¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa

How to improve the management of depression?: a qualitative approach

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

avalia-t
Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa

How to improve the management of depression?: a qualitative approach

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. Yolanda Triñanes Pego, Antonio Rial Boubeta, María Álvarez Ariza, Elena de las Heras Liñero, Gerardo Atienza Merino, Marisa López-García— Santiago de Compostela : Consellería de Sanidad, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.

1 archivo pdf ; — (Informes, Estudios e Investigación)

NIPO: 680-14-146-7
Depósito Legal: C 1646-2014

1. Depresión. 2. Investigación cualitativa. 3. Grupos focales

Dirección de avalia-t: Marisa López-García.
Autoría: Yolanda Triñanes Pego, Antonio Rial Boubeta, María Álvarez Ariza, Elena de las Heras Liñero, Gerardo Atienza Merino, Marisa López-García.
Documentalista: Beatriz Casal Acción.
Revisión interna: Amparo González García, Arturo Louro González.

Agradecimientos: Los autores desean mostrar su agradecimiento al grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Manejo de la Depresión en el Adulto y a Raquel León Lamela por su colaboración en la captación de la muestra y por sus aportaciones a la síntesis cualitativa. También nos gustaría agradecer a todos los pacientes, familiares y profesionales que han participado en el estudio empírico.

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Fundación Profesor Novoa Santos, en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para citar este informe:
Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Álvarez Ariza M, de las Heras Liñero E, Atienza Merino G, López-García M. ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias.

Información dirigida a profesionales sanitarios.

Este informe ha sido sometido a revisión externa por D. Carlos Calderón Gómez. Centro de Salud de Alza. Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza.
La Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia agradece su colaboración desinteresada y los comentarios aportados.

Los revisores externos del documento no suscriben necesariamente todas y cada una de las conclusiones y recomendaciones finales, que son responsabilidad exclusiva de los autores.

Declaración de intereses: Los autores de este documento declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en su realización.

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Fecha de edición: septiembre 2014.

Edita: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidade.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

NIPO: 680-14-146-7
Depósito Legal: C 1646-2014
Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa

How to improve the management of depression?: a qualitative approach

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

avalia-t
Axencia de Avaliación de
Tecnoloxías Sanitarias de Galicia

Índice

Lista de abreviaturas 9

Lista de tablas 11

Lista de figuras 11

Resumen 13

Summary 15

1. Introducción 17

1.1. La depresión 17

1.2. La aproximación cualitativa en la mejora de la práctica clínica de la depresión 18

2. Objetivos 21

2.1. Objetivos generales 21

2.2. Objetivos específicos 21

3. Métodos 23

3.1. Revisión sistemática de estudios cualitativos 23

3.1.1. Búsquedas bibliográficas 23

3.1.2. Criterios de selección de los estudios 24

3.1.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos . . 24

3.1.4. Síntesis de los datos 25

3.2. Estudio cualitativo 26

3.2.1. Diseño 26

3.2.2. Participantes 26

3.2.3. Materiales 28

3.2.4. Procedimiento 28

3.2.5. Análisis y triangulación de datos 29

3.2.6. Aspectos éticos 29

4. Resultados 31
4.1. Revisión sistemática 31
4.1.1. La perspectiva de los pacientes y sus familiares 31
4.1.2. La visión de los profesionales 41
4.1.3. Resumen: principales hallazgos de la revisión sistemática. 49
4.2. Estudio empírico 50
4.2.1.La perspectiva de los pacientes y sus familiares. 50
4.2.2.La visión de los profesionales. 61

5. Discusión y conclusiones 71

6. Anexos 77
Anexo A. Estrategia de búsqueda bibliográfica 77
Anexo B. Criterios empleados para la valoración de la calidad de los estudios cualitativos 85
Anexo C. Guía de tópicos de los grupos focales con pacientes/familiares y profesionales 87
Anexo D. Tareas empleadas en los grupos focales de pacientes/familiares y profesionales. 93
Anexo E. Resultados de la búsqueda bibliográfica: número de estudios incluidos e excluidos y razones de la exclusión 97
Anexo F. Estudios excluidos 99
Anexo G. Tablas de evidencia: perspectiva de pacientes/familiares 101
Anexo H. Tablas de evidencia: visión de los profesionales 119

6. Bibliografía 129

Lista de abreviaturas

AP: atención primaria

CASPe: *Critical Appraisal Skills Programme*

CerQual: *Certainty of the Qualitative Evidence*

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESEMed: *European Study of Epidemiology of Mental Disorders*

FEAFES: Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental

GRADE: *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

GPC: Guía de Práctica Clínica

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*

SERGAS: Servizo Galego de Saúde

TEC: terapia electroconvulsiva

OMS: Organización Mundial de la Salud

Lista de tablas

Tabla 1: Composición de los grupos. 27
Tabla 2: Principales temas y sub-temas identificados en los estudios incluidos sobre la perspectiva de los pacientes/familiares. 31
Tabla 3: Principales temas y sub-temas identificados en los estudios incluidos sobre la visión de los profesionales. 42
Tabla 4: Aspectos positivos y negativos asociados a cada profesional y valoración global 59
Tabla 5: Principales aspectos positivos, negativos y relevantes del proceso asistencial a juicio de los profesionales. 68
Tabla 6: Principales implicaciones para la práctica clínica.. 74

Lista de figuras

Figura 1: Valoración general de los diferentes profesionales 58
Figura 2: Tarea de revisión del proceso realizada por pacientes y familiares 93
Figura 3: Tarea de valoración de los profesionales realizada por pacientes y familiares 94
Figura 4: Tarea de valoración del proceso realizada por los profesionales. 95
Figura 5: Resultados de la estrategia bibliográfica 1 (pacientes y familiares) 97
Figura 6: Resultados de la estrategia bibliográfica 2 (profesionales) 98

Resumen

Introducción: es de gran importancia conocer cómo los pacientes entienden la depresión y cómo valoran la atención recibida, ya que la percepción sobre el trastorno y sobre los servicios de salud influye en gran medida en su acceso y relación con el sistema sanitario. Además, el manejo clínico de la depresión está influenciado, entre otros factores, por las actitudes de los profesionales implicados. Es por ello de gran interés contar con esta información, así como conocer las barreras y facilitadores para la adopción de las recomendaciones basadas en la evidencia propuestas en las guías de práctica clínica (GPC). La aproximación cualitativa puede aportar información interesante sobre estos aspectos, teniendo en cuenta que hay factores que difícilmente pueden ser evaluados mediante investigación cuantitativa.

Objetivos: el objetivo general de este trabajo es conocer las perspectivas de los pacientes, familiares y profesionales sobre la depresión y su manejo clínico. De él se traducen, en términos de investigación, los siguientes objetivos específicos: analizar la vivencia de la depresión y el proceso asistencial desde el punto de vista del paciente y de sus familias, así como de los profesionales; conocer de primera mano las expectativas del paciente en los diferentes momentos del proceso e identificar tanto los puntos fuertes, como las principales áreas de mejora.

Métodos: con la intención de alcanzar una visión más completa de los objetivos planteados, se ha optado por emplear un enfoque metodológico mixto, combinando una revisión sistemática de la literatura con un estudio empírico de naturaleza cualitativa. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline (PubMed), Embase y Psycinfo (Ovid). Dos revisores independientes realizaron la selección de aquellos estudios cualitativos que se centraron en analizar las percepciones de pacientes, familiares y profesionales sobre la depresión y su manejo clínico. La evaluación de la calidad se realizó mediante el *checklist* de CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme*) y la propuesta de Goldsmith et al. (2007). La evidencia cualitativa se analizó y sintetizó mediante una síntesis temática de los datos. Para la realización del estudio empírico se optó por la técnica de grupos focales. Para la captación de los participantes se contó con la colaboración de profesionales del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) y de la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES). Las transcripciones se analizaron mediante el análisis del discurso libre y categorización de la información y se utilizó una doble estrategia de triangulación: de datos y de investigadores.

Resultados: la depresión es un trastorno complejo, al igual que su manejo clínico. Tanto la revisión sistemática de la literatura como el estudio empírico han puesto de manifiesto la importancia de tener en cuenta cómo el paciente conceptualiza la depresión, su impacto a nivel personal y familiar y el estigma asociado. De la misma manera, el papel que se otorga a los diferentes tratamientos es decisivo en su aceptabilidad, adherencia e incluso podría ser un factor fundamental a tener en cuenta al valorar su efectividad. Tanto los pacientes como los familiares plantean la existencia de cierta falta de información, que se convierte en una barrera importante en el diagnóstico y tratamiento. Por otra parte, a pesar de reconocer los avances experimentados en las últimas décadas en el tratamiento de los trastornos afectivos, los profesionales recalcan la necesidad de seguir desarrollando estrategias de mejora de la práctica clínica. Entre ellas destacan la potenciación del abordaje colaborativo y multidisciplinar, así como el manejo clínico de la depresión desde una perspectiva integral, sin perder de vista la dimensión social. Otras medidas a las que se alude son la formación y la elaboración e implementación de GPC adaptadas a las necesidades específicas de cada contexto sanitario.

Conclusiones: el manejo de la depresión es una labor compleja, que requiere la puesta en marcha de medidas de diferente naturaleza que permitan mejorar y optimizar la práctica clínica. Para ello es necesario seguir apostando por complementar la evidencia derivada de la investigación tradicional con trabajos de naturaleza cualitativa que permitan incorporar la perspectiva del paciente y su entorno familiar, así como la visión de los profesionales implicados. Conocer sus necesidades, motivaciones, actitudes y percepciones es actualmente tan importante como la búsqueda permanente de las intervenciones y tratamientos más efectivos. En este sentido, la incorporación de la evidencia cualitativa en las GPC resulta crucial.

Summary

Introduction: It is extremely important to understand how patients conceptualize depression and how they assess the care received, since their perception of both the disorder and health services influences their access to and interaction with the health-care system. Furthermore, clinical management of depression is, among other factors, influenced by the attitudes of the professionals involved. Therefore, it is of great interest to have this information and know about the barriers to and facilitators for adopting proposed evidence-based recommendations in clinical practice guidelines (CPGs). A qualitative approach can furnish evidence on these aspects, bearing in mind that there are factors which are difficult to assess by means of quantitative research.

Objectives: This study's overall aim was to explore the views held by patients, relatives and professionals about depression and its clinical management. The specific objectives were: firstly, to analyse the experience of depression and the health-care process from the point of view of patients, their families and professionals; and secondly, to assess -at first hand- patients' expectations at different points of the process, identifying both the strengths and the principal areas for improvement.

Methods: With the aim of achieving a more complete and comprehensive picture of the designated objectives, a mixed methodological approach were employed, by combining a systematic review of the literature with a qualitative study. To this end, a bibliographic search was conducted in the following databases: Medline (PubMed); Embase and PsycINFO (Ovid). Two independent reviewers selected those qualitative studies that focused on analysing patients', relatives' and professionals' perceptions of depression and its clinical management. While the CASPe checklist (Critical Appraisal Skills Programme Español) and method proposed by Goldsmith et al (2007) were used for quality assessment, thematic analysis of the data was used for analysing and summarising the qualitative evidence. To undertake the empirical study, we opted for the focus group technique. Participants were recruited with the collaboration of professionals drawn from the Galician Health Service (*Servizo Galego de Saúde-SERGAS*) and the Galician Federation of Associations of Relatives and Persons with Mental Disease (*Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia-FEAFES*). Transcripts were analysed by discourse analysis and categorisation of the information, with a double triangulation strategy being used for data and researchers.

