt més alta en el grup d'intervenció. Davant aquest resultat, considerar que una major presència d'ideació suïcida en el grup d'intervenció va tenir més impacte en els resultats finals no es pot tenir com una certesa, ja que no es van trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups d'estudi. Tampoc es pot donar una explicació raonable al perquè d'aquesta major presència d'ideació suïcida en el grup d'intervenció. Si es té en compte que la subjectivitat del pacient té un paper molt important a l'hora de contestar el qüestionari PHQ-9, es pot considerar que la major presència d'ideació suïcida en el grup d'intervenció va ser una troballa casual. Resultats similars s'han trobat en dos estudis americans basats en el model de *collaborative care*, en què es va detectar una major presència d'ideació suïcida en el grup d'intervenció (36.9% enfront de 26.4% i 56% enfront de 49%), sense trobar una explicació raonable.<sup>96,97</sup> A més, tot i que la ideació suïcida s'associa a la gravetat de la depressió major, els resultats de dos assajos clínics conclouen que la ideació suïcida no afecta els resultats dels símptomes depressius<sup>187</sup> i que no és un indicador pronòstic per a un pitjor resultat en el tractament de la depressió als 4 mesos.<sup>188</sup>

Si quan hi ha un trastorn depressiu major existeix més probabilitat de tenir un altre trastorn psiquiàtric,<sup>189</sup> és important conèixer la presència de la comorbiditat psiquiàtrica, el seu impacte sobre el nivell de la gravetat de la depressió i les implicacions clíniques a nivell dels pacients deprimits que són atesos en l'atenció primària. Per conèixer si la presència d'altres problemes de salut mental podien agreujar la gravetat de la depressió major, es va fer una subanàlisi d'aquesta gravetat segons la presència o no de comorbiditat psiquiàtrica a nivell basal. Els

resultats demostraren que els pacients amb altres patologies psiquiàtriques tinguessin una gravetat de la depressió major diferent als pacients que no tenien cap altra malaltia mental. La puntuació mitjana de la gravetat de la depressió va ser  $\geq 17$  punts i es va mantenir per sota de 20, una puntuació equivalent a un episodi moderat. Amb tots els diagnòstics psiquiàtrics, la prevalença del TAG va ser més alta en el grup d'intervenció. Tenint en compte que la comorbiditat del TAG es pot associar a una pitjor evolució de la depressió, aquesta major prevalença en el grup d'intervenció podria haver estat un inconvenient i haver empitjorat la gravetat de l'episodi depressiu en aquest grup; però això no va passar, ja que, a més de no trobar diferències estadísticament significatives entre els dos grups pel que fa a la gravetat de la depressió dels pacients amb TAG, els resultats assolits foren millors en comparació amb el grup de control. Així doncs, es pot dir que la presència de comorbiditat psiquiàtrica no va ser un factor que influís en els resultats finals. La millora de la gravetat de la depressió i de les altres variables de resultat, que s'expliquen més endavant, s'assoliren per l'efecte directe de la intervenció i de la intensitat amb què va ser implementada.

Quant a les prevalences de les diferents patologies psiquiàtriques comòrbides de la mostra d'estudi, es va veure que s'assemblaven a les trobades en un estudi realitzat per Aragonès *et al.* en deu centres d'atenció primària de la província de Tarragona (TAG: 55.2%, trastorn de pànic: 33.8%, distímia: 15.7%).<sup>11,189</sup> Una diferència que es trobà, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control del present estudi, va ser que la gravetat de la depressió en els pacients amb patologia psiquiàtrica comòrbida fou menys greu que en l'estudi d'Aragonès *et al.*

Una característica que també es va mesurar en els pacients deprimits fou la patologia orgànica associada. La presència de comorbiditat orgànica, en comparació amb els pacients no deprimits, s'associa a un augment de l'ús dels recursos i costos

sanitaris a nivell de l'àmbit de l'atenció primària,<sup>190</sup> i pot condicionar la remissió dels símptomes depressius i la resposta al tractament antidepressiu.<sup>191</sup> Es va mesurar la gravetat global de la comorbiditat orgànica (la suma de totes les patologies de la mostra d'estudi) i no per episodis. El nombre de pacients sense patologia orgànica associada va ser majoritari en els dos grups. Les patologies orgàniques més freqüents que es van trobar en els dos grups foren la diabetis mellitus (insulinodepenent o no insulinodepenent), la hipertensió arterial no complicada i els trastorns del metabolisme lipídic. Aquests resultats van ser els mateixos que els resultats, no ajustats, d'un estudi realitzat a Catalunya sobre una mostra de 6592 pacients amb trastorn depressiu atesos en l'atenció primària,<sup>190</sup> i van ser iguals que els resultats d'un estudi dut a terme en 79 centres d'atenció primària distribuïts per tot l'Estat espanyol (també sobre una mostra de pacients amb depressió major).<sup>184</sup>

La puntuació mitjana de la comorbiditat orgànica mesurada amb el DUSOI (28.1 i 28.7 en els grups d'intervenció i de control, respectivament) fou equivalent a una gravetat intermèdia (de 26 a 50), entre una escala de gravetat de 0 (nul) a 100 (extrema). Les dades són comparables a les observades en un estudi internacional en què van participar 9 països (Alemanya, EUA, Bèlgica, Espanya, Hong Kong, Israel, el Japó, el Regne Unit i els Països Baixos) sobre una mostra de pacients generals atesos en atenció primària, amb el resultat d'una puntuació mitjana de la gravetat de la comorbiditat orgànica de 39.1 punts.<sup>192</sup> Els resultats també van ser comparables amb els observats en un estudi realitzat sobre 1868 pacients generals atesos en vuit centres d'atenció primària de l'ICS, en què la gravetat de les malalties va ser baixa (el 90% tenia una gravetat inferior al 50%) i la puntuació mitjana de la gravetat va ser 31.4 punts.<sup>159</sup>

En la mesura de la QVRS es va fer servir l'escala SF-12. Segons la calibració d'aquesta escala, la mitjana estimada i la DE en la població general és de  $50 \pm 10$ . Les dades en la població general espanyola per a les puntuacions del component de salut física i del component de salut mental són de  $49.9 \pm 9.0$  i de  $51.8 \pm 9.0$ , respectivament.<sup>161,165,184</sup> La puntuació mitjana de la QVRS en el component de salut mental de la mostra d'estudi va ser inferior a la puntuació en el component de salut física, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control. Això es tradueix en què el component de salut mental s'associa a una pitjor QVRS en els dos grups. Si es compara amb la puntuació mitjana de referència per a la població espanyola, es comprova que està per sota. En canvi, en el component de salut física, les xifres van estar molt properes a la mitjana estimada per a la població general, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control. La QVRS per als dos components en la mostra d'estudi no difereix de la trobada en diferents centres d'atenció primària de l'Estat espanyol segons l'estudi de García-Campayo *et al.*<sup>184</sup>

### **8.3. TROBALLES PRINCIPALS**

Una de les troballes principals va ser que la puntuació de la gravetat de la depressió major disminuï molt ràpidament en el grup d'intervenció als 3 mesos de la implementació del programa ADAP, en comparació al grup de control, fins assolir una puntuació mitjana inferior a 10 punts. Aquesta puntuació significa la presència d'entre un i quatre símptomes depressius i un diagnòstic de símptomes depressius mínims o lleus. La millora de la gravetat de la depressió es va mantenir de forma notable per sota dels quatre símptomes durant tot el període d'estudi fins als 12 mesos. En canvi, en el grup de control no s'assolí una puntuació inferior a 10 punts fins als 12 mesos de l'inici del tractament antidepressiu. L'impacte funcional també

es va recuperar molt ràpidament en el grup d'intervenció als 3 mesos, paral·lelament a la millora en la puntuació del PHQ-9.

Els resultats aconseguits per efecte de la intervenció van ser comparables amb els observats en altres estudis europeus que també utilitzen el model d'atenció a crònics per a l'abordatge de la depressió major en atenció primària, com ara l'estudi anglès CADET<sup>103</sup> i l'estudi alemany ProMT.<sup>80</sup> En aquests estudis també s'utilitzà el qüestionari PHQ-9 per a la mesura de la gravetat de la depressió. Igual que en el programa ADAP, en l'estudi anglès es va assolir un PHQ-9 de <10 punts en el grup d'intervenció als 3 mesos ( $8.80 \pm 7.02$  enfront de  $13.82 \pm 8.32$ ,  $p=0.008$ ). En el ProMT, si bé la puntuació mitjana de la gravetat de la depressió millorà en el grup d'intervenció amb diferències significatives als 12 mesos, aquesta millora va ser menor en comparació amb el programa ADAP i no va arribar a ser inferior a 10 punts a l'any de la intervenció ( $10.72 \pm 5.42$  enfront de  $12.13 \pm 5.60$ ,  $p=0.014$ ). Un tercer estudi europeu, amb resultats similars, és l'estudi escocès SMaRT, en què la gravetat de la depressió va disminuir gairebé en un 50% respecte a la situació basal als 3 mesos.<sup>79</sup> Dues diferències de l'estudi escocès amb el programa ADAP foren que la mostra d'estudi estava formada per pacients oncològics i que es va utilitzar el qüestionari SCL-20 per mesurar la gravetat de la depressió.

Entre els estudis americans amb resultats similars i comparables amb els del programa ADAP cal mencionar l'IMPACT,<sup>96</sup> el PROSPECT,<sup>97</sup> el RESPECT-D<sup>78</sup> i l'estudi de Katon *et al.*<sup>93</sup> Algunes diferències d'aquests últims estudis són que les mostres d'estudi en l'IMPACT i el PROSPECT estaven representades per pacients deprimits amb una edat igual o superior als 60 anys i que es van utilitzar escales diferents per mesurar la gravetat de la depressió: l'escala SCL-20 en el RESPECT-D i l'IMPACT, l'escala SCL-90 en l'estudi de Katon *et al.* i el qüestionari HDRS en el PROSPECT.

La presència d'ideació suïcida també va disminuir en els dos grups d'estudi a mesura que anava millorant la gravetat de la depressió, però els resultats demostren que aquesta disminució va ser molt més ràpida en el grup d'intervenció. Als 3 mesos de la implementació del programa ADAP, la presència d'ideació suïcida va desaparèixer en més de la meitat dels pacients que inicialment en tenien en el grup d'intervenció. Els bons resultats es mantingueren als 6 i als 12 mesos posteriors al programa, i fins un 10.9% més de pacients en el grup d'intervenció, enfront del grup de control, no tenien ideació suïcida quan va finalitzar l'estudi.

Comparant els resultats assolits amb els que es van trobar en l'estudi PROSPECT,<sup>193</sup> en què la presència d'ideació suïcida també va disminuir de forma més ràpida en el grup d'intervenció (4 mesos: 20.0% enfront del 22.1%; 8 mesos: 20.6% enfront del 25.2%; 12 mesos: 15.8% enfront del 15.4%), es va observar que la proporció de pacients sense ideació suïcida en el grup d'intervenció del programa ADAP va ser més elevada enfront al grup de control que la proporció de pacients sense ideació suïcida de l'estudi americà, durant tot el període de seguiment. En canvi, si bé en l'estudi americà les diferències estadísticament significatives entre els dos grups es mantingueren fins als 8 mesos, en el programa ADAP només es van veure als 3 mesos de la intervenció.