Results: Depression is complex, not only as a disorder but also in terms of its clinical management. Both the systematic review of the literature and the empirical study highlighted the importance of taking account of how patients conceptualised depression, the disorder's impact at a personal and family level, and the related stigma. Similarly, the role given to the different treatments was decisive as regards their acceptability and adherence, and could even be a fundamental factor to be borne in mind when it comes to assessing their effectiveness. Patients and relatives alike reported the existence of a certain lack of information, which has become an important barrier in diagnosis and treatment. Furthermore, despite acknowledging the advances experienced in recent decades in the treatment of affective disorders, professionals stressed the need to continue developing strategies to improve clinical practice. Chief among such strategies were the boosting of the collaborative and multidisciplinary approach, and clinical management of depression from an holistic stance without losing sight of the social dimension. Other measures cited were training and the drawing-up and implementation of CPGs adapted to the specific needs of each health-care context.

Conclusions: Management of depression is a complex task that calls for the implementation of measures of a different nature, which enable clinical practice to be improved and optimised. To this end, it is necessary to continue to rely on complementing the evidence drawn from traditional research, with qualitative studies that allow for the incorporation of the views, not only of the patients and their family environment, but also of the professionals involved. The appraisal of the role of patients' needs, motivations, attitudes and perceptions is currently as important as the ongoing search for the most effective interventions and treatments. In this respect, the incorporation of qualitative evidence in CPGs is crucial.

1. Introducción

1. La depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 121 millones de personas en todo el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. También advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a su tendencia a la cronicidad y recurrencia, la depresión es actualmente una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad a nivel mundial (1, 2). En comparación con otras patologías crónicas importantes, como las cardiovasculares, artritis, asma o diabetes, la depresión tendría un mayor impacto en el estado de salud (3).

La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado aunque se estima que la prevalencia-vida se sitúa alrededor del 4-10% para la depresión mayor y entre el 2,5 y 5% en el caso de las distimias (4). Las diferencias en las estimaciones de la depresión pueden deberse a divergencias reales entre los países y a diferencias en el método de evaluación. Según el estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, con una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad (5).

Las personas con depresión presentan tasas elevadas de comorbilidad y mortalidad. La asociación entre depresión y enfermedades físicas, trastornos mentales, abuso de sustancias y conducta suicida es considerable. La relación entre estas patologías y la depresión es compleja, ya que ésta predispone a su padecimiento y, al mismo tiempo, la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión (2). No menos importante es el impacto funcional y su repercusión en la productividad, que podrían representar parte importante de los costes asociados a la depresión (6, 7), estimados en un 33% del presupuesto total destinado a Salud Mental, Neurología y Neurocirugía (118 billones de euros) y un 1% de la economía europea (7).

A pesar de todo lo anterior, el infradiagnóstico e infratratamiento continúa siendo un problema en el manejo de la depresión, tanto en España como a nivel internacional, por lo que es prioritario mejorar su abordaje y optimizar los servicios (4, 8-10). En España se ha estimado que el 28% de

los pacientes que padecen depresión mayor no son diagnosticados en atención primaria, aunque este porcentaje es inferior en las formas más graves de depresión (10). Además, el estudio ESEMeD-España puso de manifiesto que en una muestra de pacientes con depresión el 59% no acudió ni a atención primaria ni a especializada el año anterior, y de estos, el 76% no recibieron ningún tipo de tratamiento (8). Entre las principales barreras al tratamiento efectivo la OMS ha identificado, además del déficit de recursos, la falta de profesionales entrenados y el estigma asociado (1).

Pese a que el infradiagnóstico y infratratamiento son problemas importantes, el sobrediagnóstico y sobretratamiento de la depresión también se han apuntado como factores importantes a tener en cuenta en la mejora del manejo de esta patología (11, 12). A este respecto, se ha evidenciado un sobrediagnóstico del trastorno depresivo en atención primaria así como una elevada incidencia de derivaciones desde este nivel asistencial a las consultas de salud mental ante la presencia de malestar psíquico motivado por problemas cotidianos (12). En un estudio reciente se ha calculado que solo el 38% de los adultos con diagnóstico de depresión cumplían los criterios diagnósticos en el año previo y, a pesar de ello la mayoría tomaban antidepresivos (13). A este respecto, el coste de los cuidados asociados a la prescripción de antidepresivos a personas sin depresión en Canadá se ha estimado en 1250 euros por persona (14). Además del impacto económico, es necesario tener en cuenta el impacto médico (por ejemplo riesgo de iatrogenia), y el impacto psicológico y social que el sobrediagnóstico y tratamiento puede generar (12).

1.2. La aproximación cualitativa en la mejora de la práctica clínica de la depresión

Existe un creciente consenso sobre la necesidad de tener en cuenta las experiencias de los pacientes y la visión de los profesionales en la evaluación de tecnologías sanitarias y de modelos de prestación de servicios. Aunque existen diferentes formas de introducir estos aspectos, la integración de la evidencia cualitativa y cuantitativa, se ha propuesto como la estrategia más efectiva para mejorar el manejo clínico de patologías complejas y crónicas y es cada vez más común su planteamiento como una parte imprescindible en la mejora de la práctica clínica (15-17).

En el caso concreto de la depresión, existen diferentes estudios que han señalado la singularidad de este trastorno y aspectos importantes sobre cómo los pacientes entienden la depresión y cómo valoran la atención recibida, así como sobre las barreras y facilitadores para su adecuado manejo clínico (18). Contar con esta información es de gran importancia,

puesto que la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y los servicios de salud influye en gran medida en cómo acceden y se relacionan con el sistema sanitario (19, 20). Además, el manejo clínico de la depresión está influenciado, entre otros factores, por las actitudes de los profesionales implicados (21). Es por ello de gran interés tener en cuenta su percepción sobre esta patología y la atención que se está prestando a la misma, así como las barreras y facilitadores para la adopción de las recomendaciones basadas en la evidencia propuestas en las guías de práctica clínica (GPC).

La aproximación cualitativa puede aportar información interesante sobre estos aspectos, teniendo en cuenta que hay factores que difícilmente pueden ser evaluados mediante investigación cuantitativa. De hecho, cada vez existe una tendencia mayor a emplear métodos mixtos en los que la evidencia cualitativa y cuantitativa se utiliza conjuntamente para responder a una misma pregunta clínica o de investigación (22, 23).

A través del uso de técnicas cualitativas, el investigador es capaz de acercarse a las motivaciones, valores, actitudes, intereses, expectativas y experiencias de las personas, obteniendo información enormemente valiosa y de interés para la mejora de la práctica clínica y la gestión. Este tipo de estudios resulta de gran utilidad porque permiten disponer, en un intervalo de tiempo reducido, de explicaciones válidas y soluciones ad hoc a problemas concretos de una organización o servicio. Desde el punto de vista metodológico, las posibles carencias en la representatividad muestral son suplidas por el investigador gracias a una cuidada selección y captación de los participantes. Las posibles amenazas a la objetividad y fiabilidad de la información extraída son solventadas a través de diferentes estrategias: (1) la estandarización máxima del procedimiento (atenuando el posible efecto de variables extrañas), (2) una adecuada triangulación de resultados (al participar más de un investigador), (3) el registro objetivo de la información (grabación y transcripción del discurso) y, (4) la experiencia del investigador y su capacidad empática (tanto en lo referente a los participantes, como al problema de investigación planteado), así como su capacidad de análisis y de síntesis de la información extraída desde una perspectiva cualitativa (24).

Además, las revisiones sistemáticas de estudios cualitativos son consideradas actualmente una parte esencial de la evaluación de tecnologías sanitarias. Uno de los beneficios más importantes de la síntesis de estudios cualitativos es que mientras que los resultados de un solo estudio cualitativo pueden ser difíciles de generalizar, la síntesis de todos los estudios relevantes de un área puede identificar los temas comunes así como las divergencias entre los estudios (22).

Sin embargo, unido a las ventajas de la incorporación de las evidencias cualitativas y cuantitativas destaca la complejidad que ello acarrea. Debido a que los métodos de investigación cualitativos constituyen un paradigma de investigación diferente, con procedimientos de indagación, análisis y evaluación específicos, su incorporación a los procedimientos habitualmente utilizados en la evaluación de tecnologías sanitarias, se encuentra aún en desarrollo (22, 25). Específicamente en relación a la síntesis de la evidencia cualitativa, actualmente existen diversidad de propuestas que difieren fundamentalmente en cuestiones epistemológicas, metodológicas y prácticas (23, 26, 27). En este sentido los métodos para su correcto abordaje han crecido paralelamente junto al interés de su aplicación en el ámbito de la salud y a diferentes críticas sobre su integración con los estudios cuantitativos (28, 29).

En el año 2008 se publicó dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad la primera versión de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. El tiempo transcurrido y la magnitud del problema, que sigue vigente y con perspectivas de empeoramiento, así como el aumento de publicaciones científicas y la demanda generada desde los diferentes ámbitos implicados en su abordaje, ha hecho pertinente llevar a cabo su actualización.

Con la intención de incorporar a la actualización de la GPC sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto el punto de vista del paciente y de sus familias se ha llevado a cabo una revisión sistemática y un estudio cualitativo, mediante la realización de grupos focales. El objetivo no es otro que el de captar de primera mano el sentir de pacientes y familiares con relación a la experiencia que para ellos supone la depresión, así como las expectativas y valoraciones respecto al proceso asistencial. En otras palabras, la utilización de una aproximación cualitativa nos ha de permitir, por un lado comprender mejor el significado de la depresión y, por otro lado, identificar algunas de las claves para mejorar la atención prestada. Además, con el objetivo de implicar a los principales agentes en este fenómeno, se ha intentado incluir la perspectiva de los profesionales mediante la revisión sistemática de la literatura y la realización de un estudio cualitativo.

La disponibilidad de información a este nivel resulta decisiva, no sólo para alcanzar una mejor comprensión de la depresión desde un punto de vista clínico y humano, sino también para la revisión y mejora de las Guías de Práctica Clínica y, en consecuencia de la atención que se proporciona a los pacientes.

En este informe se detallan la metodología y los principales resultados obtenidos empleando esta perspectiva.

2. Objetivos

2.1. Objetivos generales

El objetivo general de este trabajo es conocer las perspectivas de los pacientes, familiares y profesionales sobre la depresión y su manejo clínico.

2.2. Objetivos específicos

Los objetivos generales se traducen, en términos de investigación, en cinco objetivos específicos:

1. Analizar la vivencia de la depresión desde el punto de vista del paciente y de sus familias, así como de los profesionales.
2. Analizar y revisar el proceso depresivo y, paralelamente, el proceso asistencial, identificando y caracterizando los posibles momentos o subprocesos "clave".
3. Conocer de primera mano las expectativas del paciente en los diferentes momentos del proceso, así como su grado de cumplimiento (¿a qué le da realmente importancia el paciente? ¿qué espera y que obtiene?).
4. Conocer la valoración general del proceso asistencial, e identificar tanto los puntos fuertes, como de las principales áreas de mejora.

3. Métodos

Con la intención de alcanzar una visión más completa de los objetivos planteados, desde el punto de vista metodológico se ha optado por emplear un enfoque mixto, combinando una revisión sistemática de la literatura, con un nuevo estudio empírico de naturaleza cualitativa.

La revisión sistemática habría de permitirnos disponer de una base de conocimiento amplia (específica y debidamente actualizada) de los trabajos de naturaleza cualitativa llevados a cabo en este ámbito. Por su parte, la realización de un nuevo estudio cualitativo (mediante la técnica de grupos focales), nos daría la oportunidad de conocer de primera mano el sentir y las opiniones tanto de pacientes y familiares, como de los propios profesionales. La integración de ambas estrategias habrá de traducirse no sólo en una mejor comprensión del fenómeno de la depresión, sino también en recomendaciones concretas para la mejora de la práctica clínica.

El enfoque adoptado en el presente trabajo no hace más que reforzar la necesidad permanente de situar al paciente y a su entorno en el centro de la atención sanitaria, constituyendo el eje fundamental sobre el que debe pivotar la calidad asistencial y la mejora continua.

3.1. Revisión sistemática de estudios cualitativos

3.1.1. Búsquedas bibliográficas

Para intentar dar una respuesta a los objetivos de esta revisión sistemática, se llevaron a cabo dos búsquedas en las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline (PubMed), Embase y Psycinfo (Ovid).

La búsqueda de estudios cualitativos sobre la perspectiva de pacientes con depresión y sus familiares se centró en la bibliografía publicada desde enero del 2009 hasta junio de 2013, actualizando de esta manera la realizada para la GPC de Depresión del Adulto del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (4). Con respecto a la búsqueda de estudios sobre la visión de los profesionales se realizó sin límite temporal hasta junio de 2013. Ambas búsquedas se actualizaron en febrero de 2014.

La estrategia de búsqueda se desarrolló a partir de la propuesta realizada por el NICE (4) e incluyó un filtro de investigación cualitativa y los

términos específicos en cada caso (en el anexo A figuran las estrategias de búsqueda empleadas).

Tras la lectura del título y los resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda, se procedió a la selección de los estudios incluidos y posteriormente a la revisión manual de lo bibliografía referida en los mismos. Además para complementar estas dos estrategias se contactó con un experto en el área.

3.1.2. Criterios de selección de los estudios

Dos autores revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes resultantes de la búsqueda. Posteriormente se revisaron los textos completos de los artículos seleccionados. Los desacuerdos se discutieron entre ambos autores y en caso discrepancias se incorporó la visión de un tercer autor.

Se incluyeron estudios cuyo objetivo principal fue analizar las perspectivas y visiones hacia la depresión (episodio depresivo según CIE-10 o depresión mayor según DSM) y/o su manejo clínico de pacientes, familiares y profesionales.

Las perspectivas/visiones se definieron como actitudes, opiniones, creencias, sentimientos o experiencias relacionadas con el tema de interés.

En el caso de la revisión de pacientes se ha intentado hacer una selección más exhaustiva, mientras que en el caso de la evidencia derivada de profesionales se han incluido estudios que han abordado aspectos centrales relacionados con el manejo de la depresión. Aunque no existen recomendaciones claras a este respecto, se ha propuesto que realizar una selección que permita incluir una cantidad manejable de estudios facilita la identificación de los conceptos de interés (30-32).

3.1.3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos

La evaluación de la calidad se realizó mediante el checklist de CASPe *(Critical Appraisal Skills Programme)* para estudios cualitativos (33) y, siguiendo la propuesta de Goldsmith et al. (2007) (34), se evalúo la consistencia y la aplicabilidad de los resultados, clasificando los estudios como Q++ (cumplimiento de todos o la mayoría de los criterios metodológicos), Q+ (algunos criterios metodológicos) y Q- (pocos o ningún criterio metodológico) (ver anexo B). La propuesta de Goldsmith et al. (34) comparte ciertos aspec-

tos con la herramienta actualmente en desarrollo CerQual *(Certainty of the Qualitative Evidence)*, metodología de evaluación de la evidencia cualitativa más cercana a GRADE (30), aunque además de la calidad y la consistencia de los datos evalúa su aplicabilidad o relevancia.

Aunque no se contempla en la propuesta de Golsmith et al. (34), las revisiones sistemáticas de calidad se clasificaron como Q++.

A la hora de analizar la contribución de cada estudio a la revisión se tuvo en cuenta su calidad metodológica, de manera que los estudios de peor calidad contribuyeron en menor medida en la síntesis de los resultados (30).

3.1.4. Síntesis de los datos

La evidencia cualitativa se analizó y sintetizó mediante la síntesis temática de los datos, recomendada por el *Cochrane Qualitative Review Methods Group* como el método más apropiado cuando la finalidad de la revisión es mayoritariamente descriptiva frente a otros métodos de síntesis con mayor componente teórico o conceptual (35). El análisis temático comparte ciertas características con la metaetnografía y la *Grounded Theory* o Teoría Fundamentada y ha sido aplicada en diferentes revisiones sistemáticas sobre la promoción de la salud y percepción de pacientes en diferentes patologías (22).

La síntesis temática identifica los temas recurrentes en la literatura primaria y realiza un análisis de los mismos para establecer las conclusiones. Su objetivo principal es el desarrollo de temas y explicaciones relevantes y, específicamente, abordar aspectos como las necesidades, preferencias y aceptabilidad de las intervenciones (31, 35). Sus etapas son (22, 31):

- Codificación libre de los hallazgos de los estudios primarios.
- Organización de los datos en temas descriptivos.
- Generación de temas analíticos, en los que a través de los temas descriptivos se produce una nueva interpretación teniendo en cuenta todos los estudios.

Dos revisores trabajaron en la síntesis, crearon los códigos, buscaron las similitudes y diferencias entre códigos e ilustraron cada tema (31).

Las principales características y resultados de los estudios se resumen en tablas de evidencia.

3.2. Estudio cualitativo

3.2.1. Diseño

Para la realización del estudio cualitativo se optó por la utilización de la técnica de grupos focales, en la medida en que favorecen la interacción entre las personas y permiten capturar la diversidad de perspectivas u opiniones existentes. Resulta además una metodología recomendable a la hora de abordar problemas complejos o cuando pueden existir diferencias relevantes entre pacientes y profesionales (36, 37).

Dada la naturaleza de los objetivos planteados, se establecieron tres segmentos diferenciados: 1) pacientes, 2) familiares y 3) profesionales, intentando con ello disponer de tres visiones a priori parcialmente diferentes (aunque complementarias) del fenómeno objeto de estudio. Debido al mayor interés que suscitaba el primero de ellos, se realizaron dos grupos focales, mientras que con los otros dos se realizó únicamente uno.

3.2.2. Participantes

Para la captación de los participantes se emplearon tres estrategias complementarias: 1) por un lado, la colaboración del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (38) y del Servizo Galego de Saúde (SERGAS); y, 2) por otro lado, la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES).

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo intencional, con el objetivo de disponer, en la medida de lo posible, de perspectivas y experiencias suficientemente heterogéneas y "representativas" de la realidad objeto de estudio. No obstante, debe tenerse en cuenta que el objetivo de este tipo de estudios es el de comprender los problemas abordados en su contexto real, a partir de las vivencias y manifestaciones de sus propios protagonistas, más que alcanzar una descripción extensiva y representativa de los mismos.

Sin duda, un análisis más profundo y un mayor grado de generalización de los resultados podrían alcanzarse si se realizase un mayor número de grupos focales, de diferentes comunidades autónomas y sistemas de salud o, incluso, de diferentes estratos socioeconómicos. Aunque somos conscientes de las limitaciones a este nivel, es preciso subrayar el carácter exploratorio del presente trabajo.

Dado que cada grupo estuvo formado por 8 personas, en total en la fase cualitativa participaron 32 sujetos, 16 pacientes, 8 familiares y 8 profesionales. En el caso de los pacientes se trataba en todos los casos de personas con diagnóstico de episodio depresivo. De ellos 7 eran hombres y 9 mujeres, con edades comprendidas entre los 26 y 65 años (media= 41,2 años; DT=14,14).

En el caso de los familiares, el grupo estuvo compuesto por personas allegadas (familiares o cuidadores informales) que asumen la responsabilidad del cuidado del paciente depresivo o lo acompañan a lo largo del proceso depresivo, y que se identificaron como tales. En el grupo de familiares participaron 3 hombres y 5 mujeres, con un rango de edad de entre 30 y 60 años (media 45,6 años; DT=11,25).

El grupo de profesionales, por su parte, tuvo un carácter multidisciplinar, dado el interés de poder contar con diversas perspectivas. Estuvo formado por 2 médicos de familia, 2 psiquiatras, 2 psicólogos clínicos, 1 enfermera de salud mental y 1 trabajador social. Participaron 2 hombres y 6 mujeres, con edades comprendidas entre los 30 y 55 años (media 44,2 años; DT=10,58).

En la tabla 1 se resume la composición de cada grupo, así como los criterios de inclusión y exclusión utilizados en cada caso.

Tabla 1: Composición de los grupos

Grupo	Composición	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes 1	Con diagnóstico de episodio depresivo en remisión.	Atendidos en la unidad de salud mental, no pertenecientes a asociaciones de pacientes.	Se excluyeron menores de 18 años, con déficit cognitivo y participantes en los que el profesional responsable consideró inoportuna su participación debido a su fase del proceso o al potencial efecto negativo de su implicación en las sesiones. También se excluyeron pacientes o familiares con algún cargo en la asociación de pacientes implicada. Integrantes del grupo elaborador de la actualización de la GPC.
Pacientes 2	Con diagnóstico de episodio depresivo asociado a otros trastornos mentales, abuso de sustancias o enfermedad física.	Pacientes atendidos en atención primaria y/o unidad de salud mental, pertenecientes a una asociación de pacientes.	
Familiares	Familiares y allegados de pacientes con diagnóstico de episodio depresivo.	Familiares de pacientes pertenecientes a una asociación de pacientes.	
Profesionales	Profesionales con experiencia y labor asistencial en el campo de la depresión en el Servizo Galego de Saúde.	Implicación en el manejo clínico de pacientes con depresión o situaciones de interés para el objetivo del estudio.	

Como se puede ver en la tabla anterior, en el caso de los pacientes, se distinguieron dos perfiles "a priori" diferentes. En el Grupo 1 se incluyeron sujetos con diagnóstico de episodio depresivo en remisión, atendidos en unidades de salud mental. La razón de utilizar la remisión como criterio de inclusión fue que, tal y como advierten diferentes estudios, es necesario haber experimentado cierto grado de mejoría para entender y valorar realmente el proceso (4).

Por su parte en el Grupo 2, debido a la importancia de la comorbilidad y los problemas sociales frecuentemente asociados a la depresión (39), se incluyeron sujetos con diagnóstico de episodio depresivo asociado a otros trastornos mentales, abuso de sustancias, enfermedad física o problemas sociales, atendidos en atención primaria y/o en una unidad de salud mental y pertenecientes a una asociación de pacientes (FEAFES).

3.2.3. Materiales

Para hacer posible la posterior transcripción y análisis de la información, las sesiones fueron grabadas en audio, con la debida aprobación de los asistentes, garantizando la confidencialidad de la información.

Como apoyo al discurso se utilizaron diferentes materiales (cartulinas, fichas…) con los que se pretendió alcanzar una mayor implicación de los participantes y, al mismo tiempo, un mayor dinamismo de las sesiones. Se utilizó también una pizarra en la que en diferentes momentos el moderador realizó una puesta en común de las opiniones mostradas, recogiendo así las ideas más relevantes y fomentando la discusión y posterior consenso.

3.2.4. Procedimiento

La dinámica grupal fue planteada en estructura de embudo, partiendo de los temas más globales, para ir profundizando paulatinamente en los aspectos más específicos o complejos.

En cada sesión se siguió una guía de tópicos y se establecieron grandes bloques. Entre los bloques se intercalaron tareas de "lápiz y papel" que permitieron un análisis más sistemático del proceso asistencial y la valoración de los profesionales implicados.

Al comienzo de cada sesión el moderador realizaba una breve presentación en la que además de exponer los objetivos de la reunión y el procedimiento a seguir, se intentaba crear un ambiente distendido y participativo,

intentando atenuar las posibles diferencias socioeconómicas y culturales y haciendo énfasis en qué todas las opiniones y experiencias resultaban igualmente válidas.

Para finalizar, se reservó un espacio de tiempo para que cada participante pudiese añadir alguna consideración de interés y que no hubiese sido planteada con anterioridad. La duración de cada sesión fue de aproximadamente 2 horas.

En los anexos C y D se detallan la guía de tópicos y las tareas empleadas.

3.2.5. Análisis y triangulación de datos

Para intentar dotar de la mayor objetividad posible a los resultados alcanzados se utilizó una doble estrategia de triangulación: de datos y de investigadores. Por un lado, junto al análisis del discurso libre y la categorización de la información, se incluyeron (como ya se ha mencionado) tareas individuales de "lápiz y papel" de naturaleza cuantitativa, que sirviesen como complemento de la información verbal y atenuasen posibles sesgos en el uso desigual de los turnos de palabra, así como posibles efectos de polarización, deseabilidad social y/o de liderazgo. Por otro lado, las sesiones fueron moderadas por dos investigadores, quienes transcribieron y categorizaron la información de forma independiente, dotando así de validez concurrente a las conclusiones establecidas.