Que la gravetat de la depressió tingués una millora amb diferències significatives entre els dos grups durant tot el període d'estudi, però que les diferències en la presència d'ideació suïcida només fossin als tres mesos, es podria explicar per l'existència d'altres factors de risc per al suïcidi com ara els factors genètics i les malalties físiques comòrbides.<sup>186</sup> Aquests factors, i per tant la disminució de la presència d'ideació suïcida, podrien ser més difícils de controlar en alguns pacients amb intervencions dutes a terme només a nivell de l'atenció primària. A més, com

ja s'ha comentat prèviament, la ideació suïcida no influeix en la millora dels resultats de la depressió.<sup>187,188</sup>

Per interpretar i quantificar l'efectivitat de la intervenció i el valor de la diferència dels resultats sobre la gravetat de la depressió entre els dos grups d'estudi, es va calcular la magnitud o mida estandarditzada de l'efecte i el seu interval de confiança.<sup>194,195</sup>

La mida estandarditzada de l'efecte es pot expressar en termes de diferència de mitjanes dividida per la desviació estàndard combinada (DME) i serveix per mesurar l'efecte clínic d'una intervenció amb un paràmetre adimensional que facilita la comparació amb altres estudis que utilitzen altres escales de mesura. En la interpretació del valor de la magnitud de l'efecte s'ha de tenir en compte una estimació prèvia d'aquesta magnitud, el context de l'estudi i l'àrea on s'aplica la intervenció, ja que un petit efecte pot tenir un gran significat quan es tracta d'una intervenció pràctica.<sup>196</sup>

La DME en la gravetat dels símptomes depressius en aquest estudi va ser de 0.35 (IC95%: 0.12-0.57) després d'un període de 6 mesos de monitoratge i de 0.23 (IC95%: 0.00-0.46) als 12 mesos. Convencionalment, aquests resultats s'interpreten com un petit efecte (0.2: petit efecte, 0.5: efecte moderat, 0.8: gran efecte)<sup>194,197</sup> i, en termes generals, l'efecte de la intervenció del programa ADAP en la reducció dels símptomes depressius va ser comparable a l'efecte constatat en la metanàlisi de Gilbody *et al.* als 6 mesos (DME: 0.25; IC95%: 0.17-0.32) i als 12 mesos (DME: 0.31; IC95%: 0.01-0.53).<sup>69</sup> La magnitud de l'efecte també va ser comparable als resultats d'un estudi, metodològicament similar, que informà d'una diferència de 0.29 als 6 mesos.<sup>43</sup> En canvi, la mida de l'efecte va ser inferior a la que es descriu en una revisió sistemàtica de Gensichen *et al.*, que trobà un efecte moderat als 6 i als 12 mesos (DME:0.40; IC95%: 0.20-0.60).<sup>198</sup> Als tres mesos, la

intervenció del programa ADAP va tenir un gran efecte sobre la gravetat dels símptomes depressius (DME: 1.17, IC95%: 0.93-1.41). El resultat fou superior a l'observat en l'estudi RESPECT-D als 3 mesos (DME: 0.23),<sup>43</sup> l'estudi CADET als 3 mesos (DME:0.63; IC95%: 0.18-1.07)<sup>103</sup> i en l'estudi SMaRT als tres mesos (DME:0.43; IC95%: 0.16-0.71),<sup>79</sup> que es consideren uns efectes moderats.

La variabilitat de la magnitud de l'efecte entre els diferents estudis es deu a les característiques pròpies de cada estudi i reflecteix la varietat dels continguts d'aquesta complexa intervenció multicomponent per a l'abordatge de la depressió. La magnitud de l'efecte està relacionada amb el compliment del tractament antidepressiu i el seguiment per infermeria i el metge d'atenció primària, es a dir, amb la mateixa intervenció. La utilització de la psicoteràpia en alguns estudis sembla que no té cap relació amb la magnitud de l'efecte i, segons la metanàlisi de Gilbody *et al.*, aquesta magnitud de l'efecte s'ha mantingut estable en els diversos assajos clínics que s'han anat publicant des de l'any 2000, amb un valor que varia entre 0.20 i 0.29.<sup>69</sup>

Un dels objectius de la intervenció fou que el pacient millorés, es recuperés i que els símptomes depressius desapareguessin de forma significativa per tal que el pacient pogués recuperar la seva funcionalitat i fer una vida normalitzada. Les taxes de remissió que s'assoliren en el grup d'intervenció va ser de gairebé el 50% als 12 mesos enfront del 35.4% en el grup de control. Les diferències de les taxes entre els dos grups van oscil·lar entre el 13% i el 21% durant tot el període d'estudi, sempre a favor del grup d'intervenció. Els resultats foren comparables als observats en una metanàlisi de tretze estudis en què es van trobar taxes de remissió d'un 50% quan s'implementaven programes d'intervenció multicomponent en comparació amb un abordatge habitual (en què les taxes de remissió van ser d'un 35%).<sup>199</sup> Els resultats del programa ADAP també van ser similars als resultats



d'una revisió sistemàtica de disset estudis que aplicaven diferents tipus d'intervencions i metodologies per a l'abordatge de la depressió en atenció primària. En aquesta revisió s'observaren unes taxes de remissió molt variables: entre un 65% i un 71% als 6 mesos i entre un 32% i un 67% als 12 mesos.<sup>200</sup>

Si es comparen les taxes de remissió del programa ADAP amb els estudis europeus, es pot veure que foren més elevades que les reportades en l'estudi alemany ProMT (15.7% enfront de 10.7% als 12 mesos,  $p=0.057$ ) i foren similars a les taxes de remissió de l'estudi escocès SMaRT (29% enfront de 14.0% als 3 mesos,  $p=0.005$ ). En comparació amb els estudis americans, els resultats del programa ADAP van ser millors que en l'estudi IMPACT (25.01% enfront de 8.30% als 12 mesos,  $p<0.001$ ) i foren molt semblants als de l'estudi PROSPECT (50.7% enfront de 48.7% als 12 mesos,  $p=0.59$ ); les diferències entre els grups, en aquest últim estudi americà, només van ser significatives als 8 mesos. També en l'estudi RESPECT-D s'assoliren taxes de remissió inferiors (37.7% enfront de 26.7% als 6 mesos), però amb diferències significatives.

Més de la meitat dels pacients en el grup d'intervenció van respondre satisfactòriament al tractament als 3 mesos de la intervenció. La diferència de les taxes de resposta entre els dos grups varià entre un 15.4% i gairebé un 17% a favor del grup d'intervenció. Aquestes diferències entre els dos grups foren molt significatives durant tot el període d'estudi i, fins als 12 mesos, no es va aconseguir que el nombre de pacients que van respondre satisfactòriament al tractament fos una mica més de la meitat en el grup de control. Les taxes de resposta assolides amb el programa ADAP es poden comparar amb les taxes de resposta de l'estudi SMaRT (53.0% enfront de 34.0% als 3 mesos,  $p=0,08$ ) i foren superiors a les taxes assolides en l'estudi ProMT (41.2% enfront de 27.3% als 12 mesos,  $p=0.003$ ). En comparació amb els estudis americans, les taxes foren similars a les de l'estudi

RESPECT-D (59.9% enfront de 46.6% als 6 mesos), i van ser superiors a les observades en l'estudi IMPACT (44.67% enfront de 19.22% als 12 mesos,  $p < 0.001$ ) i en l'estudi PROSPECT (54.7% enfront de 45.4% als 12 mesos).

Els factors que s'haurien de tenir en compte en aquells pacients que no assoliren la remissió i una bona resposta al tractament antidepressiu són diversos. La gravetat de la depressió major i la seva cronicitat, un tractament antidepressiu no adequat, una QVRS pobre, un suport familiar o social baix, un nivell educatiu baix i els esdeveniments vitals estressants poden induir pitjors resultats.<sup>200</sup> El nou rol desenvolupat per infermeria en el grup d'intervenció va facilitar la detecció i l'abordatge de les dificultats, no només les relacionades amb el tractament, sinó també les relacionades amb altres factors i situacions vitals o personals del pacient deprimat que podien interferir en el procés per assolir la remissió i tenir una bona resposta al tractament. La millora de les habilitats clíniques per part dels metges de família i les infermeres d'atenció primària, el fet de disposar d'un manual clínic, l'educació sanitària dels pacients i els aspectes organitzatius del programa van permetre un seguiment intensiu de l'evolució clínica del pacient, l'anàlisi i la superació de les dificultats detectades que podien empitjorar els resultats i, finalment, la recuperació del pacient.

L'eficàcia del programa ADAP, amb la implicació de tots els seus components, es tradueix en els bons resultats que es van assolir, no només en les taxes de remissió i les taxes de resposta al tractament, sinó també en la bona evolució de la gravetat de la depressió i de la presència d'ideació suïcida, com s'ha comentat prèviament. Dins del percentatge de pacients sense remissió completa ni resposta al tractament es considerarien aquells que van ser resistents al tractament o bé van ser infractats i haurien necessitat una intervenció encara més intensiva.

Millorar la QVRS dels pacients amb depressió major va ser un altre objectiu de la intervenció. Amb la millora de la gravetat de la depressió era d'esperar que la QVRS també millorés, però això només va succeir en el component de salut mental i, sobretot, en el grup d'intervenció, amb diferències significatives enfront del grup de control. Paral·lelament a la millora de la gravetat de la depressió i de l'impacte funcional, la QVRS en el component de salut mental millorà en el grup d'intervenció, assolint xifres superiors a 40 als 6 i als 12 mesos, però sense superar la mitjana estimada per a la població general espanyola. En el grup de control, en què la gravetat de la depressió tingué una evolució menys favorable, es va mantenir per sota de 40. Els resultats foren comparables als observats en dos estudis<sup>80,103</sup> que, utilitzant el qüestionari SF-36 com a instrument de mesura de la QVRS, van tenir resultats de millora similars en el CSM i sense canvis en el CSF en el grup d'intervenció enfront del grup de control (un d'aquests amb diferències significatives entre els grups<sup>103</sup> i l'altre sense diferències<sup>80</sup>). Que el component de salut mental millorés al mateix temps que la gravetat de la depressió i el component de salut física es mantingués sense canvis indicaria que, en el present estudi, el CSM estava més relacionat amb la gravetat de la depressió i la seva evolució que no pas el CSF.

#### **8.4. ALTRES TROBALLES**

Si considerem l'abordatge de la depressió com una malaltia crònica, el seu tractament haurà de fer-se durant un període de temps llarg. Que el pacient iniciï el tractament antidepressiu, i sobretot que continuï, és importantíssim per aconseguir la remissió dels símptomes depressius. Segons un estudi, s'ha vist que fins al 38% dels pacients amb depressió recullen només la primera prescripció d'antidepressius en les farmàcies i després abandonen la recollida de les següents prescripcions.<sup>201</sup>

En altre estudi, fet a Catalunya, es va detectar que una tercera part dels pacients eren incomplidors quan es va mesurar el compliment del tractament antidepressiu mitjançant les receptes recollides a la farmàcia durant un any.<sup>202</sup> La intensitat amb què un pacient prefereix un tipus de tractament o un altre (psicoteràpia, fàrmacs, fàrmacs combinats amb psicoteràpia) s'ha relacionat amb què el pacient decideixi amb més facilitat l'inici del tractament, segons un estudi realitzat en 60 centres d'atenció primària.<sup>203</sup> En aquest últim estudi també es va veure que la preferència per un tractament no estava associat a l'adherència, ni a la gravetat de la depressió ni a la remissió dels símptomes als 12 mesos.

En el programa ADAP no es va donar l'opció de diferents alternatives de tractament. El manual clínic del projecte recomanava iniciar el tractament amb fàrmacs antidepressius, preferentment amb ISRS. Tanmateix, el fet que el pacient no disposés d'alternatives de tractament no vol dir que no es tinguessin en compte les seves opinions, i un dels punts claus de la intervenció va ser que els pacients poguessin pactar el pla terapèutic amb el metge. Un aspecte important en el programa va ser que, durant les visites de seguiment i amb l'educació sanitària per infermeria, s'anaven reforçant els consells sobre els beneficis del tractament i minimitzant els efectes secundaris amb l'objectiu d'assegurar l'inici del tractament i l'adherència a llarg termini.

Tot i que la proporció de pacients que continuaven prenent el tractament antidepressiu anà disminuint en els dos grups durant tot el període d'estudi, es va observar una major tendència a persistir en el tractament en el grup d'intervenció. Els pacients que van afirmar que continuaven prenent el tractament antidepressiu van ser majoritaris en el grup d'intervenció durant tot el període d'estudi, amb un rang d'entre un 6% i un 12% més de continuïtat del tractament respecte al grup de control, amb diferències significatives als 6 mesos.

La proporció de pacients amb bon compliment terapèutic (presa dels fàrmacs segons la prescripció mèdica), mesurat amb el test de Morisky-Green, també va augmentar en els dos grups sense diferències significatives durant tot el període d'estudi. La proporció de pacients amb bon compliment terapèutic va ser pràcticament la mateixa en els dos grups als 6 mesos de la intervenció, coincidint amb el moment en què la proporció de pacients que encara prenen el tractament antidepressiu era un 12.3% més alta en el grup d'intervenció i en què els pacients del grup de control tenien dificultat per prendre la medicació un major nombre de dies.

Tenint en compte que la millora de la gravetat de la depressió, les taxes de remissió i de resposta van ser superiors en el grup de d'intervenció, es pot interpretar que, encara que es faci un bon compliment terapèutic, els resultats poden ser pitjors si no hi ha una persistència en el tractament, com va succeir en el grup de control als 6 mesos (igual compliment però menys persistència), i això aniria a favor de l'eficàcia del programa ADAP ja que afavoreix l'adherència al tractament.