Los resultados se acompañan con verbatims ilustrativos, como es habitual en los estudios cualitativos. Para garantizar la confidencialidad todos los verbatims se anonimizaron, aunque se realizó una identificación de los mismos de cara a garantizar lo que se ha denominado "complicidad interpretativa".

3.2.6. Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC). Los pacientes y profesionales recibieron información sobre la finalidad y metodología del estudio. Una vez garantizada la confidencialidad y anonimidad de los datos recogidos, se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

El equipo investigador fue el responsable de la custodia de las grabaciones y de los documentos de consentimiento informado. El manejo de datos de carácter personal se realizó conforme a la Ley 15/1999 de datos de carácter personal y al reglamento que la desarrolla.

4. Resultados

4.1. Revisión sistemática

4.1.1. La perspectiva de los pacientes y sus familiares

Como punto de partida se seleccionó la revisión sistemática sobre las experiencias de pacientes y sus familiares incluida en la guía de depresión del NICE (4). Se incluyó evidencia posterior derivada de 3 revisiones sistemáticas así como 22 estudios cualitativos que analizaron diferentes aspectos sobre la percepción de la depresión y sus tratamientos. El proceso de selección de estudios y las razones de exclusión se muestran en los anexos E y F. Las tablas de evidencia figuran en el anexo G.

Las percepciones y experiencias de los pacientes y familiares se han agrupado en 8 temas principales: 1) conceptualización; 2) evolución; 3) experiencia con los servicios sanitarios; 4) relación con los profesionales; 5) tratamiento; 6) estigma y culpa y 7) factores sociales y culturales y 8) familia.

En la tabla 2 se muestran los estudios que han contribuido a cada tema y sub-temas asociados.

Tabla 2: Principales temas y sub-temas identificados en los estudios incluidos sobre la perspectiva de los pacientes/familiares

Temas principales	Sub-temas	Estudios (referencia)	Calidad metodológica
Conceptualización	La depresión como parte de la vida	(4, 19)	Q++
	Los síntomas abarcan todas las esferas	(4, 19, 39-42)	Q++, Q+
	Causas: confluencia de factores	(4, 18, 19, 43-45)	Q++, Q+
	Repercusiones actuales y futuras	(19)	Q++
	Estrecha relación con la conducta suicida	(19, 39, 46)	Q++, Q+
Evolución	Naturaleza cíclica o proceso puntual	(19, 47, 48)	Q++, Q+
	El camino hacia la recuperación	(4)	Q++

Temas principales	Sub-temas	Estudios (referencia)	Calidad metodológica
Experiencia con los servicios sanitarios	Interacción con el sistema	(20, 48, 49)	Q+
	Barreras percibidas	(4, 36, 45, 48, 50)	Q++, Q+
Relación con los profesionales	El médico de primaria	(4, 18, 36, 51, 52)	Q++, Q+
	Salud mental	(18)	Q++
Tratamiento	La psicoterapia como parte de la solución	(4, 18, 19, 53)	Q++, Q+
	La importancia del tratamiento farmacológico	(4, 19, 47, 51, 54, 55)	Q++, Q+
	Terapia electroconvulsiva	(56, 57)	Q++, Q+
Estigma y culpa	Estigma percibido y sentimiento de culpa asociado a la vivencia de depresión	(4, 19, 50)	Q++, Q+
	Consecuencias del estigma	(19)	Q++
Factores sociales y culturales	Lo cultural como factor causal	(43, 44)	Q+
	Diferencias según el género	(43, 44, 49, 58)	Q+
La familia	El papel de la familia desde la perspectiva del paciente	(41, 47, 50, 59)	Q+
	La perspectiva del familiar o allegado	(41)	Q+

Conceptualización: síntomas, causas y repercusiones de la depresión

La depresión como parte de la vida

Muchos de los pacientes describen la depresión como un problema de manejo personal más que como un conjunto de síntomas (4) y entienden el proceso como una parte de su vida más que como una enfermedad (19).

> *"Nunca se me habría ocurrido que estaba deprimido, simplemente pensaba que era una persona despreciable"* (19).

Los síntomas abarcan todas las esferas

Las dificultades descritas por los pacientes abarcan los aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales, somáticos y conductuales, incluyendo la conducta suicida, problemas en la vida diaria y dificultades en los ámbitos social y laboral (39). Además de la tristeza, los pacientes describen sentimientos

de miedo, enfado, desesperanza y culpa (19). El cansancio y la fatiga son aspectos clave en su día a día (40, 41), así como los problemas en las relaciones personales y el sentimiento de aislamiento social (42).

> *"La ansiedad, el enfado y la confusión y frustración para mi están asociados con la depresión. No solo la tristeza…"* (19).

> *"Yo simplemente no podía estar con nadie, no podía interactuar socialmente ni tener una conversación…"* (42).

Una de las formas más frecuentes de describir la depresión y los sentimientos asociados es a través de metáforas: "tener los nervios a flor de piel", sentirse "sin salida", "como un volcán", "partido en dos" o "prisionero de sí mismo" (4).

Causas: confluencia de factores

La mayoría de los pacientes entiende que el estar deprimido es la respuesta a un proceso complejo en el que influyen multitud de factores (19, 44), entre los que destacan los sucesos vitales estresantes y en general no se identifican con el modelo biológico de la depresión (19). En concreto, los pacientes atribuyen sus sentimientos a la existencia de problemas familiares o laborales (4, 18, 43), enfermedades crónicas (4, 19, 45), traumas de la infancia, dificultades económicas y racismo (4).

> *"No estaba seguro de que tuviese depresión…En realidad tenía una situación complicada en el trabajo y al principio pensé que podía tener neumonía"* (44).

> *"Cuando falleció mi hermana, me quedó un poco de vacío…Sin embargo, unido a esto, en el trabajo hemos entrado en un expediente de regulación de empleo y eso ha sido la gota que colmó el vaso…"* (18).

Repercusiones actuales y futuras

Estar deprimido tiene muchas consecuencias negativas en el día a día y en las perspectivas futuras, sobre todo en el ámbito profesional, social, familiar y en la salud física. Predominan los sentimientos de pérdida de control y de incomodidad con uno mismo (19).

Estrecha relación con la conducta suicida

En general los pacientes señalan una estrecha relación entre la depresión y la conducta suicida (19, 39, 46). Consideran la ideación suicida un síntoma de depresión, mientras que el suicidio se entiende como una consecuencia

y una respuesta comprensible ante el sufrimiento. La conducta suicida también puede entenderse como un medio para obtener ayuda o como mecanismo de control (19).

> *"Al principio, es posible que no sepas lo que está pasando … si la cosa se pone peor y no te ayudan, las personas finalmente se hacen daño a sí mismas con las drogas o se pueden quitar la vida"* (19).

Los factores protectores de la conducta suicida más importantes para los pacientes son: la conexión y responsabilidad con la familia, la relación con los profesionales sanitarios y las creencias religiosas o morales. Por otro lado, consideran que aumenta el riesgo de suicidio el verlo como una forma de escape, el aislamiento social y el abuso de alcohol y otras drogas (46).

Evolución de la depresión y recuperación

Naturaleza cíclica o proceso puntual

La depresión suele vivirse como un proceso circular y de naturaleza cíclica en el que algunos factores son a la vez causa y consecuencia (19, 47). En este proceso se produce aislamiento social y una mayor vulnerabilidad, y esto a la vez predispone a futuros episodios depresivos (19). Pero en otras ocasiones se percibe como un episodio puntual y se ha planteado que en estos casos se solicita ayuda en menor medida que en aquellos en los que se entiende la depresión como algo cíclico y, por lo tanto, crónico (48).

> *"La ansiedad causa depresión y la depresión causa desprecio por uno mismo"* (19).
>
> *"Esto es solo una mala racha que pasaré"* (48).

El camino hacia la recuperación

Algunos de los aspectos que los pacientes más gravemente deprimidos han relacionado con la recuperación son la sinceridad con uno mismo y los demás, la responsabilidad y entender lo que les sucede. La mayoría de las personas necesitan haber vivido el proceso de recuperación para poder contar su propia historia y es muy importante comprender que estar bien no significa lo mismo para todas las personas. La mayoría de los pacientes valoran positivamente hablar con los profesionales de forma abierta en este proceso, ya que es una forma de profundizar en los sentimientos (4).

Experiencias con los servicios sanitarios

Interacción con el sistema

La iniciativa de los pacientes con depresión para pedir ayuda puede ser en gran parte explicada por las actitudes y creencias personales (20). En general, los pacientes que demandan ayuda y tratamiento, entienden mejor los síntomas depresivos y la función y finalidad del tratamiento, así como las consecuencias de no tratarse. De forma contraria, aquellos pacientes que no solicitan ayuda, tienden a pensar que el tratamiento no es efectivo y piensan que atraviesan un estado pasajero. La percepción de los pacientes sobre su enfermedad también influye en cómo se relacionan con los servicios sanitarios en relación a la misma (48, 49).

> *"Cuando tienes la sensación de que no hay nada que puedas hacer para cambiar o de que no sabes si hay algo bueno que puedas hacer, si te sientes así, entonces ¿para qué hablarlo con nadie, si en realidad no pueden hacer nada para que cambies?"* (49).

Barreras percibidas

Se identificaron las siguientes barreras para el diagnóstico y tratamiento:

- Barreras organizativas: dificultades en el acceso a los servicios sanitarios y tratamiento (4, 36), cambio de profesionales a lo largo del proceso, complejidad de los servicios sanitarios (36).

- Barreras relacionadas con los profesionales: falta de competencia y habilidades sociales (4, 36), falta de sensibilidad (4), incongruencia entre la información que se aporta y las preferencias de los pacientes (4), bajo nivel de confianza médico-paciente (36). En el caso de la depresión asociada a enfermedades crónicas se percibe como una barrera que los profesionales la entiendan como "lo esperable en su situación" (45).

- Barreras relacionadas con los pacientes: falta de motivación (4), negación del problema y diagnóstico (4), percepciones negativas hacia el tratamiento, factores culturales y socioeconómicos, desconocimiento de las causas y curso de la depresión (48, 50), estigma asociado a la depresión y sentimientos de culpabilidad (4, 48, 50).

Relación con los profesionales

El médico de primaria

En cuanto a la percepción que los pacientes tienen de los profesionales según el nivel asistencial, indican que en general la experiencia con los profesionales de atención primaria es positiva (51), aunque algunos pacientes expresaron dudas acerca de la capacidad del médico de primaria para evaluar su salud mental (36) y plantearon problemas como la falta de tiempo y que se centran más en aspectos somáticos que en los relacionados con la salud mental (4). También destacan su propia falta de habilidades a la hora de comunicar sus síntomas a su médico de familia (4) y que algunas características personales del paciente pueden facilitar o entorpecer el diagnóstico (52).

En un estudio realizado en España en el ámbito de atención primaria se destaca la accesibilidad física y humana de los profesionales, la cercanía en el trato, y el conocimiento continuado ante diferentes problemas de salud (18).

Salud mental

Los pacientes tratados en salud mental valoran principalmente el mayor conocimiento de estos especialistas, y por lo tanto, las mayores posibilidades de buscar una solución del problema. La actividad de los psiquiatras se vincula en general a la prescripción de fármacos, lo cual con frecuencia se considera insuficiente, e incluso en ocasiones, es motivo de cierto temor (18).

> *"Yo me encontraba muy mal, muy mal, y fui al médico de cabecera que me conocía y en cuanto me vio me dijo: inmediatamente al psiquiatra, hoy te doy la baja y mañana al psiquiatra"* (18).