En altres estudis que utilitzen el model de *collaborative care*, com el de Katon *et al.*, també s'ha observat fins a un 25.5% més d'adherència al tractament als 3 mesos en el grup d'intervenció (75.5% enfront de 50.0%,  $p < 0.01$ ), però en una mostra d'estudi més petita (91 pacients amb diagnòstic de depressió major).<sup>93</sup>

La proporció de pacients que va cessar el tractament per decisió pròpia o per decisió del metge va ser, pràcticament, la mateixa en els dos grups als 3 mesos. Si bé no es van observar diferències significatives entre els grups pel que fa al responsable de la decisió de cessar el tractament en tot el període d'estudi, el nombre de pacients que deixaren el tractament per decisió pròpia va ser superior en el grup d'intervenció i el nombre de pacients que va deixar el tractament per decisió del metge fou superior en el grup de control. Els resultats sobre

l'abandonament del tractament per decisió del pacient, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control, són comparables als trobats en un estudi restrospectiu sobre l'adherència al tractament als 6 mesos, en què el 66.1% dels pacients que eren incomplidors van decidir deixar el tractament sense consultar amb el metge.<sup>204</sup>

La proporció de pacients que decidiren abandonar el tractament per decisió pròpia va disminuir progressivament en els dos grups als 6 i als 12 mesos. La proporció de pacients que va abandonar el tractament per decisió del metge augmentà en els dos grups als 6 i als 12 mesos però, el programa ADAP va afavorir que aquest augment fos menor en el grup d'intervenció, un 12.6% menys als 6 mesos i un 8.0% menys als 12 mesos. Els aspectes formatius dirigits als professionals sanitaris, sobretot als metges de família, i el suport per infermeria en les consultes de seguiment serien els components de la intervenció que es pot considerar que més van influir en un canvi d'actitud dels metges envers la decisió de cessament del tractament.

Els motius que manifestaren els pacients d'ambdós grups a l'hora de decidir deixar el tractament no són diferents dels que es troben a la literatura. Els efectes secundaris (sobretot a l'inici del tractament) o bé la por per part del pacient d'experimentar-los, l'oblit de prendre la medicació, sentir-ser pitjor o millor, o creure que els antidepressius els poden fer mal són causes freqüents d'abandonament del tractament.<sup>201,205</sup> També s'han descrit com a causes de l'abandonament del tractament les diferències d'opinions entre el professional i el pacient respecte al diagnòstic i l'abordatge de la depressió, els canvis d'opinió durant el tractament i influències externes com ara les opinions de familiars o d'altres persones.<sup>201</sup> Una altra possible causa d'abandonament seria la falta d'assistència a les consultes de seguiment de l'evolució de la depressió, reforçada per una infravaloració de l'esforç dels professionals sanitaris com a conseqüència de

l'absència del cost econòmic per al pacient en el sistema sanitari públic. Tant en el grup d'intervenció com en el grup de control, els tres motius principals per deixar el tractament foren els efectes adversos, sentir-se millor i altres causes no específiques.

El grau de satisfacció dels pacients amb l'atenció rebuda és un altre factor que també s'ha relacionat amb l'adherència al tractament. Una satisfacció elevada pot facilitar l'adherència al tractament. Fins un 87.0% dels pacients amb una bona adherència reconeixen una satisfacció excelent o molt bona i només el 60.0% dels pacients sense una bona adherència tenen el mateix nivell de satisfacció.<sup>205</sup> La satisfacció per l'atenció rebuda, tant en el grup d'intervenció com en el grup de control, va ser molt elevada. Nou de cada deu pacients manifestaren que estaven satisfets o molt satisfets durant tot el període d'estudi. La satisfacció va ser una mica més elevada en el grup d'intervenció, sobretot als 6 mesos (un 2.9% més) i als 12 mesos (un 3.2% més). Amb aquestes petites diferències, i sense significació estadística, no es pot interpretar que en aquest estudi hagués una associació entre la satisfacció per l'atenció rebuda i l'adherència. A més, les xifres del nivell de satisfacció amb l'atenció rebuda en els dos grups no difereixen de les últimes dades aportades pel Servei Català de la Salut sobre la satisfacció dels usuaris de l'atenció primària respecte a l'atenció rebuda durant l'any 2009: un 94.6% en el tracte amb el metge de família i un 93.2% en el tracte amb infermeria.<sup>206</sup> Diferents són els resultats de l'estudi RESPECT-D, en què es va assolir una elevada satisfacció amb l'atenció rebuda en els dos grups, però amb diferències significatives a favor del grup d'intervenció als 3 mesos (un 10.0% més) i als 6 mesos (un 15.0% més). Aquesta diferència encara va ser més gran en l'estudi de Katon *et al.*, en què un 18.0% més de pacients del grup d'intervenció van manifestar una elevada satisfacció per l'atenció rebuda als 4 mesos.<sup>93</sup>

Més diferències que s'associen amb els millors resultats clínics del programa ADAP estan relacionades amb la utilització dels recursos sanitaris. S'observà que en el grup d'intervenció es van fer més visites a la infermera, fet que s'interpreta com un indicador de seguiment clínic més intensiu que s'associa amb uns millors resultats en l'abordatge de la depressió.<sup>198</sup> Al final de l'estudi, els pacients del grup de control havien fet més visites a les consultes del psicòleg del CSM, amb diferències significatives enfront del grup d'intervenció. Aquests resultats es poden considerar com indicatius d'una bona eficàcia del programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió en atenció primària.

## **8.5. LIMITACIONS**

Aquest estudi té diverses limitacions que han de tenir-se en compte quan s'interpreten els resultats.

Igual que es fa en la pràctica real (en què la detecció sistemàtica de la depressió no es realitza ni es recomana)<sup>107,124,125</sup> i, a diferència d'altres estudis en què un equip investigador fa la selecció dels pacients, els metges de família foren els qui van fer la detecció, el diagnòstic i la selecció dels pacients deprimits per incloure'ls en l'estudi que s'ha dut a terme. Tampoc s'avaluà com va influir la motivació dels metges i el fet que coneguessin a quin grup estaven assignats en la selecció dels pacients. Amb això, tot i que es van prendre mesures per evitar un biaix de selecció (veure Mètodes, apartat 5.6), no es pot descartar de forma absoluta que aquest biaix no es pugui haver produït.

Tot i que la mida de la mostra va ser calculada assumint un ICC major que el real i la taxa d'abandonament dels pacients de l'estudi durant el seguiment (5.3% als 3 mesos, 7.9% als 6 mesos i 10.6% als 12 mesos) va ser menor que s'esperava



(15.0%), la potència estadística pot haver no estat suficient per detectar diferències que, realment, sí estaven presents (per exemple, en relació a la gravetat dels símptomes depressius als 12 mesos).

Una altra limitació seria que la intervenció es va fer a baixa escala, és a dir, en centres d'atenció primària d'un mateix àmbit i que es poden considerar homogenis en quant a la manera d'actuació. Però, si bé la validesa externa d'un assaig clínic és més difícil quan es tracta d'un disseny per clústers,<sup>207</sup> malgrat que les característiques clíniques dels pacients deprimits no fossin diferents a les característiques dels pacients deprimits d'altres àmbits sanitaris d'atenció primària d'entorns socioculturals diferents (europeus, americans, catalans i espanyols), els resultats que es van assolir amb el programa ADAP es podrien extrapolar a altres àmbits sanitaris.

Com s'ha comentat a l'apartat 8.1, el pla terapèutic de la intervenció es va centrar en el tractament amb fàrmacs antidepressius, ja que la psicoteràpia (terapèuticament vàlida segons l'evidència clínica i inclosa en altres models d'abordatge de la depressió) no sempre està disponible en l'atenció primària de l'àmbit en què es va desenvolupar l'estudi. Un tractament associat a la psicoteràpia es podria haver portat a terme en el contexte d'un projecte d'investigació, però en la pràctica real hauria estat difícil de generalitzar, tenint en compte l'organització actual del sistema sanitari públic de salut. També és important tenir en compte que, encara que hi havia un pla terapèutic establert en el programa, l'opinió del pacient sobre aquest pla i la seva decisió d'acceptar-lo poden haver influït a l'hora d'adoptar les opcions més adequades per a l'abordatge de la seva depressió i l'èxit del tractament, sobretot en els pacients que no assoliren una remissió completa amb la intervenció.

La petita magnitud de l'efecte de la intervenció sobre la gravetat de la depressió, als 6 i als 12 mesos, es pot relacionar amb algunes característiques del disseny de l'estudi. En primer lloc, la intervenció avaluada va ser de baixa intensitat (intencionadament, perquè aplicar-la eventualment en condicions reals fos més fàcil). I, en segon lloc, la intervenció es comparà amb el tractament habitual (que no deixa de ser una intervenció activa). Malgrat aquests inconvenients, en el disseny de l'estudi es va incloure un nombre suficient de clústers en els dos grups (deu clústers en cada grup) perquè els resultats tinguessin una significació estadística, seguint les recomanacions que aconsellen incloure més de sis clústers per grup quan els efectes d'una intervenció són petits.<sup>115</sup>

Tampoc es va determinar com va contribuir cadascun dels components de la intervenció a l'eficàcia global del programa, però alguns estudis han assenyalat que el seguiment pel *care manager*, l'adherència al tractament i el suport dels especialistes són els factors determinants.<sup>28,69</sup> En canvi, una revisió sistemàtica que avaluà quin component podia ser més efectiu en l'adherència al tractament quan es combinen intervencions complexes conclou que no es poden donar resultats sobre els efectes de cadascun d'aquests components per separat.<sup>22</sup>

## **8.6. IMPLICACIONS PER A ACCIONS FUTURES**

El programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió en atenció primària es va dissenyar de manera que, si era efectiu, es pogués aplicar i fos fàcil d'implementar a nivell de l'atenció primària del nostre àmbit sanitari. Les mesures incloses en el programa són simples i de fàcil accés, però requereixen que el personal estigui disposat per acceptar la seva organització i optimitzar els recursos necessaris per aplicar-les.

L'aplicació rutinària del qüestionari PHQ-9 per al seguiment clínic de la depressió en atenció primària, igual que es fa amb altres qüestionaris per altres patologies (demències, enolisme, etc.), facilitaria el seguiment de l'evolució clínica dels símptomes en els pacients amb depressió lleu i/o moderada, ajudant als metges de família a realitzar les modificacions necessàries en el pla terapèutic per evitar que la depressió evolucioni a formes més greus i les recaigudes i recurrències.

Potenciar i aprofitar la implementació de vies de comunicació més àgils (via telefònica o per correu electrònic) entre els professionals dels diferents àmbits implicats en el programa (atenció primària i nivell especialitzat) implica un important canvi organitzatiu que donaria l'oportunitat de millorar la qualitat de l'abordatge de la depressió en atenció primària i facilitaria la presa de decisions per part dels metges de família i de les infermeres d'atenció primària, que serien els principals responsables del tractament i del seguiment del pacient deprimat.

Encara que la DME de la intervenció sobre la gravetat de la depressió va ser petita als 6 i als 12 mesos, el resultat de la millora en l'evolució de la gravetat pot tenir un significat clínicament rellevant si es té en compte l'alta prevalença i l'elevada morbiditat de la depressió en atenció primària. A més, els bons resultats assolits en el grup d'intervenció, en les taxes de remissió i de resposta al tractament, estan dintre de la mitjana dels resultats que s'observen en les metanàlisis revisades, la qual cosa augmenta encara més la rellevància clínica del programa ADAP.

Si es té en compte que l'objectiu principal del tractament antidepressiu és la remissió completa dels símptomes, una vegada s'assoleix aquest objectiu seria necessari que la intervenció continués, almenys un any des de la desaparició dels símptomes en el pacient i amb la mateixa o més intensitat per evitar el risc de recaigudes o recurrències. El programa ADAP, basat en el model d'atenció a crònics, permet assolir l'objectiu del tractament, almenys fins al temps mínim

recomanat per a la fase aguda (6 mesos). Tanmateix, en aproximadament una tercera part dels pacients no s'assolí una resposta al tractament i en la meitat no s'assolí la remissió. Futures intervencions s'haurien d'implementar amb més intensitat, sobretot en aquells pacients amb difícil abordatge i/o més resistència al tractament, amb la finalitat d'augmentar la proporció de pacients lliures de depressió. Els models d'abordatge de la depressió basats en el *collaborative care* i el model d'atenció a crònics proporcionen la intensitat de tractament adequada per assolir aquest objectiu.<sup>28,42,55</sup>

Aquest estudi, d'acord amb els resultats dels últims estudis realitzats en sistemes sanitaris europeus similars al nostre,<sup>80,103</sup> demostra que els models de gestió de la depressió dels EUA<sup>69</sup> poden ser transferits i implantats en altres sistemes de salut. Aquesta evidència científica, els millors resultats clínics observats en el grup d'intervenció del programa ADAP enfront del grup de control i la viabilitat del programa indiquen que es pot recomanar implementar en el nostre sistema sanitari públic un model basat en un programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió. Tanmateix, per mantenir el benefici obtingut en la millora dels resultats clínics sobre l'evolució de la gravetat de la depressió seria necessari que el model fos implantat amb la finalitat que el seguiment del pacient deprimat es pogués realitzar a llarg termini, i veure si les diferències observades entre la intervenció i el tractament habitual continuen mantenint-se passat els 12 mesos.