Tratamiento

La psicoterapia como parte de la solución

En un estudio incluido en la guía del NICE (4) se encontró que menos de la mitad de las personas diagnosticadas con depresión recibieron información acerca de intervenciones psicoterapéuticas y solo una minoría recordaba haber podido elegir entre diferentes alternativas (53). En general, la psicoterapia se considera un aspecto clave en el tratamiento y las personas con problemas más graves y complejos son las que perciben su necesidad a más largo plazo (4). Por otra parte, en otro estudio realizado en España, la

falta de la psicoterapia es un problema en la atención a la depresión tanto en atención primaria como en especializada, y el tratamiento combinado (psicoterapéutico/farmacológico) es uno de las opciones mejor valoradas (18).

Uno de los aspectos más valorados de la psicoterapia es el hecho de poder hablar de los problemas, aunque también existen pacientes que dicen preferir no hablar (19).

> *"Cuando hablo de mis problemas pienso sobre ellos y me siento mal. Así que no sé si realmente es mejor hablar de ellos con el psicólogo porque esto te hace recordar todos tus problemas"* (19).

La importancia del tratamiento farmacológico

La mayoría de los pacientes tienen confianza en el tratamiento farmacológico y lo perciben como algo positivo (19, 51). Algunos de los de los aspectos negativos descritos por pacientes que han tenido una experiencia previa con el tratamiento farmacológico son las dudas acerca de la eficacia, la aparición de efectos secundarios y los síntomas de retirada (51).

> *"Para mí es bastante simple: si una persona con problemas de corazón toma medicamentos para el corazón, si hay un problema en el cerebro que provoca que tenga muy poca serotonina, entonces tendré que tomar fluoxetina"(51).*

Es frecuente que el tratamiento farmacológico dé lugar a sentimientos ambivalentes: por un lado los pacientes experimentan alivio al tomar el tratamiento, aunque por otro sienten cierta pérdida de control, así como miedo y sentimiento de falta de responsabilidad con su día a día. Normalmente cuando se resuelve esta ambigüedad las personas aceptan mejor el tratamiento (4).

> *"Solo me dieron un fármaco y me dijeron que todo iría bien, sentí que la prescripción había sido precipitada…"* (4).

Debido al estigma percibido, existe una tendencia a ocultar el tratamiento farmacológico (4, 47). Además, tomar antidepresivos se asocia con sentimientos de culpa y decepción con uno mismo (4).

> *"Sí que creo que el estigma es una cuestión importante, es la razón por la que yo he evitado tomar antidepresivos durante unos 15 años, cuando yo muy posiblemente debería haberlos tomado"* (47).

Los efectos secundarios son importantes en la experiencia de algunos pacientes y algunos de ellos tienen un gran impacto en el funcionamiento y en la vida cotidiana (4, 47, 54). Algunos de los que se asocian con más frecuencia a los ISRS son: reducción y/o ausencia de emociones, aislamiento

emocional, déficit en el autocuidado, efectos negativos en el funcionamiento diario y cambios en la personalidad (4, 54).

> *"Para mí los antidepresivos son como un anestésico mental, y en cuanto los tomas, dejas de tener sentimientos y emociones"* (47).

Las variables que se han asociado con la adherencia al tratamiento son la satisfacción con el médico al inicio del tratamiento y seguimiento, actitud positiva, alto nivel de información sobre el tratamiento y la importancia de la adherencia para evitar las recaídas (51). Debido a que perciben la depresión como algo cíclico, el proceso de suspender e iniciar la medicación, guiado por los profesionales, permite al paciente llevar a cabo un automanejo de la enfermedad (47).

> *"Yo había utilizado la paroxetina antes, hace varios años. Y me hizo sentir mejor. Esta vez me encontraba fatal otra vez, así que fui al médico. Dijo que como mi experiencia con este medicamento fue buena y funcionó muy bien, me lo iba a dar de nuevo esta vez"* (51).

La información que se aporta a los pacientes sobre los tratamientos es un aspecto clave (51) e Internet se percibe como un importante recurso de información adicional sobre el tratamiento farmacológico (55).

Terapia electroconvulsiva

A pesar de la imagen pública negativa que rodea a la terapia electroconvulsiva (TEC), existe evidencia de una actitud favorable en los pacientes que la han recibido, aunque una minoría es extremadamente crítica y tiene actitudes negativas (56).

Entre los beneficios señalados por pacientes y sus familiares destacan la disminución de la sintomatología depresiva y de la ideación suicida; entre los aspectos negativos la mayoría de los pacientes destacaron la pérdida de memoria y las consecuencias funcionales de esta pérdida (incapacidad para independizarse, buscar un trabajo…) (57).

Aproximadamente la mitad de los pacientes que reciben TEC sienten miedo y ansiedad, la mayor parte de las preocupaciones tienen que ver con los posibles daños cerebrales que pueda causar y efectos secundarios como la pérdida de memoria. Otras situaciones que generan estrés son el tiempo de espera, la anestesia y el momento de despertar después de la anestesia. Sobre los efectos secundarios el más frecuente es la pérdida de memoria, aunque se señalan otros como dolores musculares, confusión, cefalea, náuseas y vómitos (56).

Algunos puntos que deben mejorarse son la información sobre el procedimiento y los efectos secundarios (56, 57).

> *"Los médicos dicen a sus pacientes que tendrán alguna pérdida de memoria a largo plazo, pero esto no es del todo cierto...Yo he perdido gran parte de mi memoria…"* (57).

Estigma y culpa

Estigma percibido y sentimiento de culpa asociado a la vivencia de depresión

Los sentimientos de estigma y culpa están muy asociados a su vivencia como personas deprimidas (4, 19, 50). Los pacientes temen la reacción de los demás y perciben un mal planteamiento de su malestar en la sociedad y en los medios de comunicación, favoreciendo la idea de que los pacientes tienen la culpa de lo que les pasa y de sus sentimientos cuando no hay una causa externa clara.

Consecuencias del estigma

Además el estigma en sí mismo tiene consecuencias en las relaciones familiares y sociales (19, 42), así como problemas con el empleo (19).

> *"Cuando tienes una operación tienes amigos con los que contar. El año pasado tuve un accidente y recibí 45 tarjetas, pero como tengas depresión nadie se acuerda de ti"* (19).

Factores sociales y culturales

Lo cultural como factor causal

Existen diferentes factores sociales y culturales que influyen en la percepción que tienen los pacientes deprimidos de su trastorno e incluso en ocasiones son identificados como factores causales (43, 44).

Diferencias según el género

De entre estos factores, el género es un aspecto clave, ya que existen diferencias en cómo los hombres y las mujeres entienden su depresión, las causas que se le atribuyen y en cómo se contextualiza (44). Los hombres perciben conflicto entre su rol social y los síntomas de depresión. Hablan de

procesos de socialización en los que se enfatiza el parecer fuertes, no llorar y no demostrar sentimientos, mientras que la depresión implicaría gran carga emocional, debilidad, déficits y vulnerabilidad. Destacan tres aspectos clave en las diferencias entre hombres y mujeres: la tendencia a "aparentar estar bien a toda costa", la tendencia de los hombres a encubrir los sentimientos depresivos con sustancias u otras actividades, especialmente el trabajo, y el rechazo de la posibilidad de estar deprimidos, en cuanto que esta situación compromete aspectos centrales de su identidad (49).

Ellos perciben múltiples interferencias entre el rol masculino y la vivencia de la depresión, la expresión emocional y de síntomas, búsqueda de ayuda y experiencia (49). El cuadro depresivo en los hombres, al igual que en las mujeres, tiene un gran impacto en el funcionamiento familiar y de pareja (58).

> *"Los hombres tendemos a hablar de cosas cuando hay un objetivo claro, no sólo por compartir experiencias. Creo que tendemos a tener un vocabulario más limitado cuando se trata de describir nuestras emociones" (49).*

En cuanto a las mujeres, en un único estudio realizado en Taiwán, donde posiblemente el rol de la mujer no sea comparable a nuestro entorno, las pacientes atribuyeron su depresión al rol de la mujer en la sociedad y al aislamiento social (43).

La familia

Papel de la familia desde la perspectiva del paciente

El papel de la familia y allegados es crucial para los pacientes con depresión, ya que aporta apoyo emocional y social, acompañamiento y ayuda en el proceso, además de que ser conocedora del contexto y la historia personal (59). Pero en ocasiones los pacientes perciben que la familia puede actuar como una barrera para el tratamiento y comunicar sus sentimientos y síntomas en el ámbito familiar puede resultar difícil, lo que podría tener un impacto negativo en el manejo de la depresión (50). Además algunos pacientes muestran su preocupación por la reacción de la familia y allegados con respecto a la prescripción de tratamiento (47).

> *"A veces uno quiere llorar y como que no puede, porque le da pena que los niños le vean llorando a uno, o al esposo"* (50).
>
> *"Entonces mi familia me dijo que dejara de tomar los antidepresivos, no estaban contentos con que los tomara"* (47).

Por otro lado, el que una persona esté deprimida tiene un gran impacto en su familia y para los pacientes es una situación difícil que provoca desesperanza e insatisfacción. En muchas ocasiones se genera un ambiente familiar tenso y una importante disminución del bienestar familiar (60).

Perspectivas de los familiares y allegados

En un estudio llevado a cabo con 7 familias en las que un adulto tenía depresión, se puso de manifiesto cómo tal diagnóstico genera muchas dificultades en la organización del día a día y toda la familia se ve afectada por cierta inactividad e incapacidad para planificarse (41).

> *"Sí, esto se parece mucho a lo que mamá decía cuando se encontraba mal, yo siento como que no tengo fuerzas para hacer nada"* (41).

Los familiares perciben un exceso de emocionalidad y esto produce, según ellos, un ambiente tenso e inestabilidad. Los niños, son conscientes de la situación y se ven afectados emocionalmente.

> *"¿Mamá va a estar de mal humor o triste hoy o va a estar contenta y animada? Se nota enseguida. Basta con sólo mirarla, y ya sabes qué día va a tener…"* (41).

Desde el punto de vista de los familiares el tener una persona deprimida en la familia genera cierta exclusión social y una disminución de las actividades sociales tanto en los adultos como en los niños.

> *"…Nosotros ahora no tenemos amigos, así que no hay mucha gente a la que ver"* (41).

Cada familia tiene que desarrollar sus propios mecanismos de afrontamiento. Algunas actividades como salir juntos o quedar con los amigos son beneficiosas y pueden mejorar el ambiente familiar (41).

4.1.2. La visión de los profesionales

Tras la selección inicial y la revisión en detalle de los estudios seleccionados, se incluyeron finalmente una revisión sistemática y 13 estudios primarios. El proceso de selección de artículos y las causas de exclusión figuran en los anexos E y F. Las tablas de evidencia de los estudios incluidos figuran en el anexo H.

La mayor parte de los estudios se centraron en atención primaria o incluyeron muestras mayoritariamente de este ámbito. Las percepciones de los profesionales se han agrupado en 6 temas principales: 1) conceptualización;

2) actitudes generales; 3) detección y diagnóstico; 4) estrategias terapéuticas; 5) relación entre primaria y especializada y 6) el papel de las GPC.

En la tabla 3 se muestran los estudios que han contribuido a cada tema y los subtemas asociados.

Tabla 3: Principales temas y sub-temas identificados en los estudios incluidos sobre la visión de los profesionales

Temas principales	Sub-temas	Estudios (referencia)	Calidad metodológica
Conceptualización	Respuesta a eventos estresantes vs modelo biomédico	(21, 61, 62)	Q++, Q+
	Estigma y culpa como barrera	(21, 63)	Q++, Q+
	Repercusión social	(63)	Q+
Actitudes generales	Complejidad del trastorno	(21, 62-64)	Q++, Q+
	Principales preocupaciones	(62, 63, 65)	Q++, Q+
	Necesidad de abordaje individualizado e integral	(21, 66)	Q++, Q+
	Terreno problemático	(62, 63)	Q++, Q+
Detección y diagnóstico	Entidad de límites difusos	(21, 62, 67)	Q++
	Preocupaciones en torno al diagnóstico	(21)	Q++
	Los cuestionarios como interferencia	(21, 62, 68, 69)	Q++, Q+
Estrategias terapéuticas	Escucha activa y empatía	(21, 66)	Q++, Q+
	Importancia de la psicoterapia y principales barreras	(21, 62, 66, 68)	Q++, Q+
	Beneficios de los antidepresivos	(21, 68, 70)	Q++, Q+
Relación entre primaria y especializada	Percepción de la colaboración entre niveles asistenciales	(21, 64, 67, 68)	Q++, Q+
	Factores que influyen en la derivación	(62, 71)	Q++, Q+
El papel de las GPC	Las barreras para su adopción	(72-74)	Q+
	Los facilitadores	(66, 73, 75)	Q+

Conceptualización

Respuesta a eventos estresantes vs modelo biomédico

Los profesionales entienden la depresión como una respuesta normal a eventos estresantes o siguiendo el modelo biomédico, aunque es frecuente que se atribuya a diferentes causas que actúan de forma compleja (21, 61). Algunos de los factores más citados que pueden contribuir al desarrollo de la depresión son el aislamiento y la falta de apoyo social, problemas familiares, dificultades económicas y la presencia de enfermedad física. En un estudio realizado en España se destacan la problemática laboral, el bajo nivel socioeconómico y la condición de inmigrante como factores clave (62). Los clínicos que mantienen este punto de vista podrían encontrar difícil distinguir la depresión de la respuesta normal a estas situaciones y muestran su preocupación por la "medicalización de problemas sociales"(21).

> *"Sí, yo trabajo en un centro de salud, probablemente la zona más deprimida y allí hay mucha inmigración… Entonces…la problemática de falta de adaptación al medio, de añoranza de su país, económica, social, se nota. Son gente que consulta por este tipo de problemas depresivos, ansiosos, de forma bastante frecuente, ¿no?"* (62).

Alternativamente, otros profesionales entienden la depresión como una patología con entidad propia, diferente de los problemas de la vida. Esta visión se asocia en mayor medida a la idea de la efectividad de las medidas preventivas y de la eficacia de los diferentes tratamientos de la depresión y, por ello, estos profesionales enfatizan la necesidad de trasmitir a los pacientes que la depresión está provocada por anomalías bioquímicas y que existen diferentes tratamientos que pueden mejorarlas (21).

> *"Si la depresión se conceptualiza como una respuesta normal a ciertas circunstancias de la vida, en la que la existencia de problemas existenciales es el principal componente, entonces las cuestiones sobre el adecuado diagnóstico y tratamiento podrían ser difíciles de abordar, al igual que la enfermedad en sí"* (21).

Estigma y culpa como barrera

Los sentimientos de estigma y culpa son considerados un factor importante a tener en cuenta en el abordaje de la depresión (21, 63). Los clínicos plantean que el temor que tienen algunos pacientes a ser juzgados por su entorno más directo por tener depresión puede ser una de las barreras más importantes al tratamiento (21).

Repercusión social

Para los profesionales además es imprescindible tener en cuenta la repercusión social de la depresión, sobre todo cuando se cronifica (63).

Actitudes generales hacia el manejo clínico de la depresión

Complejidad del trastorno

Algunos profesionales presentan actitudes negativas hacia el manejo clínico de la depresión y son pesimistas en cuanto a su evolución y a la efectividad de los diferentes tratamientos (21, 63). Otros tienen actitudes positivas, aunque incluso en este caso es común que se considere una patología compleja y que requiere formación específica (21, 62, 64).

Principales preocupaciones

Tanto los médicos de primaria como los psiquiatras plantean la existencia de una menor tolerancia a lo adverso, y una mayor medicalización del malestar (62). La tendencia a la recurrencia y a la cronicidad, la resistencia al tratamiento y la asociación con la conducta suicida están entre las preocupaciones más importantes para los clínicos (63), al igual que su frecuente asociación a otras patologías comórbidas (65).

> *"Es necesario un planteamiento del manejo de la depresión en el que se tenga en cuenta la tendencia a la cronicidad de esta patología. Así, uno espera que la evolución sea lenta, con subidas y bajadas, pero que es lo normal. Cuando uno constantemente se preocupa porque todo vaya bien en medio año o en asignar un número fijo de citas, todo se vuelve más complicado"* (63).

> *"Cada vez veo más cosas de estrés del trabajo, de problemas con el jefe y de mil historias, que dices ¿qué hago yo aquí?, en realidad un psiquiatra viendo esta clase de problemas o de sufrimientos o de y ¿esto es enfermedad verdaderamente?* (62).

Necesidad de abordaje individualizado e integral

El manejo individualizado de la depresión es la opción mejor valorada entre los clínicos (21) y normalmente se considera que su abordaje requiere el empleo de diferentes intervenciones: medicación, psicoterapia y otras intervenciones psicosociales (66).

Terreno problemático

La atención a la depresión se percibe como un terreno problemático y se plantea una correspondencia no lineal entre la depresión como entidad diagnóstica y su expresión en el paciente real (62). Algunos de los problemas generales percibidos del manejo clínico de la depresión son la ausencia de un plan de tratamiento estructurado y su cumplimiento, que a veces se relaciona con la falta de recursos y de apoyo organizativo (63). Además de la falta de recursos, el incremento de la demanda asistencial, la escasez de tiempo y la inadecuada calidad asistencial también se perciben como importantes problemas (62).

> *"Porque la empresa lo que quiere de nosotros es que veamos a muchos pacientes, que los diagnostiquemos y que les demos el alta…Nosotros tenemos un funcionamiento que es el contrario. Detenernos con los pacientes, estar tiempo con ellos"* (62).

Detección y diagnóstico

Entidad de límites difusos

La depresión es percibida como una entidad de límites poco definidos que engloba múltiples diagnósticos: distimia, trastornos adaptativos, depresiones graves, problemas sociales, o mayor o menor intolerancia al sufrimiento (67). En general se plantea cierta tendencia a la psiquiatrización de los problemas cotidianos (21, 62, 67) con un exceso de medicalización de situaciones que deberían resolverse por otras vías (67).

> *"En lo que yo veo de forma general son trastornos adaptativos, aunque hay otros cuadros más de depresiones más profundas que cursan y se presentan de otra manera, ¿no?... Todavía me sorprende la gran incapacidad que hay de sufrir, entonces a cualquier síntoma ante el que uno tenga un sufrimiento automáticamente es como si tuviera necesidad de que eso no es normal, no es humano y tiene que ir a que alguien se lo recomponga, ¿no?* (67).

Preocupaciones en torno al diagnóstico

La detección y diagnóstico de la depresión es un tema que genera preocupación entre los clínicos. Algunos profesionales pueden ser reacios al diagnóstico si sienten que "no hay nada que ofrecer al paciente" y piensan que algunos pacientes pueden sentir que se está "medicalizando su problema" mientras que otros pueden verlo como una salida a su situación o una forma de evitar el trabajo. Sin embargo en general se reconoce que el adecuado

diagnóstico es la única vía para establecer un plan de tratamiento y seguimiento (21).

Las características de los profesionales influyen en cómo se enfrentan al diagnóstico y así, los profesionales entrenados y los que se sienten más confianza en relación al diagnóstico, podrían hacerlo de manera más correcta (21).

Los cuestionarios como interferencia

Algunos médicos de atención primaria plantean serias dudas en relación con la validez y utilidad del diagnóstico de depresión según los criterios diagnósticos establecidos (68). En cuanto al empleo de cuestionarios de evaluación de la depresión resulta muy irregular (21, 62), algunos clínicos plantean que en todo caso deben ser un apoyo al juicio clínico (21). Entre los argumentos en contra, destacan que el paciente siempre debe ser valorado en un contexto más amplio y que su uso en la consulta puede interferir en la misma. También destacan la falta de concordancia entre los resultados de los test auto y heteroaplicados y que no recogen todos los aspectos importantes de la depresión (21). Entre alguno de los aspectos positivos, algunos clínicos destacan que el uso de cuestionarios puede ser útil para integrar una pregunta sobre ideación o conducta suicida (69).

> *"En salud mental, en estas patologías…Son más específicas que otras… el modo en que afecta en sus vidas, depende de los antecedentes, y puede depender de la historia familiar, y de otros muchos factores. Pienso que intentar mecanizar la evaluación es imposible"* (69).

Estrategias terapéuticas

Escucha activa y empatía

La escucha activa y empática se considera de vital importancia en el manejo de la depresión (21, 66). Por un lado es beneficiosa para el paciente y por el otro permite al clínico entender al paciente y favorece la mejora de la relación médico-paciente (21). Uno de los problemas más importantes a la hora de ponerla en práctica es la falta de tiempo (21, 66).

> *"Para mí lo más importante es que la persona sienta que la están escuchando. Yo pienso esto porque la gente me lo dice. `Tú realmente me escuchas´, y yo siento que la gente de verdad quiere eso. Lo malo es que tienes que ver a un montón de pacientes y no tienes tiempo, pero pienso que hay que hacerlo" (66).*

Importancia de la psicoterapia y principales barreras

Las actitudes hacia la psicoterapia son en general positivas, aunque se pone de manifiesto una falta de acceso o disponibilidad (21, 62). También se señala como algo prioritario la formación específica en el ámbito de la psicoterapia (62).

> *"Yo, a mí sí me parece que tengo una carencia de formación en lo no farmacológico. Osea, en el acercamiento hacia la depresión no con fármacos"* (62).

Los profesionales señalan la importancia del *counselling y la psicoeducación*, tanto cuando se prescribe tratamiento farmacológico como cuando no se hace (66), aunque la falta de tiempo puede ser una barrera para llevarlos a cabo (68).

Beneficios de los antidepresivos

Una de las opciones más empleadas en atención primaria es el tratamiento con fármacos antidepresivos. Aunque en general los profesionales están de acuerdo sobre su efectividad y seguridad, no siempre se siguen las recomendaciones de las GPC en relación a su prescripción (21, 70). Algunos de los factores que intervienen en la elección del antidepresivo son las actitudes personales hacia los diferentes antidepresivos, el grado de gravedad de la depresión o la experiencia clínica (21) aunque también se enumeran otros como el conocimiento del paciente y los factores contextuales (70). En general se destacan los beneficios de los nuevos antidepresivos frente a los de primera generación (21, 70), aunque los profesionales con mayor experiencia podrían prescribir en mayor medida antidepresivos tricíclicos (21). En cuanto al posible sobretratamiento de la depresión en atención primaria, los profesionales centran el problema principalmente en las dificultades en el diagnóstico (70).

> *"Los antidepresivos son útiles y cambian la vida de los pacientes completamente…Son seguros y causan poca dependencia, los pacientes pueden trabajar y conducir…"* (70).

Entre algunas de las barreras al manejo de la depresión en atención primaria, destacan las dificultades por parte de los pacientes de aceptar el diagnóstico y el tratamiento con antidepresivos (68).

Relación entre atención primaria y especializada

Percepción de la colaboración entre niveles asistenciales

En general los profesionales de primaria están satisfechos con la atención especializada aunque el acceso a la misma puede percibirse como deficitario en algunos casos (21, 67). Algunos profesionales plantean que se percibe una idea errónea de que la relación entre primaria y especializada debe mejorarse (64, 68), aunque otros no tienen una expectativa clara hacia los servicios especializados (21). En un estudio realizado en España se puso de manifiesto una carencia en la colaboración entre niveles asistenciales, atribuidos a la falta de apoyo por parte del sistema y a la forma de evaluar el trabajo (67).

Factores que influyen en la derivación

En cuanto a los factores que influyen en la decisión de derivación a atención especializada, se han planteado los siguientes: percepción de la gravedad del cuadro, confianza del clínico en el manejo de la depresión, percepción del clínico sobre la complejidad del diagnóstico, preferencias y recursos de los pacientes y las condiciones en la consulta (sobre todo limitación en cuanto al tiempo y opciones de tratamiento) (71). La derivación al psiquiatra también depende de la evolución de la depresión, la relación con el paciente y la valoración que el médico de familia tenga del psiquiatra y de su propia función (62).