Les barreres econòmiques i polítiques seran dos factors que caldrà tenir en compte si en el futur s'implementa un programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió a nivell de l'atenció primària. Estudis previs revistats en la literatura evidencien que aquest model és més efectiu, però que suposa un augment dels costos econòmics.<sup>55,91</sup> En el present estudi no es va avaluar l'impacte econòmic del programa ADAP, ja que no era part dels objectius del projecte. Actualment, s'ha

iniciat un estudi que té com objectiu avaluar quin ha estat el cost econòmic del programa. En el futur seria interessant que, si es porten a terme altres projectes basats en aquest model, puguin incloure un estudi sobre els costos econòmics per tenir-lo present a l'hora de conèixer la disponibilitat pràctica real d'aquests tipus de programes dins l'àmbit de l'atenció primària del sistema sanitari públic català i espanyol.

Desenvolupar polítiques sanitàries que apostin per aquest model, que ha demostrat ser efectiu i ben acceptat per tots els professionals i tots els pacients que hi han participat, seria el proper pas necessari de dur a terme per implementar-lo de forma generalitzada i per incorporar-lo a llarg termini a la pràctica diària de les consultes d'atenció primària.

## **9. CONCLUSIONS**



En comparació amb la pràctica clínica habitual, la implementació d'un nou programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió en els pacients amb depressió major atesos en l'atenció primària:

### **De forma global**

1. És més eficaç i comporta millors resultats de salut.

### **De forma específica**

2. Disminueix de forma significativa la mesura de la gravetat de la depressió amb una diferència ajustada en les puntuacions mitjanes del PHQ-9 entre ambdós grups de -2.49 punts (IC95%: de -4.38 a -0.61) als 3 mesos i de -2.51 punts (IC95%: de -4.27 a -0.51) als 6 mesos. Als 12 mesos la diferència ajustada és de -1.76 punts (IC95%: de -3.53 a 0.02), sense assolir la significació estadística en aquest cas.
3. Disminueix de forma significativa la ideació suïcida als 3 mesos (20.3% enfront de 26.1%,  $p=0.024$ ). Disminueix la ideació suïcida als 6 mesos (16.4% enfront de 25.4%,  $p=0.051$ ) i als 12 mesos (16.3% enfront de 20.8%,  $p=0.317$ ), sense assolir la significació estadística en aquests casos.
4. Augmenta de forma significativa la proporció de pacients en remissió de la depressió amb una *Odds Ratio* de 2.6 (IC95%: de 1.5 a 4.69) als 3 mesos, de 2.7 (IC95%: de 1.6 a 4.4) als 6 mesos i de 1.8 (IC95%: de 1.1 a 2.9) als 12 mesos.
5. Augmenta de forma significativa la proporció de pacients amb resposta al tractament antidepressiu amb una *Odds Ratio* de 2.0 (IC95%: de 1.3 a 3.1) als 3 mesos, de 1.9 (IC95%: de 1.2 a 2.9) als 6 mesos i de 1.9 (IC95%: de 1.2 a 3.1) als 12 mesos.



6. Millora de forma significativa la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut en el component de salut mental amb una diferència ajustada entre les puntuacions mitjanes d'ambdós grups de 6.17 punts (IC95%: de 2.80 a 9.54) als 3 mesos, de 5.81 punts (IC95%: de 1.90 a 9.73) als 6 mesos i de 5.10 punts (IC95%: de 1.11 a 9.10) als 12 mesos.
7. Augmenta de forma significativa la proporció de pacients que segueixen el tractament amb antidepressius als 6 mesos, amb diferències estadísticament significatives entre els grups d'estudi (78.0% enfront de 65.7%,  $p=0.017$ ). Als 3 i als 12 mesos augmenta la proporció de pacients que segueixen el tractament antidepressiu sense diferències significatives entre ambdós grups.
8. Augmenta de forma significativa el nombre de visites de seguiment per infermeria als 3, als 6 i als 12 mesos, la qual cosa s'interpreta com un indicador d'un seguiment clínic més intensiu de l'evolució del pacient.
9. El grau de satisfacció percebuda pels pacients amb l'atenció rebuda per la depressió és molt elevat i sense diferències estadísticament significatives entre els dos grups d'estudi.

## **10. BIBLIOGRAFIA**



- 
1. Murray CJ, López AD. Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science* 1996; 274(5288): 740-743.
  2. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas 2005; p. 484-final.
  3. WHO. The World Health Report 2001: Mental Health: New understanding, new hope. Geneva: WHO 2001.
  4. World Health Organization. Programmes and Projects. Mental health. Depression [internet] 2005 [accés: 10 d'agost de 2005]. Disponible a: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en).
  5. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B *et al.* The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655-679.
  6. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(Suppl 420): 21-27.
  7. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I *et al.* Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin* 2006; 126(12): 445-451.
  8. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(4): 182-191.
  9. Üstün TB, Sartorius N (eds). Mental illness in general health care: an International study. Chichester, England: John Wiley & Son 1995.

- 
10. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A *et al.* Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiat Epidemiol* 2009; 45(2): 201-210.
  11. Aragonès E. Estudi dels trastorns depressius a l'atenció primària de salut. [Tesi]. Departament de medicina i cirurgia de la facultat de medicina i ciències de la salut. Universitat Rovira i Virgili 2004.
  12. Wittchen HU, Holsboer F, Jacobi F. Met and Unmet Needs in the Management of Depressive Disorder in the Community and Primary Care: The Size and Breadth of the Problem. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl 26): 23-28.
  13. Verhaak P, Bensing J, Brink-Muinen A. GP mental health care in 10 European countries: patients' demands and GPs' responses. *Eur J Psychiat* 2007; 21(1): 7-16.
  14. Gilbody S, Whitty P, and staff at the NHS Center for Reviews and Dissemination, University of York. Improving the recognition and management of depression in primary care. *EHCB* 2002; 7(5): 2-12.
  15. Aragonès E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58(2): 145-151.
  16. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and Management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34(4): 331-343.
  17. Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272(22): 1741-1748.
  18. Felker BL, Chaney E, Rubenstein LV, Bonner LM, Yano EM, Parker LE *et al.* Developing Effective Collaboration Between Primary Care and Mental Health Providers. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8(1): 12-16.

- 
19. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract* 2006; 23(3): 363-368.
  20. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of World Health Organization* 2004; 82(11): 858-866.
  21. Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Haro JM. Adequacy of antidepressant treatment in Spanish Primary Care: A naturalistic Six-Month Follow-Up Study. *Psychiatr Serv* 2008; 59(1): 78-83.
  22. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 104-109.
  23. Serna MC, Cruz I, Real J, Gascó E, Galván L. Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. *Eur Psychiatry* 2010; 25(4): 206-213.
  24. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N°2. Oxford: Update Software Lt. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
  25. Klinkman M. The Role of Algorithms in the Detection and Treatment of Depression in Primary Care. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl 2): 19-23.
  26. Baker R, Reddish S, Robertson N, Hearnshaw H, Jones B. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51(470): 737-41.
  27. Henke RM, Chou A, Chanin J, Zides A, Hudson S. Physician attitude toward depression care interventions: Implications for implementation of quality improvement initiatives. *Implement Sci* 2008; 3: 40.
  28. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289(23): 3145-3151.

- 
29. Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unützer J *et al.* Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care* 2002; 40(10): 941-950.
  30. Katon W, Rutter C, Ludman E, Von Korff M, Lin E, Simon G *et al.* A Randomized Trial of Relapse Prevention of Depression in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(3): 241-247.
  31. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J *et al.* Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2000; 283(2): 212-220.
  32. Sherbourne C, Wells K, Duan N, Miranda J, Unützer J, Jaycox L *et al.* Long-term Effectiveness of Disseminating Quality Improvement for Depression in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(7): 696-703.
  33. Unützer J, Rubenstein L, Katon W, Tang L, Duan N, Lagomasino I *et al.* Two-Year Effects of Quality Improvement Programs on Medication Management for Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(10): 935-942.
  34. Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, Ettner S, Duan N, Miranda J *et al.* Five-Year Impact of Quality Improvement for Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(4): 378-386.
  35. Gilbody S (2004). What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E85243.pdf>).
  36. Cebrià A, Portella MJ, Puigdemont D, Tejedor C, Vegué J, Fàbregas J, *et al.* Alianza Europea Contra la Depresión. *JANO* 2007; 1674: 49-53.
  37. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C *et al.* The "European Alliance Against Depression (EAAD)": A multifaceted community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry* 2008; 9(1): 51-58.

38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Sanidad, 2007. Disponible a:  
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>.
39. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Pla director de salut mental i addiccions. Departament de salut. Generalitat de Catalunya; octubre 2006. Disponible a:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2122/index.html>.
40. Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behaviour of primary care providers? *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(2): 84-96.
41. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(3): 246-254.
42. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 88.
43. Dietrich A, Oxman T, Williams J, Schulberg H, Bruce M, Lee P *et al*. Re-engineering Systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329(7466): 602-605.
44. Oxman T, Dietrich A, Schulberg H. Evidence-based models of integrated management of depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28(4): 1061-1077.
45. Simon GE, Ludman EJ, Operskalski BH. Randomized trial of a telephone care management program for outpatients starting antidepressant treatment. *Psychiatr Serv* 2006; 57(10): 1441-1445.
46. Fritsch R, Araya R, Solís J, Montt E, Pilowsky D, Rojas G. [A randomized trial of pharmacotherapy with telephone monitoring to improve treatment of depression in primary care in Santiago, Chile]. *Rev Med Chil* 2007; 135(5): 587-595.



- 
47. Simon GE, Ludman EJ, Steve T, Operskalki B, Von Korff M. Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 292(8): 935-942.
  48. Mohr DC, Vella L, Hart S, Heckman T, Simon G. The effect of telephone-administered psychotherapy on symptoms of depression and attrition: a meta-analysis. *Clin Psychol* 2008; 15(3): 243-253.
  49. Ludman EJ, Simon GE, Tutty S, Von Korff M. A Randomized Trial of Telephone Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression: Continuation and Durability of Effects. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2): 257-266.
  50. Cabana M, Rushton JL, Rush AJ. Implementing practice guidelines for depression: Applying a new framework to an old problem. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(1): 35-42.
  51. Cornwall P. Which clinical practice guidelines for depression? An overview for busy practitioners. *Br J Gen Pract* 2000; 50(460): 908-911.
  52. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(3): 138-144.
  53. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practical. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(2): 63-70.
  54. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Dipl-Soz KS, Kallischnigg DM. Disease Management Programs for Depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42(12): 1211-1221.
  55. Badamagarav E, Weingarten S, Henning J, Knight K, Hasselblad V, Gano A. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review. *Am J Psychiatry* 2003; 160(12): 2080-2090.

- 
56. Williams J, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(2): 91-116.
  57. Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26(1): 39-54.
  58. Goldberg HI, Wagner EH, Fihn SD, Martin DP, Horowitz CR, Christensen DB *et al.* A randomized controlled trial of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv* 1998; 24(3): 130-142.
  59. Andersen SM, Harthorn BH. Changing the psychiatric Knowledge of primary care physicians: the effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12(3): 177-190.
  60. Gask L. Small group interactive techniques utilizing video feedback. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28(1): 97-113.
  61. Gask L, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psycho Med* 2004; 34(1): 63-72.
  62. Rutz W, Von Knorring L, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education for general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 80(2): 151-154.
  63. Rutz W, Von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 85(1): 83-88.
  64. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on

- 
- detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355(9199): 185-191.
65. Worrall G, Angel J, Chaulk P, Clarke C, Robbins M. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ* 1999; 161(1): 37-40.
66. Lin E, Simon G, Katzelnich D, Pearson S. Does Physician Education on Depression Management Improve Treatment in Primary Care? *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 614-619.
67. Thomicroft G, Ward P, James S. Care management and mental health. *BMJ* 1993; 306(6880): 768-771.
68. Oxman T, Dietrich AJ, Williamb J, Kroenke K. Three-Component Model for Reengineering Systems for the Treatment of Depression in Primary Care. *Psychosomatics* 2002; 43(6): 441-450.
69. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of Longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166(21): 2314-2321.
70. Peveler R, George C, Kinmonth A, 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(7219): 612-615.
71. Hunkeler E, Meresman J, Hargreaves W, Fireman B, Berman W, Kirsch A et al. Efficacy of Nurse Telehealth Care and Peer Support in Augmenting Treatment of Depression in Primary Care. *Arch Fam Med* 2000; 9(8): 700-708.
72. Datto CJ, Thompson R, Horowitz D, Disbot M, Oslin DW. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25(3): 169-177.