> *"Tengo tiempo para prescribir un antidepresivo. No tengo tiempo para hacer counselling"* (71).
>
> *"Depende…si tú ves que hay datos de gravedad o no sé…O yo qué sé, que sospechas que se puede suicidar o así, entonces lo derivas"* (62).

El papel de las guías de práctica clínica de depresión

Las barreras

Se han identificado diferentes aspectos de la percepción de las guías de práctica clínica de depresión y las estrategias de implementación que pueden actuar como barrera, entre las que destacan la visión de que las guías ejercen un control sobre la actuación de los profesionales y promueven su falta de autonomía, la creencia de que las guías se promueven con un fin económico y las críticas sobre la medicina basada en la evidencia (72). Otros aspectos que se han identificado que pueden actuar como barrera son el

desconocimiento sobre las guías, el acceso deficitario a las mismas y la falta de recursos para poner en marcha las recomendaciones (73).

> *"Veo difícil cualquier intento por estandarizar las consultas con los pacientes…"* (72).

En un estudio realizado en España, entre los inconvenientes de las guías destacan la desconfianza sobre la metodología, que no tienen en cuenta la individualidad de los pacientes ni el contexto, que en ocasiones entran en conflicto con la experiencia personal y que su difusión es inadecuada. Entre las ventajas destacan que agilizan la toma de decisiones, aportan seguridad tanto a nivel personal, como a nivel del paciente y judicial (74).

> *"La principal ventaja es el tiempo…si sigues el algoritmo es mucho más rápido"* (74).

Los facilitadores

De entre los aspectos positivos de las guías se destacan su apoyo en la toma de decisiones y la aportación de materiales para pacientes y familiares (73). Algunos factores que podrían contribuir a aumentar la adherencia a las recomendaciones de las guías sobre depresión son: poner todos los recursos disponibles a la disposición de los profesionales, reducir el número de guías que se reciben, poner en marcha sistemas de apoyo a las decisiones y proveer *feedback* sobre la actividad profesional (75).

> *"Nosotros a veces pensamos, oh no, otra guía no…"* (75).

En otro estudio, aunque los clínicos mostraron su confianza en las guías, también pusieron de manifiesto que los resultados de su aplicación pueden no ser favorables para todos los pacientes, por lo que es importante transmitir la idea de flexibilidad en su aplicación (66).

4.1.3. Resumen: principales hallazgos de la revisión sistemática

Esta síntesis ha incluido 4 revisiones sistemáticas y 35 estudios cualitativos de diferentes países y ámbitos que han puesto de manifiesto la complejidad de la depresión y los principales aspectos a tener en cuenta en su abordaje, tanto desde la perspectiva de los pacientes y sus familias como desde la perspectiva de los profesionales.

La evidencia cualitativa sobre el impacto de la depresión y como los pacientes interactúan con los sistemas sanitarios es relativamente amplia, aunque solo se ha localizado un estudio realizado en España. Los estudios

revisados evidencian cómo la forma en que los pacientes entienden la depresión es de vital importancia para entender cómo acceden y se relacionan con el sistema sanitario. De la misma manera, el papel que se otorga a los diferentes tratamientos es decisivo en su aceptabilidad, adherencia e incluso podría ser un factor fundamental a tener en cuenta al valorar su efectividad. Además, entender el impacto de la depresión en el paciente y en las familias es crucial para avanzar en la mejora de su manejo clínico.

Los estudios cualitativos que han abordado las visiones de los profesionales implicados son menos frecuentes que en el caso de los pacientes y fundamentalmente centrados en el ámbito de atención primaria. Además, al igual que en el caso de los pacientes, existen pocos estudios realizados en nuestro contexto sanitario. La evidencia revisada ha puesto de manifiesto diferentes barreras y facilitadores para el adecuado abordaje de la depresión y la implementación de guías de práctica clínica. El diagnóstico y tratamiento de la depresión son considerados complejos, por lo que es necesario hacer especial énfasis en la necesidad de mejorar el proceso de atención y poner en marcha los recursos pertinentes con esta finalidad.

El impacto negativo del estigma en el manejo de la depresión se debe tener en cuenta como un factor clave en la vivencia de la depresión y puede es considerado una de las principales barrera en el tratamiento, tanto desde el punto de vista de los pacientes como desde el de los profesionales.

En cualquier caso, se hace patente la necesidad de seguir trabajando en modelos de atención a la depresión que optimicen las experiencias de los pacientes y que tengan en cuenta sus preferencias y expectativas. De la misma manera también es fundamental tener en cuenta la perspectiva de los profesionales implicados para la mejora de la práctica clínica.

4.2. Estudio empírico

Debido a la importancia de tener en cuenta la perspectiva de los pacientes y tener en cuenta la visión de los profesionales, se planteó un estudio empírico de naturaleza cualitativa que permitiese contextualizar y actualizar la evidencia derivada de la revisión sistemática.

4.2.1. La perspectiva de los pacientes y sus familiares

Los resultados de los grupos focales con pacientes y familiares se presentan de forma conjunta, aunque en algunos casos se han señalado las diferencias o puntualizaciones necesarias. Además, en los *verbatims* que se han

seleccionado para ilustrar los resultados se identifica a los pacientes (P) y familiares (F).

Las perspectivas de los pacientes y familiares sobre la depresión y su manejo clínico se han organizado en las siguientes categorías.

- La vivencia de la depresión
- Valoración del proceso asistencial
- La familia
- La atención privada
- El papel de las asociaciones
- Valoración de los profesionales
- Principales necesidades y demandas.

La vivencia de la depresión

El concepto de depresión es complejo y relativamente confuso para los pacientes y familiares. Los pacientes reconocen cierta dificultad en expresar los sentimientos y el malestar asociados a la vivencia de la depresión, sobre todo en el inicio del trastorno. Sin embargo en general se identifican claramente sus síntomas más importantes, destacando la tristeza, anhedonia y apatía entre los más importantes. La ideación y conducta suicida se asocian a la gravedad de la depresión y se reconoce como parte inherente al episodio depresivo. También se reconoce cierta variabilidad en la sintomatología y la individualidad en el proceso. Casi todos los pacientes mencionan como algo muy presente en la vivencia de la depresión la sensación de falta de control sobre uno mismo, el contexto y la propia depresión o un miedo excesivo a perder el control.

Ni los pacientes ni los familiares consideran que haya diferencias en la vivencia de la depresión entre los hombres y las mujeres ni en las repercusiones de la misma.

La depresión tiene muchas consecuencias negativas y un gran impacto a nivel individual y familiar, con graves consecuencias en el ámbito laboral y social. También se destaca el papel de la depresión como un factor clave en la pérdida de salud, especialmente cuando hay otras enfermedades presentes.

En general la depresión se entiende como una respuesta a un conjunto de factores y/o eventos vitales, más que como una entidad de carácter

biomédico, y lo más frecuente es que se señale la existencia de un desencadenante o precipitante tanto en el inicio como en la posterior evolución del trastorno. A este respecto todos los participantes asocian el inicio del trastorno con al menos una causa externa y reconocen su carácter multifactorial. Algunos pacientes atribuyen su depresión a factores como conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, presencia de enfermedad física crónica o dificultades económicas. Otros factores como la personalidad o la autoestima se reconocen como factores clave en la depresión.

> *"Es una enfermedad tremenda…Yo conozco la mía: es angustia, es temor, es no saber explicar lo que tengo, no encontrarme bien sin saber por qué"* (P).

> *"Es desánimo, no saber lo que tienes…, no saber expresar lo que te pasa... Esto es la depresión, pero los familiares a veces también estamos mal, a veces las personas con depresión no saben ni ellas mismas lo que tienen"* (F).

> *"Yo era uno de los que se reían de las personas con problemas mentales y cuando me vi a mi mismo…Perdí el control de la situación, estaba en un puesto de trabajo muy importante, y cuando la empresa se vino abajo, para mí era como que todo lo que era verdad desapareciese"* (P).

> *"Te encierras en ti misma, no quieres saber de nadie. Se te meten cosas en la cabeza y te encierras, hasta que llega un punto que tienes que ir al médico. A mí me llevaron engañada…Pero es como luchar contracorriente"* (P).

> *"Lo mío fue un episodio muy grave, con incluso tentativa de suicidio"* (P).

> *"La depresión tiene que ver con los problemas que arrastras…los afrontas o te dejas llevar, está claro que la depresión es la forma en la que respondes a los problemas, no tienes ganas de nada, estás en todo el momento al borde de suicidio"* (P).

> *"Yo creo que es no tener ganas de vivir, sentirte mal y que nadie te entienda, sentir que los demás te ignoran muchas veces…"* (F).

Los pacientes consideran que no se da la importancia que tiene a la depresión, ni en el ámbito sanitario ni en general en la sociedad. Algunos pacientes critican que la palabra depresión se usa actualmente como parte del lenguaje cotidiano, sin su asociación a un significado real de enfermedad. La depresión se vive como un trastorno estigmatizante tanto por pacientes como por familiares y existe cierta tendencia a ocultar y negar el trastorno.

> *"Hay gente que no valora lo que es la depresión. Hay mucha gente a tu alrededor que no lo entiende…, uno cuando está en casa intenta expresarlo con palabras y no lo entienden. Pero yo en el fondo entiendo que no lo entiendan…"* (P).

> *"No se comprende, muchas veces uno comunica que tiene depresión y ni se comprende, eso es un problema grave, y esto afecta a las personas que lo sufren porque encima se sienten incomprendidas…"* (F).

Para algunos pacientes, "la depresión no tiene cura, mejora pero queda latente y puede rebrotar". Otros lo ven como un proceso con un principio y final, aunque reconocen la dificultad de conseguir la recuperación y se plantea como un proceso con altibajos. La mayoría reconocen el importante papel de los diferentes tratamientos en la recuperación y la importancia de confiar en los profesionales.

> *"Hoy estás flojo, mañana estás peor, un rato estás bien, otro vuelves a decaer, entonces vas viendo la salida…"* (P).

Un hallazgo adicional es que no se conoce bien la depresión, ni por parte del paciente ni por parte de su entorno más directo. La falta de información se traduce en impotencia, en la ausencia de pautas y estrategias a seguir, que no solo se traduce en un déficit de ayuda efectiva si no que agrava el problema.

> *"Es duro para el que tiene el problema y también para los demás"* (P).

> *"Mi hija se encierra en su habitación y no da explicación ninguna, y en casa ni una palabra…Cierra la puerta de un golpe y no hay nada más que hablar… Lo peor de todo es que yo no tengo nada que hacer"* (F).

> *"Al principio piensas que no es nada, no hagas caso… Y no sabes comprenderlo, queremos dar consejos pero aún lo hacemos peor…"* (F).

> *"La primera dificultad es que la persona con depresión a veces no quiere ir…"* (F).

> *"Yo lo oculto, oculté siempre mi depresión…"* (P).

Valoración del proceso asistencial

Con relación al proceso asistencial, la información extraída permite identificar 4 grandes procesos clave que requieren una atención particular: 1) Entrada al sistema sanitario, 2) Evaluación y diagnóstico, 3) Tratamiento y 4) Seguimiento.

1. Entrada al sistema sanitario

Los servicios de atención primaria constituyen la puerta de entrada a los servicios de salud. Se ha detectado una enorme variabilidad por lo que se refiere al tiempo que el paciente tarda en acudir a éstos. Lo que es importante señalar es que la propia idiosincrasia del trastorno y su sintomatología asociada (apatía, aislamiento, tristeza…), unido a las dificultades habituales del paciente y su entorno por reconocer y dar respuesta al problema, pueden favorecer que el primer contacto con los servicios sanitarios tenga lugar más tarde de lo que sería deseable.