- 
73. Katzelnick D, Simon G, Pearson S, Manning W, Helstad C, Henk J. Randomized Trial of a Depression Management Program in High Utilizers of Medical Care. *Arch Fam Med* 2000; 9(4): 345-351.
  74. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J *et al.* Stepped Collaborative Care for Primary Care Patients With Persistent Symptoms of Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 56(12): 1109-1115.
  75. Rost K, Nutting PA, Smith J, Werner JJ. Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(2): 66-77.
  76. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving Depression Outcomes in Community Primary Care Practice: A Randomized Trial of the QuEST intervention. *J Gen Int Med* 2001; 16(3): 143-149.
  77. Simon G, Von Korff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320(7234): 550-554.
  78. Nutting P, Callagber K, Riley K, White S, Dickinson WP, Korsen N *et al.* Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. *Ann Fam Med* 2008; 6(1): 30-37.
  79. Strong V, Waters R, Hibberd C *et al.* The nurse delivered Depression Care for People with Cancer intervention to manage major depression in people with cancer is effective in reducing depressive symptoms (SMaRT oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008; 372(9632): 40-48.
  80. Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T *et al.* Case management for the treatment of patients with major depression in general practices—rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial—ProMT (Primary care Monitoring for depressive Patient's Trial). *BMC Public Health* 2005; 5: 101.
  81. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C *et al.* Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care

- 
- Practices. A Cluster Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2009; 151(6): 369-378.
82. Nuño S. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *RISAI* 2009; 1(3): 1-8.
83. Katon W, Von Korff M, Lin E, Unützer J, Simon G, Walker E *et al.* Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(3): 169-178.
84. Grupo de Prevención de los Trastornos de la Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32(Supl 2): 77-101.
85. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 1996; 74(4): 511-543.
86. Bodenheimer T. Interventions to Improve Chronic Illness Care: Evaluating Their Effectiveness. *Dis Manag* 2003; 6(2): 63-71.
87. Gervás J, Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) y otras iniciativas de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos. *AMF* 2009; 5(6): 356-364.
88. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Global report WHO/NMC/CCH. Genova, 2002.
89. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *BMJ* 2001; 323(7319): 948-949.
90. Wells KB. The design of Partners in Care: evaluating the cost effectiveness of improving care for depression in primary care. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(1): 20-29.
91. Vergouwen AC, Bakker A, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J. Clin Psychiatry* 2003; 64(12): 1415-1420.

- 
92. Katon W, Russo J, von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T *et al.* Long-term Effects of a Collaborative Care Intervention in Persistently Depressed Primary Care Patients. *J Gen Intern Med* 2002; 17(10): 741-748.
  93. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon G, Bush T *et al.* Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines. *JAMA* 1995; 273(13): 1026-1031.
  94. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Ludman E, Simon G *et al.* A multifaceted Intervention to Improve Treatment of Depression in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(10): 924-932.
  95. Health Services Research and Development Services. Office of Research and Development. United States Department of Veterans Affairs (2008). Collaborative Care for Depression in the Primary Care Setting. A Primer on VA's Translating Initiatives for Depression into Effective Solutions (TIDES) Project.
  96. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L *et al.* Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288(22): 2836-2845.
  97. Bruce M, Ten Have T, Reynolds C, Katz I, Schulberg H, Mulsant B *et al.* Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 291(9): 1081-1091.
  98. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8): 1379-1387.
  99. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G *et al.* Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361(9362): 995-1000.

- 
100. Van Order M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative Mental Health Care Versus Care as Usual in a Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv* 2009; 60(1): 74-79.
  101. Ijff M, Huijbregts K, van Marwijk H, Beekman A, Hakkaart-van Roijen L, Rutten F *et al.* Cost-effectiveness of collaborative care including PST and an antidepressant treatment algorithm for the treatment of major depressive disorder in primary care; a randomised clinical trial. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 34.
  102. Richards D, Lovell K, Gilbody L, Gask L, Togerson D, Barkham M *et al.* Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized control trial. *Psychol Med* 2008; 38(2): 279-287.
  103. Richards D, Hughes-Morley A, Hayes R, Araya R, Barkham M, Bland J *et al.* Collaborative Depression Trial (CADET): multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression – study protocol. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 188.
  104. Aguis M, Murphy CL, Win A, Zaman R, Tavormina G. Developing primary care treatment of depression [Carta]. *Br J Gen Pract* 2007; 57(539): 501-502.
  105. Meeuwissen J, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk H, Rijnders P, Donker M. A Stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. [internet] *Int J Integr Care* 2008; 8: e05. Disponible a:  
<http://www.ijic.org/index.php/ijic/search/advancedResults>.
  106. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: acces, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 11-17.
  107. NICE: Depression: management depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004. December 2004.

- 
108. Adaptació al model sanitari català de la Guia de Pràctica Clínica sobre el maneig de la Depressió Major en l'adult. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; juny 2010.
  109. Hedrick S, Chaney E, Felker B, Liu C, Hasenberg N, Heagerty P *et al.* Effectiveness of Collaborative Care Depression Treatment in Veterans' Affairs Primary Care. *J Gen Intern Med* 2003; 18(1): 9-16.
  110. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D *et al.* Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR\*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1905-1917.
  111. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk, Cuijpers P. Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 90.
  112. Wilkinson G, Allen P, Marshall E, Walker J, Brown W, Mann AH. The role of the practice nurse in the Management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychol Med* 1993; 23(1): 229-237.
  113. Mann HA, Blizard R, Murray J, Smith JA, Botega N, McDonal E *et al.* An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 875-879.
  114. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM *et al.* Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health* 2007; 7: 253.



- 
115. Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC, Burney PGJ. Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999; Vol 3(5).
  116. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for desing and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694-696.
  117. Lazcano E, Salazar E, Gutiérrez P, Angeles A, Hernández A, Viramontes JL. Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Pública Méx* 2004; 46(6): 559-584.
  118. Validez interna y externa de los ensayos aleatorizados por conglomerados: revisión sistemática. [Internet]. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23(6): 424-424. [Accés: 28 de juliol de 2008].
  119. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR: Fourth Edition Text Revision. *American Psychiatric Publishing Inc* 2000.
  120. Spitzer R, Kroenke K, Williams J and The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282(18): 1737-1744.
  121. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosom Medicine* 2001; 63(4): 679-686.
  122. Kroenke K, Spitzar RL, Williams JB. PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606-613.
  123. Watson J, Torgerson D. Increasing recruitment to randomised trials: a review of randomised controlled trials. *BMC Med Res Methodol* 2006; 6: 34.

- 
124. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults (NICE clinical guideline 90, partial update of NICE clinical guideline 23). NICE 2008.
  125. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t) 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
  126. Aragonès E, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Caballero A, Labad A *et al*. Improving the role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspec in Psychiatric Care* 2008; 44(4): 248-258.
  127. Azocar F, Branstrom RB. Use of Depression Education Materials to Improve Treatment Compliance of Primary Care Patients. *J Behav Health Serv Res* 2006; 33(3): 347-353.
  128. Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health. Meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-211.
  129. Eichelbaum D, Pascual P, León M. Problemas de Salud Mental. Psicoterapias en Atención Primaria: tipos e indicaciones. [Internet]. *El médico* 2008: 19-34. [Accés: 22 de juliol de 2009]. Disponible a:  
<http://www.elmedicointeractivo.com/>
  130. British Association of Counselling (BAC). Code of Ethics and Practice for Counsellors. Rugby: BAC; 1992.
  131. Bower P, Rowland N. Efectividad y costo-efectividad del asesoramiento psicosocial en atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

- 
132. Barkham M, Hardy GE. Counselling and interpersonal therapies for depression: towards securing and evidence-base. *Br Med Bull* 2001; 57(1): 115-132.
  133. Bimbela JL. El Counselling: una tecnologia para el bienestar del profesional. *ANALES Sis San Navarra* 2001; 24(Supl 2): 33-42.
  134. Möller HJ, Henkel V (2005). What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E86602.pdf> [accés: 23 de gener de 2011]).
  135. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vázquez C. Depresión: Guías clínicas. [Internet]. Fistera, 2006. [accés: 22 de febrer de 2007]. Disponible a: <http://www.fistera.com/guias2/depresion.asp>.
  136. Rupke S, Blecke D, Renfrow M. Cognitive Therapy for Depression. *Am Fam Phsycician* 2006; 73(1): 83-86.
  137. Ferguson JM. Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000; 2(5): 173-178.
  138. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Terapia familiar para la depresión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 N°2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
  139. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 849-857.
  140. Alexander J, Richardson G, Grypma L, Hunkeler EM. Collaborative depression care, screening, diagnosis and specificity of depression treatments in the primary care setting. *Expert Rev. Neurother* 2007; 7(11): S59-S80.
  141. Craft L, Perna F. The benefits of Exercise for the Clinically Depressed. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6(3): 104-111.

142. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring Depression Treatment Outcomes With the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care* 2004; 42(12): 1194-1201.
143. Keller MB. Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA* 2003; 289(23): 3152-3160.
144. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000; 25(5): 350-363.
145. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 16-23.
146. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272(22): 1749-1756.
147. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007; 57(541): 650-652.
148. Dejesús RS, Vickers KS, Melin GJ, Williams MD. A System-Based Approach to Depression Management in Primary Care Using the Patient Health Questionnaire-9. *Mayo Clin Proc* 2007; 82(11): 1395-1402.
149. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A Diagnostic Meta-Analysis. *J Gen Intern Med* 2007; 22(11): 1596-1602.
150. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(5):388-395.

- 
151. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing Depression in Primary Care with the PHQ-9: Can it Be Carried Out over the Telephone? *J. Gen. Intern Med* 2005; 20(8): 738-742.
  152. Rojo Moreno J. La enfermedad depresiva: Conocer y entender la depresión en lenguaje para todos. Albatros; 2008.
  153. Grupo de trabajo para el DSM-IV-AP. DSM-IV Atención Primaria. Barcelona: Masson 1997.
  154. Baca E, Saiz J, Agüera L *et al.* Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27(6): 375-83.
  155. Rollman B, Herbeck B, Hum B, Mazumdar S, Zhu F, Kroenke K *et al.* Symtomatic Severity of Prime-MD Diagnosed Episodes of Panic and Generalized Anxiety Disorder in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 623-628.
  156. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Depression and physical comorbidity in primary care. *J Psychosom Res* 2007; 63(2): 107-111.
  157. WONCA. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. Barcelona: Masson 1999.
  158. Puig Manresa J, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Martínez Cantarero C. ¿Cómo están de enfermos mis pacientes? *Aten Primaria* 1996; 17(8): 531-541.
  159. Martínez C, Juncosa S, Roset M. ¿Está relacionada la gravedad con la utilización de recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI). *Aten Primaria* 1998; 22(5): 285-292.
  160. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Manual SEPAR de Procedimientos. Herramientas para la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Barcelona: Permanyer 2004.

- 
161. Ware JE, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996; 34(3): 220-233.
  162. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil M, Rebollo P, Permanyer-Miranda G, Quintana JM *et al.* El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19(2): 135-150.
  163. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-776.
  164. Alonso J, *et al.* Cuestionario de Salud SF-36 y Cuestionario de Salud SF-12. [Internet]. BiblioPRO. Instituto Municipal de Investigaciones Médicas, Barcelona. [Accés: 14 d'abril de 2005]. Disponible en: <http://iryss.imim.es/iryss>.
  165. Ganget B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE *et al.* Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 171-178.
  166. Francisco J. Atienza Martín. Diagnóstico etiológico del incumplimiento terapéutico. Una difícil tarea a desarrollar en la sanidad. Cumplimiento terapéutico en la HTA, Actualizaciones 2005; 2(3): 34-36.
  167. García Pérez AM, Leiva Fernández F, Martos Crespo R, García Ruiz AJ, Prados Torres D, Sánchez de la Cuesta y Alarcón F. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento en atención primaria? *Medicina de Familia (And)* 2000; 1(1): 13-19.
  168. Márquez Contreras E. Algoritmo diagnóstico. Métodos de medida del cumplimiento terapéutico. Cumplimiento terapéutico en la HTA, Actualizaciones 2004; 1(1): 5-6.

- 
169. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008; 40(8): 413-417.
  170. Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semergen* 1998; 24(9): 711-718.
  171. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000; 114(Supl 3): 26-33.
  172. Sartorius N, Sanz J, Pérez R. Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2006; 26(98): 289-301.
  173. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
  174. Martínez Ramírez A, Van-Dick Puga M, Nápoles Rodríguez F, Robles Uribe J, Ramos Ramos A, Villaseñor Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad Saúde Públ*, Rio de Janeiro 1996; 12(3): 399-403.
  175. Adams G, Gulliford MC, Ukoumunne OC, Eldridge S, Chinn S, Campbell M. Patterns of intra-cluster correlation from primary care research to inform study design and analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(8): 784-793.
  176. Campbell M, Elbourne D, Altman D. Ensayos clínicos aleatorizados comunitarios (CONSORT CLUSTER). *Med Clin* 2005; 125 (Supl 1): 28-31.
  177. Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, Beckman A, Johnell K, Hjerpe P *et al.* A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(4): 290-297.

- 
178. Comité de directores científics de l'ICS. Guia de Bona Pràctica en la Recerca en Ciències de la Salut. Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; Barcelona 2003.
  179. Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. Guia de Bones Pràctiques en Recerca en Atenció Primària, Barcelona 2010.
  180. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S *et al.* Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78(2): 131-140.
  181. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract* 2009; 59(566): e283-e288.
  182. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract* 2008; 58(546): 32-36.
  183. Kroenke K, Spitzer R, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J. Gen Intern Med* 2001; 16(9): 606-613.
  184. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonès E, Rodríguez-Artalejo F. Relationship of Somatic Symptoms With Depression Severity, Quality of Life, and Health Resources Utilization in Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10(5): 355-362.
  185. García de Jalón Y, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra* 2002; 25(3): 87-96.
  186. Goodwin R, Kroenke K, Hoven C, Spitzer R. Major Depression, Physical Illness, and Suicidal Ideation in Primary Care. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 501-505.



- 
187. Zisook S, Lesser I, Lebowitz B, Rush I, Kallenberg G, Wisniewski R. Effect of Antidepressant Medication Treatment on Suicidal Ideation and Behaviour in a Randomized Trial. An Exploratory Report From the Combining Medications to Enhance Depression Outcomes Studi. *J Clin Psychiatry* 2011;72(10): 1322-1332.
  188. Malhotra K, Schwartz T, Hameed U. Presence of suicidality as a prognostic indicator. *J Postgrad Med* 2004; 50(3): 185-188.
  189. Aragonès E, Piñol J.L, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 2009; 41(10): 545-551.
  190. Sicras A, Navarro R, Rejas J, Blanca M, Serrat J, Llopart JR. Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farm Hosp* 2007; 31(12): 101-105.
  191. Bogner MR, Cary MS, Bruce ML, Reynolds CF, Mulsant B, Ten T *et al.* The Role of Medical Comorbidity on Outcomes of Major Depression in Primary Care: The Prospect Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(10): 861-868.
  192. Parkerson G, Bridges-Webb C, Gervás J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Froom J *et al.* Classification of severity of health problems in family/general practice: and international field trial. *Fam Pract* 1996; 13(3): 303-309.
  193. Alexopoulos G, Reynolds C, Bruce M, Katz I, Raue P, Mulsant B *et al.* Reducing Suicidal Ideation and Depression in Older Primary Care Patients: 24-Month Outcomes of the PROSPECT Study. *Am J Psychiatry* 2009; 166(8): 882-890.
  194. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1988.
  195. Coe R, Merino C. Magnitud del efecto: Una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología - PUCP* 2003; 21(1): 147-177.

- 
196. Frías MD, Pascual J, Carcía JF. Tamaño del efecto y significación estadística. *Psicothema* 2000; Vol. 12(Supl 2): 236-240.
  197. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989; 27(3): 178-189.
  198. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korll M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2006; 36(1): 7-14.
  199. Dawson MY, Michalak FE, Waraich P, Anderson IE, Lam RW. Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2004; 5: 19.
  200. Gilchrist G, Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? *BMC Fam Pract* 2007; 8: 28.
  201. van Geffen E, Gardarsdottir H, van Hulten R, van Dijk L, Egberts A, Heerdink ER. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? *Br J Gen Pract* 2009; 59(559): 81-88.
  202. Oller S, Lacasta D, Castro JI, García R, Flamarich D, Font T. ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepressivo. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39(5): 288-293.
  203. 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.
  204. 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.
  205. Tamburrino MB, Nagel RW, Chahal MK, Lynch DJ. Antidepressant Medication Adherence: A Study of Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009; 11(5): 205-211.

206. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del catsalut: Resultats globals 2009, Atenció primària. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Divisió d'atenció al ciutadà-CatSalut, unitat de qualitat.
207. Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG for the CONSORT Group. CONSORT statement: extention to cluster randomised trial. *BMJ* 2004; 238(7441): 702-708.

## **11. ANNEXOS**



### Components del Grup de Recerca en Salut Mental i Atenció Primària vinculats a aquest projecte:

- Enric Aragonès. Metge d'AP.
- Josep Lluís Piñol. Epidemiòleg.
- Josep Basora. Metge. Coordinador Unitat de Recerca.
- Antonio Labad Alquézar. Psiquiatre.
- Pilar Casaus Samatán. Psiquiatre.
- Antonia Caballero Alias. Metge d'AP.
- Waleska Badia Rafecas. Infermera.
- Josep M Hernández Anguera. Metge d'AP.
- Sílvia Folch Pujol. Metge d'AP.
- Núria Adell Aguiló. Infermera.
- Germán López Cortacans. Infermer.

Properament ens adreçarem a cada CAP per informar més explícitament i concretar la col·laboració que precisem.

Mentre tant, per qualsevol dubte o aclariment o si voleu col·laborar més activament en el projecte us podeu adreçar a Enric Aragonès Benaiges, metge del CAP de Constantí, correu-e: earagones@comt.es

### QUÈ NECESSITEM I QUÈ OFERIM?

- Necessitem la col·laboració dels metges de tots els CAPs de l'Àmbit d'AP. Només amb la participació activa dels metges d'AP, a qui els pacients atorguen la seva confiança, podem assolir una alta taxa de participació dels seus pacients depressius.
- Necessitem la col·laboració d'infermeres en els CAPs assignats al grup d'intervenció que rebran formació i s'implicaran en l'atenció a la depressió.
- Els metges dels CAPs assignats al grup d'intervenció rebran formació, materials i suport en l'atenció al pacient depressiu.
- Els metges dels CAPs assignats al grup control (trament habitual) atendran als seus pacients depressius segons el seu millor criteri i sense cap tipus de restricció.
- Participareu en un grup de recerca acreditat per la Gerència de l'Àmbit. El grup figurarà com a autor corporatiu en tota la producció científica (articles, congressos...) que es derivi del projecte. La participació com coautor (corporatiu) és un mèrit avaluable a efectes de carrera professional.
- Un cop finalitzada l'etapa d'avaluació de la intervenció s'oferirà la formació, els materials i les estratègies organitzatives als CAPs inicialment assignats al grup de control.

# INDI

INTERVENTIONS for DEPRESSION IMPROVEMENT



### ET CONVIDEM A FER L'INDI

Des del grup de recerca en Salut Mental i Atenció Primària de l'Àmbit Tarragona-Reus estem preparant un projecte de recerca per millorar el maneig de la depressió. Aquest fulletó és un avançament d'informació i demanda de col·laboració dels metges i infermeres dels CAPs de l'Àmbit.

# INDI

<b>PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE - PHQ-9</b>				
Durante las <b>últimas dos semanas</b> , ¿con que frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?				
	<b>Nunca</b>	<b>Unos cuantos días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Todos o casi todos los días</b>
<b>1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas.</b>	0	1	2	3
<b>2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza.</b>	0	1	2	3
<b>3. Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo o tener más sueño de la cuenta).</b>	0	1	2	3
<b>4. Sentirse cansado/a o con poca energía.</b>	0	1	2	3
<b>5. Tener poco apetito o comer demasiado.</b>	0	1	2	3
<b>6. Sentirse mal consigo mismo/a o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean.</b>	0	1	2	3
<b>7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo, para leer el periódico o ver la televisión.</b>	0	1	2	3
<b>8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo más de lo habitual.</b>	0	1	2	3
<b>9. En las últimas dos semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera.</b>	0	1	2	3
<b>Sume las columnas:</b>				
<b>10. Total:</b>	_____ <b>Puntos</b>			
<b>10'. Total síntomas:</b>	_____ <b>Síntomas</b>			
Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuánto han interferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades domésticas o con su relación con otras personas?	Nada Algo Mucho Extremadamente			

## INSTRUCCIONS DE PROCEDIMENT PER AL METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Tot el procés que inclou la detecció, el diagnòstic, la inclusió en l'estudi i l'avaluació inicial, encara que pot tenir lloc en una única visita, pot ser que tingui lloc al llarg de diverses visites (adaptant-se a les condicions assistencials de l'atenció primària), especialment en pacients amb història complexa, en pacients que manifesten solament símptomes físics i no manifesten explícitament malestar psicològic (somatitzadors) o en pacients reticents a acceptar el diagnòstic de depressió.

Davant un pacient amb símptomes de depressió, detectat per cribratge o per entrevista clínica, que es sospiti que pot tenir un episodi depressiu major (veure el capítol DETECCIÓ I DIAGNÒSTIC + AVALUACIÓ INICIAL del Manual) i que cregui que pot haver de rebre tractament amb antidepressius (veure el document EL PHQ-9 EN EL DIAGNÒSTIC I EL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ), EL METGE:

- Comprovarà que no hagi estat rebent tractament antidepressiu en els darrers tres mesos.
- Administrarà el qüestionari PHQ-9.
- Comprovarà que compleixi els criteris d'inclusió.
- Comprovarà que no hi hagi criteris d'exclusió.

Informarà el pacient sobre les característiques i requeriments de l'estudi i li sol·licitarà la participació. És important que el pacient sàpiga que en qualsevol cas rebrà el tractament per a la depressió que el seu metge consideri més adequat. Cal que sàpiga que rebrà les trucades telefòniques de seguiment de la depressió (quatre en total: basal –abans d'una setmana– i als 3, 6 i 12 mesos) i que es compromet a atendre-les.

Si el pacient accedeix a participar, ha de signar el full de consentiment informat.

El metge emplenarà el full d'inclusió i el remetrà de forma urgent a l'Equip Investigador (fax: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_)

El metge emplenarà els formularis corresponents a la valoració inicial (PRIME-MD, DUSOI), encara que no necessàriament en la mateixa visita en què faci la inclusió del pacient en l'estudi.

S'instaurarà el tractament oportú i s'establirà el pla terapèutic.





Avaluació d'un programa per a l'abordatge de la depressió en atenció primària.

## FULL D'INFORMACIÓ ALS PACIENTS I DOCUMENT D'AUTORITZACIÓ PER A LA RECOLLIDA I UTILITZACIÓ DE DADES

El seu metge el convida a participar en un programa d'investigació mèdica en el que es vol estudiar si determinats canvis en l'organització de l'atenció a la depressió donaran lloc a millors resultats en els pacients que la pateixen.

Aquest és un estudi que compleix tots els requisits ètics i està avalat per l'Institut Català de la Salut i per l'Institut de Salut Carlos III del Ministeri de Sanitat i Consum.

Si vostè participa en l'estudi rebrà el tractament per la depressió que el seu metge consideri més convenient per a vostè, sense cap restricció, i haurà d'acudir a la consulta del seu metge i/o infermera en un nombre variable d'ocasions, segons l'evolució de la seva depressió i segons el grup d'estudi on sigui ubicat.

L'equip investigador farà un seguiment de l'evolució de la seva depressió mitjançant entrevistes telefòniques, que tindran lloc a l'inici del programa i als tres, sis i dotze mesos.

La participació en l'estudi implica que vostè està d'acord a rebre i atendre aquestes trucades que, dins d'un marge, poden tenir lloc en el moment que a vostè li vagi millor.

La participació en l'estudi és voluntària i pot no participar o pot interrompre la seva participació en qualsevol moment.

Les seves dades personals i mèdiques seran incloses en una base de dades i analitzades estadísticament i tota la informació recollida tindrà un caràcter confidencial.

La participació en l'estudi no implica cap tipus de compensació econòmica ni per vostè ni pel seu metge.

Si te qualsevol dubte, no dubti a preguntar al seu metge.

\_\_\_\_\_

**Nom del pacient**                      **Data**                      **Signatura del pacient**

\_\_\_\_\_

**Nom de la persona que sol·licita l'autorització**                      **Data**                      **Signatura de la persona que sol·licita l'autorització**

## ANNEX 7. FULL DE MONITORATGE

NOM:		CIP:		HCAP:	
Data					
1. Desinterès					
2. Estat d'ànim					
3. Son					
4. Fatiga					
5. Ganalpes					
6. Baixa autoestima					
7. Concentració					
8. Activació/inhibició psicomotriu					
9. Ideació suïcida					
Puntuació PHQ-9					
nº símptomes PHQ-9					
Impacte funcional					
Impressió del pacient					
Tractament actual: medicació i dosi					
Adherència tractament					
Material educació sanitària					
Comentaris					

## CUESTIONARIO SF-12 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (Versió estàndard)

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2. **Esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora

- Sí, me limita mucho     Sí, me limita un poco     No, no me limita nada

3. Subir **varios** pisos por la escalera

- Sí, me limita mucho     Sí, me limita un poco     No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?  Sí     No

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?  Sí     No

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, **por algún problema emocional**?  Sí     No

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, **por algún problema emocional**?  Sí     No

**8.** Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada       Un poco       Regular       Bastante       Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

**9.** ... se sintió cansado y tranquilo?

- Siempre     Casi siempre     Muchas veces     Algunas veces     Sólo alguna vez     Nunca

**10.** ...tuvo mucha energía?

- Siempre     Casi siempre     Muchas veces     Algunas veces     Sólo alguna vez     Nunca

**11.** ...se sintió desanimado y triste?

- Siempre     Casi siempre     Muchas veces     Algunas veces     Sólo alguna vez     Nunca

**12.** Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre     Casi siempre     Algunas veces     Sólo alguna vez     Nunca

## **PRIME-MD**

### **CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:**  varón  mujer **EDAD:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** este cuestionario facilitará la comprensión de determinados problemas que usted puede que tenga. Es posible que sea necesario hacerle más preguntas sobre algunas cuestiones. Por favor, asegúrese de marcar una opción para cada una de las preguntas.

Durante el **último mes** ha sufrido **a menudo** de ...

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
<b>1.</b> Nervioso, ansioso o a punto de explotar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3.</b> Durante el <b>último mes</b> ha tenido un ataque de ansiedad (sentir de repente miedo o pánico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.</b> Preocupado por muchas cosas diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## **PRIME-MD** **PRIMARY CARE EVALUATION OF MENTAL DISORDERS**

(ADAPTADO PARA EL ESTUDIO **INDI**)

### **GUÍA DE EVALUACIÓN PARA EL MÉDICO**

1. Este cuestionario tiene como fin determinar la presencia de trastornos mentales comórbidos con el episodio depresivo mayor actual. Por tanto, hay que pasarlo solamente si se ha diagnosticado previamente un episodio depresivo mayor con el PHQ-9 (y el paciente va a entrar en el estudio INDI)
2. Las instrucciones para Vd. están impresas en azul. Las preguntas o afirmaciones que Vd. hace al paciente están en negro.
3. En cada módulo, siga secuencialmente pregunta a pregunta a menos que se le indique saltar a otra pregunta o abandonar el módulo. Recuerde: pase siempre a la pregunta siguiente a menos que las instrucciones le indiquen ir a otra parte.
4. Los diagnósticos están recuadrados e impresos en letra cursiva.

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

#### **INTRODUCCIÓN PARA EL PACIENTE**

Vamos a ver sus respuestas en el cuestionario. Le voy a hacer algunas preguntas que me ayudarán a comprender algunos de los síntomas que usted ha marcado. Iré tomando notas mientras hablamos.

COMIENZO DE LOS MÓDULOS DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN PARA EL MÉDICO (GEM)

Utilice los módulos en el orden en el que aparecen: Estado de Ánimo/Distimia, Ansiedad.

Utilice el módulo ESTADO DE ÁNIMO: DISTIMIA en todos los pacientes con diagnóstico de DEPRESIÓN MAYOR según el PHQ-9. Utilice el módulo de Ansiedad si hay alguna respuesta positiva a las preguntas 1, 2 o 3.

### **MÓDULO ESTADO DE ÁNIMO**

#### **DISTIMIA**

Durante los últimos **dos años** ¿se ha sentido a menudo decaído o deprimido o ha notado poco interés o placer en las cosas?

SÍ  NO

**Cuente como SÍ sólo si también contesta SÍ a:**

¿Le pasaba esto más de la mitad de los días durante los últimos dos años?

En los últimos dos años ¿esto le ha supuesto a menudo dificultades para hacer su trabajo, hacerse cargo de sus tareas domésticas o en el trato con la gente?

SÍ  NO

<b>MÓDULO DE ANSIEDAD</b>		
<b>PÁNICO</b>		
<b>Si en el Cuestionario para el Paciente el ítem 3 (crisis de ansiedad) está marcada como NO, vaya a la pregunta 18 de este módulo (ansiedad generalizada)</b>		
Usted indicó que había tenido una crisis de ansiedad durante este último mes. ¿Le había pasado esto alguna vez antes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Surge la crisis a veces de repente y sin razón?		
<b>Si no está claro:</b> ¿en situaciones donde no esperaba estar nervioso o incómodo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Le ha preocupado mucho la posibilidad de tener otra crisis o de que le pasara algo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>Cuente como SÍ si se le ocurrió alguna vez.</b>		
Piense en la última crisis realmente mala.		
<b>Vaya a la pregunta 17 en cuanto marque 4 síntomas que ocurrieron en la última crisis importante del paciente.</b>		
¿Le faltaba la respiración?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Le latía el corazón más aprisa, más fuerte o a saltos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sentía dolor en el pecho u opresión?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sudaba?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sentía como si se estuviese ahogando?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sentía sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tenía náuseas o el estómago revuelto o la sensación de que le iba a dar diarrea?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Se sentía mareado, inestable o desfallecido?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sentía hormigueo o adormecimiento en alguna parte del cuerpo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Temblaba o se estremecía?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Tenía miedo de estar muriéndose?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<b>¿Ha marcado 4 o más de las preguntas 6 a 16?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

### ANSIEDAD GENERALIZADA

¿Se ha sentido nervioso, ansioso o a punto de explotar la mitad de los días o más durante el último mes?  SÍ  NO

Durante el último mes, ¿ha sufrido a menudo alguno de estos problemas?

¿Estar tan inquieto que le resulta difícil mantenerse sentado?  SÍ  NO

¿Cansarse muy fácilmente?  SÍ  NO

¿Tensión muscular, dolores o dolorimiento?  SÍ  NO

¿Dificultades para dormirse o mantenerse dormido?  SÍ  NO

¿Dificultad para concentrarse en cosas como leer un libro o ver la televisión?  SÍ  NO

¿Irritarse o enfadarse fácilmente?  SÍ  NO

**¿Se han marcado 2 o más de las preguntas 19 a 24?**  SÍ  NO

En el último mes, ¿estos problemas le han supuesto dificultades para hacer su trabajo, sus tareas domésticas o para relacionarse con los demás?  SÍ  NO

En los últimos seis meses, ¿Se ha preocupado mucho por distintas cosas?

**Marcar SÍ sólo si contesta también SÍ a:** ¿Le ha ocurrido esto en más de la mitad de los días en los últimos seis meses?  SÍ  NO

Cuando se preocupa de esta forma ¿siente que no puede evitarlo?  SÍ  NO



## HOJA RESUMEN PRIME-MD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

HCAP: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### RESUMEN DIAGNÓSTICO

Marque todos los diagnósticos realizados. Los códigos CIE-10 aparecen entre paréntesis.

- No hay diagnósticos
- Distimia (F34.1)
- Trastorno de pánico (F41.0)
- Trastorno de ansiedad generalizada ((F41.1)
- Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)

## DUSOI

### FORMULARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD ORGÁNICA

Problemas de salud <sup>1</sup>	Síntomas <sup>2</sup>	Complicaciones <sup>3</sup>	Pronóstico <sup>4</sup>	Respuesta al tratamiento <sup>5</sup>	Σ	Gravedad <sup>6</sup>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

1- Problemas de salud: Registrar los principales problemas de salud orgánicos, excluir los problemas de salud mental

2- Síntomas (semana previa): ninguno=0; dudosos=1; ligeros=2; moderados=3; graves=4

3- Complicaciones (semana previa): ninguna=0; dudosas=1; ligeras=2; moderadas=3; graves=4.

4- Pronóstico (a seis meses, sin tratamiento): bueno=0; leve=1; moderado=2; grave=3; amenaza-vida=4.

5- Respuesta al tratamiento: Necesidad de tratamiento: no=0; dudoso=1; sí/respuesta esperada buena=2; sí/respuesta esperada dudosa=3; sí/respuesta esperada mala=4.

6- Gravedad para cada diagnóstico: (sumatorio valor variables) x 100/16

Gravedad global =  $Dx_1 + ((100-Dx_1)/100) \times [ \frac{1}{2} Dx_2 + \frac{1}{4} Dx_3 + \dots + (Dx_n/2^{n-1}) ] =$

## Publicacions

- **BMC Public Health 2007; 7: 253**

**Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement)**

Aragonès E<sup>a</sup>, Caballero A<sup>b</sup>, Piñol JL<sup>c</sup>, López-Cortacans G<sup>d</sup>, Badia W<sup>d</sup>, Hernández JM<sup>e</sup> *et al.*

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus,

<sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>ABS de Falset.

- **Perspect Psychiatr Care 2008; 44(4): 248-258**

**Improving the role of nursing in the treatment of depression in primary care in Spain**

Aragonès E<sup>a</sup>, López-Cortacans G<sup>b</sup>, Badia W<sup>b</sup>, Caballero A<sup>c</sup>, Hernández JM<sup>d</sup>, Labad A<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP de Salou, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>ABS de Falset, <sup>e</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

- **Atención Primaria 2011; 43(6): 312-318**

**Actitudes y opiniones de los médicos generales frente a la depresión: una aproximación con el Depression Attitudes Questionnaire (DAQ)**

Aragonès E<sup>a</sup>, Piñol JL<sup>b</sup>, López-Cortacans G<sup>c</sup>, Hernández JM<sup>d</sup>, Caballero A<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>c</sup>CAP de Salou,

<sup>d</sup>ABS de Falset, <sup>e</sup>CAP Reus-4.

- **Metas de Enfermería 2011; 14(4): 62-67**

**Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI**

Aragonès E<sup>a</sup>, López-Cortacans G<sup>b</sup>, Badia W<sup>b</sup>, Piñol JL<sup>c</sup>, Hernández JM<sup>d</sup>, Caballero A<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP de Salou, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus,

<sup>d</sup>ABS de Falset, <sup>e</sup>CAP Reus-4.

- **Metas de Enfermería 2012; 15(2): 28-32**

**Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar de la depresión que potencia el rol enfermero en Atención Primaria**

López-Cortacans G<sup>a</sup>, Badia W<sup>a</sup>, Caballero A<sup>b</sup>, Casaus P<sup>c</sup>, Piñol JL<sup>d</sup>, Aragonès E<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Salou, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, <sup>d</sup>Àmbit d'Atenció Primària

Tarragona-Reus, <sup>e</sup>CAP de Constantí.

- **Journal of Affective Disorders (enviat i acceptat per publicació)**

**Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project**

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>b</sup>, Antonia Caballero<sup>c</sup>, Germán López-Cortacans<sup>d</sup>, Pilar Casaus<sup>e</sup>,

Josep Maria Hernández<sup>f</sup> *et al.*

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, <sup>f</sup>ABS de Falset.

## Comunicacions

- **XXV Congreso Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.** Santiago de Compostela, del 23 al 26 de novembre de 2005.

**Evaluación de un programa optimizado para el abordaje de la depresión en atención primaria: ensayo controlado aleatorizado por conglomerados** [pòster].

Enric Aragonès Benaiges<sup>a</sup>, Antonia Caballero Alías<sup>b</sup>, Josep Lluís Piñol Moreso<sup>c</sup>, Pilar Casaus Samatán<sup>d</sup>, Antonio Labad Alquézar<sup>d</sup>, Carme Lucena Luque<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>d</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

- **Fourth Annual Meeting of Health Technology Assessment International (HTAi).** Barcelona, del 17 al 20 de juny de 2007.

**Study protocol. Assessment of a program for depression management in primary care: a cluster-randomized controlled trial. The INDI project. ISRCTN16384353** [pòster].

E Aragonès<sup>a</sup>, P Casaus<sup>b</sup>, JL Piñol<sup>c</sup>, A Caballero<sup>d</sup>, G López<sup>e</sup>, W Badia<sup>e</sup>, JM Hernández<sup>f</sup> and the INDI research group.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>d</sup>CAP Reus-4, <sup>e</sup>CAP de Salou, <sup>f</sup>ABS de Falset.

- **IMPHA-European Network for Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention.** Barcelona, del 13 al 15 de setembre de 2007.

**El rol de enfermería en el manejo de la depresión en atención primaria: el modelo INDI** [comunicació oral].

Germán López-Cortacans<sup>a</sup>, Enric Aragonès Benaiges<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Salou, <sup>b</sup>CAP de Constantí.

- **VI Jornades de l'IdIAP Jordi Gol i XI Memorial Jordi Gol.** Reus, 27 i 28 de febrer de 2008.

**Avaluació d'un programa per al maneig de la depressió en Atenció Primària: assaig controlat aleatoritzat per conglomerats** [pòster].

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>b</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>c</sup>, Germán López-Cortacans<sup>d</sup>, Waleska Badia<sup>d</sup>, Josep Maria Hernández<sup>e</sup>, Pilar Casaus<sup>f</sup>, Sílvia Folch<sup>a</sup>, Josep Basora<sup>c</sup>, Antonio Labad<sup>f</sup> i el grup de recerca INDI.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>ABS de Falset, <sup>f</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

- **I Foro Internacional metas de enfermería 2008.** Madrid, del 8 al 10 d'octubre de 2008.

**Abordaje de la depresión en atención primaria: nuevas perspectivas para la enfermería familiar y comunitaria (proyecto INDI)** [comunicació oral].

López-Cortacans G<sup>a</sup>, Aragonès E<sup>b</sup>, Caballero A<sup>c</sup>, Badia W<sup>a</sup>, Piñol JL<sup>d</sup>, Labad A<sup>e</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Salou, <sup>b</sup>CAP de Constantí, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>e</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

- **15th Wonca Europe Conference.** Suïssa, del 16 al 19 de setembre de 2009.

**Comorbidity of major depression with other common mental disorders in primary-care patients** [pòster].

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>b</sup>, Germán López-Cortacans<sup>c</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>CAP de Salou, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

- **XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería.** Alicante, de l'11 al 13 de novembre de 2009.

**Eficacia de un programa clínico que potencia el papel de enfermería en la atención a la depresión mayor (proyecto INDI)** [comunicació oral].

Germán López-Cortacans<sup>a</sup>, Enric Aragonès<sup>b</sup>, Walesca Badia<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>c</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>d</sup>, Pilar Casaus<sup>e</sup>, Josep Maria Hernández<sup>f</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Salou, <sup>b</sup>CAP de Constantí, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>e</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, <sup>f</sup>ABS de Falset.

- **XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.** Barcelona, 27 de novembre de 2009.

**El proyecto INDI (Interventions for depression improvement)** [comunicació oral].

Enric Aragonès<sup>a</sup> i Antonia Caballero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4.

- **I Congrés Català i IV Jornada Catalana d'Infermeria de Salut Mental.** Barcelona, 18 i 19 de febrer de 2010.

**El rol d'infermeria en l'abordatge multidisciplinar de la depressió en atenció primària (Projecte INDI)** [comunicació oral].

López-Cortacans, Germán<sup>a</sup>; Aragonès Benaiges, Enric<sup>b</sup>; Caballero Alias, Antonia<sup>c</sup>; Piñol Moreso, Josep Lluís<sup>d</sup>; Badia Rafecas, Walesca<sup>a</sup>; Basora Gallisà, Josep<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Salou, <sup>b</sup>CAP de Constantí, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

- **VII Jornades de l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.** Barcelona, 15 i 16 d'abril de 2010.

**Grup Salut Mental Tarragona** [pòster].

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>b</sup>, Antonia Caballero<sup>c</sup>, Germán López Cortacans<sup>d</sup>, Walesca Badia<sup>d</sup>, Josep Maria Hernández<sup>e</sup>, Silvia Folch<sup>a</sup>, Ferran Bejarano<sup>f</sup>, Anna Areste<sup>a</sup>, Josep Basora<sup>b</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>c</sup>CAP Reus-4, <sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>ABS de Falset, <sup>f</sup>Atenció Primària Tarragona-Reus.

- **31 Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.** Saragossa, del 8 al 10 de juny de 2011.

**Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la depresión en Atención Primaria. El proyecto INDI** [comunicació oral].

Aragonès E<sup>a</sup>, Caballero A<sup>b</sup>, Piñol JL<sup>c</sup>, López Cortacans G<sup>d</sup>, Badia W<sup>d</sup>, Hernández JM<sup>e</sup>, Casaus P<sup>f</sup>, Folch S<sup>a</sup>, Basora J<sup>c</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>CAP de Falset, <sup>f</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

**Beques i premis**

- **Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, España (Exp. PI060176) (2006).**

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>b</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>c</sup>, Germán López-Cortacans<sup>d</sup>, Josep Maria Hernández<sup>e</sup>, Pilar Casaus<sup>f</sup>, Walesca Badia<sup>d</sup>, Silvia Folch<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus, <sup>d</sup>CAP de Salou, <sup>e</sup>CAP de Falset, <sup>f</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

- **Ajuntament de Rubí (18è Premi Ferran Salsas i Roig-Salut Mental i Comunitat, 2006).**

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>b</sup>, Antonio Labad<sup>c</sup>, Pilar Casaus<sup>c</sup>, Antonia Caballero<sup>d</sup>, Walesca Badia<sup>e</sup>, Josep Maria Hernández<sup>f</sup>, Sílvia Folch<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus. <sup>c</sup>Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, <sup>d</sup>CAP Reus-4, <sup>e</sup>CAP de Salou, <sup>f</sup>CAP de Falset.

- **Fundació Jordi Gol i Gurina: Beca per a la capacitat en investigació i realització del doctorat a l'atenció primària (2006).**

Antonia Caballero Alias<sup>a</sup>.

<sup>a</sup>CAP Reus-4.

- **Fundació Jordi Gol i Gurina (10è Ajut a la Recerca en Atenció Primària, 2007).**

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>b</sup>, Germán López-Cortacans<sup>c</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>CAP de Salou, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

- **Primer premi B.Salut-Chiesi en Gestió Sanitària, primera edició (2011).**

Enric Aragonès<sup>a</sup>, Antonia Caballero<sup>b</sup>, Germán López-Cortacans<sup>c</sup>, Josep Lluís Piñol<sup>d</sup>.

<sup>a</sup>CAP de Constantí, <sup>b</sup>CAP Reus-4, <sup>c</sup>CAP de Salou, <sup>d</sup>Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

## **Grup de Recerca INDI. Àrea d'Atenció Primària Camp de Tarragona**

### **Equip investigador**

Enric Aragonès, Josep Lluís Piñol, Antonia Caballero, Germán López-Cortacans, Pilar Casaus, Sílvia Folch, Josep Maria Hernández, Waleska Badia.

### **Grup Clínic Associat**

#### **Centre d'Atenció Primària Reus 1:**

Metges: Joan Josep Cabré Vila , Joaquim García Rosselló, Cristina Jiménez Rodríguez i Dolors Montañés Boncompte.

#### **Centre d'Atenció Primària Reus 2:**

Metges: Joan Boj Casajuana, Anna Isach Subirana i Elisabet Tapia Barranco.

#### **Centre d'Atenció Primària Reus 3:**

Metges: Pilar Castro Guardiola, Meritxell Ricart Sancho i Ernesto Rivera Manrique.

#### **Centre d'Atenció Primària Reus 4:**

Metges: Carmina Poblet Calaf, Jordi Jové Balañà, Dolores Morán Martínez i Josep Vilalta Ollé.

Infermeres: Isabel Benet Marimon, Nieves Fernández Giner, Núria Martín Vergara, Isabel Palma Jiménez, Cristina Rey Reñones, Anna Ribes Alcover, Noelia Hernández Gauchia i Montse Olesti Baiges.

#### **Centre d'Atenció Primària Les Borges del Camp:**

Metges: Margarida Borràs Martorell i Josep Sabaté Mestre.

Infermeres: Josepa Ferrater Cubells, Carme González Pérez i Elena Subirats Sans.

#### **Centre d'Atenció Primària Mont-roig del Camp:**

Metges: Jordi Ferré Gras, Adriana Martínez Manero, Núria Mora Gilabert i Enric Sardaña.

Infermeres: Neus Boqué, Dolores Jovani Puig, Olga Vázquez Martínez, Rosa Vila Rodrigo i Mercé Portabales Clemente.

#### **Centre d'Atenció Primària Alt Camp Oest (Alcover):**

Metge: Pere Jiménez.

Infermera: Àngels Vázquez Senan.

#### **Centre d'Atenció Primària Cornudella:**

Metges: Núria Guinjoan Aymemi, Jacobo Katsenian i Mónica Vila Molet.

Infermeres: Montse Altimiras Badia, Alba Poca Pastor i Olga Vers López.

#### **Centre d'Atenció Primària Falset:**

Metges: Rosa García Àguila, Eva Pérez González, Ramón Rodríguez Pérez i Rosa Subirats Segarra.

Infermeres: Rosalia Bonfill Coll, Amparo Diego Ferrer, Victoria Gómez Villarejo, Teresa Lara Pedrosa i M. Lluïsa Pellejà Pellicer.

**Centre d'Atenció Primària Salou:**

Metges: Mercedes Castro García, Tirso Elviro Bodoy, Ferran Gallego de la Cruz i Rosario Pérez García.

**Centre d'Atenció Primària Bonavista (Tarragona):**

Metges: Dolors Borràs Vicente, Paloma Camós, Dolores Gil Sánchez, Montserrat Grivé Isern, Arantxa Jara Ruiz De Gaona i Núria Sarrà Manetas.

Infermeres: María Jesús Cerezal Fernández, María José Castelar Salinas, Montserrat Juncosa Cabré, Trinitat Martínez Pérez i Núria Tapias Albiac.

**Centre d'Atenció Primària La Granja-Torreforta (Tarragona):**

Metges: Cinta de Diego Cabanes, Begoña Fernández, Josep Ferré Rey, Cruz María Fuentes Bellido, Ana Martín Lorente, Albert Moreno Destruels, Eva Satué Gracia i Victor Silvestre Puerto.

**Centre d'Atenció Primària Constantí:**

Metges: Anna Areste Pitzalis, Rosa Maria Masdéu Montalà i Elisabet Vecino.

Infermeres: Ester Ferrer Sorribes, Paula Pérez-de-la-Raya Hermoso-de-Mendoza, Magda Pino Fortuny i Marta Rodrigo Gotor.

**Centre d'Atenció Primària El Morell:**

Metges: Gemma Cando Guasch, Anna Cañisa Roig, Dolors Coll Martínez-Carrasco i Eugènia Sopena Bert.

**Centre d'Atenció Primària Sant Salvador (Tarragona):**

Metge: Fernando Fernández.

**Centre d'Atenció Primària Sant Pere i Sant Pau (Tarragona):**

Metges: Dolors Garola Recasens i Susana Morillo Lafuente.

**Centre d'Atenció Primària Dr. Sarró (Valls):**

Metges: Mercè Álvarez Luy, Antoni Durán Gené, María del Mar Juárez Laíz, Sílvia Onrubia Castro, Josefina Pedro Brunet i Concepció Rambla Vidal.

Infermeres: Júlia Bonet Rafales, Olga Briones Carcedo, Àngels Homs Bofarull, Elisabeth Marcos Dalmau, Núria Raventós Mallafré, Maria Teresa Esteve Casas, Antonio López Barea, María Isabel Poyatos Garzón i Irene Serra Morlà.

**Centre d'Atenció Primària Alt Camp Est (Vila-rodona) :**

Metges: María Pilar Moreno Martínez, Alejandro Moreno Lagunas i María Luisa Villarroja Bullido.

**Centre d'Atenció Primària Montblanc:**

Metges: Olga Aran Aran, Laura Panadès Baldrich i Laura Ruiz De Porrás Rosselló.

**Centre d'Atenció Primària Jaume I (Tarragona):**

Metge: Manuel Pérez Bauer.

Infermeres: María Teresa Martínez Blesa, Rocío Solís Narváez i Francisca Vall-Llovera.