La forma en la que los pacientes perciben la depresión y al sistema sanitario y los profesionales influye en gran medida en la detección. Para algunos pacientes pedir ayuda en atención primaria es difícil, debido a factores como la falta de tiempo en las consultas o las dificultades que los propios pacientes pueden tener para expresar sus emociones. Algunos participantes también destacan la falta de sensibilidad y empatía de algunos profesionales a este respecto.

> *"Yo no me daba cuenta de lo que pasaba, hasta que llegué a un punto que no hacía nada, no salía, ni me lavaba… Y al final resultó ser depresión"* (P).

> *"Mi primer contacto fue hace 25 años con el médico de cabecera, en aquel momento tardamos mucho en valorarlo y yo empeoré mucho porque tardó demasiado el diagnóstico…"* (P).

> *"Yo primero fui al de cabecera y le expliqué. Yo soy filatélico y antes me pasaba horas y horas… Y ahora yo no tengo ilusión por lo que me gusta, y me derivó también al psiquiatra. Bueno mis síntomas eran claros: no tienes humor, ni moral, ni ganas de salir, estás en tu mundo…"* (P).

> *"Para mí la principal barrera es el tiempo, si tú no sabes expresar bien lo que te pasa y encima el médico no tiene tiempo ni para una entrevista…"* (F).

2. Evaluación y diagnóstico

Algunos pacientes perciben que el médico de atención primaria está menos capacitado para realizar una adecuada evaluación psicopatológica que permita el diagnóstico y piensan que la gravedad de la depresión puede ser mal valorada en este nivel asistencial. Otros sin embargo se muestran conformes con la evaluación realizada en primaria.

Como reacción inicial al diagnóstico son habituales sentimientos de incomprensión y de impotencia, con dificultad en la aceptación del mismo. El diagnóstico suele ir asociado con un sentimiento de frustración, genera conflictos familiares y dificultades en la convivencia y existe una dificultad en lograr iniciar el proceso terapéutico. Todos estos factores afectan psicológicamente y de forma importante tanto al propio paciente como al familiar/cuidador. Las demandas más importantes en este punto del proceso terapéutico tienen que ver con la sensibilidad de los profesionales, el tiempo que se presta a los pacientes y la ausencia de información apropiada sobre el trastorno, las pautas a seguir y su manejo clínico.

> *"Igual que si tienes problemas de corazón te derivan directamente al cardiólogo, si hay sospecha de que tengas depresión deberían de mandarte al psiquiatra"* (P).

> *"El médico a veces sólo recibe la información del paciente y hay otro punto de vista de los familiares que queda vacío"* (F).

"A veces el familiar sólo se queda con la información que le facilita el paciente y no el médico" (F).

3. Tratamiento

En cuanto al tratamiento farmacológico, se destacan aspectos negativos (dependencia y efectos secundarios) y positivos (disminuye la ansiedad, mejora la calidad del sueño, reduce las ideas negativas), y aunque se considera crucial sobre todo en la fase aguda y parte importante en el curso y recuperación, se percibe una falta importante de información sobre todo en relación con los efectos secundarios.

La psicoterapia en general se valora de forma muy positiva, y entre sus ventajas se destaca su papel terapéutico y la oportunidad de poder profundizar en los problemas y buscar una solución. No se destacan aspectos negativos, aunque no se considera el tratamiento idóneo para todas las personas y se pone de manifiesto que su eficacia depende de factores relacionados con los profesionales como la capacidad y empatía de cada profesional.

El tratamiento combinado de antidepresivos y psicoterapia es la opción mejor valorada por los pacientes y por los familiares.

"En el caso de mi hermana los antidepresivos le reducen la angustia, le quitan los malos pensamientos de la cabeza. Lo malo es que le hace ir más lenta, y lo único que hace a veces es dormir y comer, dormir y comer. Ese es uno del os motivos por los que no quiere ir al psiquiatra, ella dice: si hombre! Ir al psiquiatra para que te den pastillas y a dormir todo el día…" (F).

"Para mí la psicoterapia es la parte fundamental del tratamiento, pero depende de la forma de trabajar de cada psicólogo…" (P).

"El psiquiatra le dijo que podía compartir el tratamiento con antidepresivos con el psicólogo y la verdad es que eso le vino muy bien" (F).

A pesar de la falta de información general sobre las diferentes opciones terapéuticas disponibles, tanto los pacientes como los familiares tienen más información sobre antidepresivos que sobre diferentes formas de psicoterapia. Un hallazgo adicional es que la mayoría de pacientes considera que participó de forma activa en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

"A mí no se me presentaron diferentes alternativas de tratamiento, claramente no" (P).

"Mi psiquiatra no me explico ninguna alternativa, solo me dijo: ¿tú que prefieres que te suba la dosis o que te de otra cosa? Y yo le dije, bueno eso tendría que saberlo usted, yo solo digo que este tratamiento no me hace nada" (P).

4. Seguimiento

El seguimiento se percibe como una parte clave del proceso, y sin embargo una de las más deficitarias. Tanto pacientes como familiares consideran que el seguimiento debiera ser más estrecho y servir para adecuar las estrategias terapéuticas. Además se subraya la percepción de falta de coordinación entre los diferentes profesionales implicados y niveles asistenciales en este punto.

> *"Lo más importante es que las citas sean más seguidas y que no te den citas tan de vez en cuando, sobre todo cuando estás mal de verdad"* (P).

> *"Igual que hay citas para ver cómo va el paciente, debería haber citas para el entorno"* (F).

La familia

Desde el punto de vista del paciente el papel de la familia es fundamental. La familia aporta apoyo y ayuda en el día a día. Sin embargo el entorno familiar también puede ser percibido por el paciente como una barrera al tratamiento.

El impacto en la familia de la depresión es considerable, por lo que sería necesario tenerlo en cuenta y establecer las medidas necesarias. Además, en la medida de lo posible es importante tener en cuenta la visión de la familia y favorecer estrategias que permitan afrontar la situación.

> *"Si no fuese por mi familia, yo no sé lo que hubiese pasado…"* (P).

> *"El impacto en la familia es muy importante y por eso tendrían que tenernos más en cuenta"* (F).

La atención privada

Algunos participantes mencionan el importante papel de la atención privada en el manejo de la depresión, aunque en general no se percibe como de mejor calidad, sino como una alternativa cuando la atención en el sistema público es deficiente o falla en algún punto. De la atención privada se destacan como aspecto positivo la rapidez y la flexibilidad en la atención y la mayor disponibilidad de tiempo en las consultas.

> *"Lo bueno de ir al psiquiatra o psicólogo privado es que si tienes cualquier problema llamas, pides cita y ya está"* (F).

> *"Mucha gente con depresión va a la privada. Yo fui al psicólogo privado y no me preguntó ni me ayudó más que en la seguridad social"* (P).

El papel de las asociaciones

El papel de las asociaciones de pacientes y familiares se percibe como el complemento ideal al manejo clínico de la depresión, tanto por el grupo de pacientes y familiares que acuden a las mismas, como por el grupo de pacientes que no lo hacen. Se destaca la función de las asociaciones en la ayuda a los pacientes con trastornos mentales en general y específicamente a los pacientes con depresión, sobre todo cuando existen otros problemas asociados o patologías comórbidas.

> *"A mí me hizo fuerte venir a la asociación y desahogarme con la gente y psicóloga de aquí…Mi problema es muy fuerte pero yo tengo ganas de salir adelante…"* (P).

> *"Yo además de depresión tengo fibromialgia, y la asociación de fibromialgia también me ayuda mucho"* (P).

> *"Las asociaciones de pacientes vienen muy bien…Porque mi hijo se dio cuenta de que había gente que estaba mucho peor que el…él sentía que lo suyo no era tan grave…"* (F).

Valoración de los profesionales

Los médicos de atención primaria son considerados un pilar fundamental, aunque algunos pacientes se sienten más cómodos con la derivación a atención especializada para confirmar el diagnóstico y la prescripción de tratamiento.

Sobre los psiquiatras, aunque también se consideran una parte esencial, algunos de los aspectos negativos es que se implican poco en el tratamiento y su papel se centra en la prescripción de fármacos. En cuanto al papel del psicólogo se destaca su aportación como "guía", a través de pautas concretas, y se advierte cierto déficit en cuanto al volumen de profesionales en el sistema.

Con respecto a la enfermería, algunos participantes mencionan la falta de comprensión y dejadez en algunos casos, aunque en general la valoración es positiva.

Algunas críticas comunes a todos los profesionales son el trato poco empático, la falta de coordinación y que no tienen en cuenta a la familia. Además de estos aspectos, la falta de información por parte de los profesionales es una clara demanda.

> *"El psiquiatra sólo sabe dar pastillas"* (P).

"Yo creo que tienes que estar a gusto con la persona que te trata para conseguir un cambio" (F).

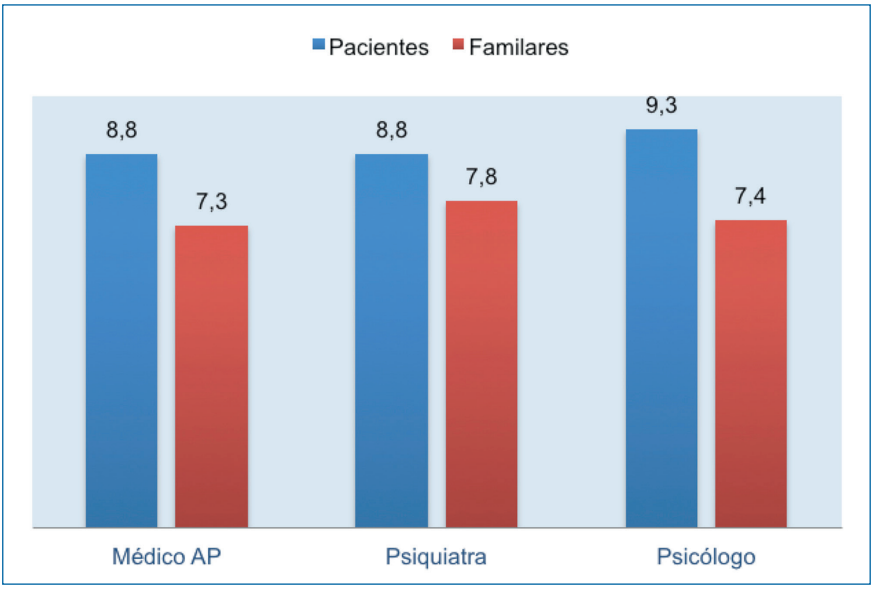
"Los profesionales tendrían que dar más información" (F).

"El médico de cabecera medica contra la depresión sin derivar al especialista" (P).

"En las recaídas me ha tratado el médico de cabecera y bien, con un tratamiento de 6 meses me fue bien, y a veces, si no va bien, ya sale de él, me manda a psiquiatría…Me parece que actúa muy bien…" (P).

Por otra parte, si analizamos la información que se extrae de la tarea individual realizada por los participantes, es posible disponer de datos cuantitativos orientativos acerca de la valoración de los diferentes profesionales. Dicha información se recoge en la siguiente figura.

Figura 1: Valoración general de los diferentes profesionales



Una primera lectura de los resultados obtenidos permite establecer tres hallazgos concretos:

1. Las valoraciones son positivas en todos los casos, independiente del perfil profesional al que nos refiramos y de quien emita las valoraciones (pacientes o familiares). Ello de algún modo revelaría la existencia de un vínculo paciente-profesional claramente positivo.
2. Los familiares son más críticos en sus valoraciones que los pacientes. Ello refuerza la necesidad de incorporarlos progresivamente en el marco del proceso asistencial y en la terapéutica específica de la depresión.
3. En términos globales la figura del psicólogo es la mejor valorada, lo que en cierto modo es coherente con la importancia creciente que está cobrando la psicoterapia.

No obstante, conviene advertir que estos resultados deben ser interpretados con cautela, siendo necesario un estudio cuantitativo (con el diseño muestral oportuno), para establecer conclusiones a este nivel. La inclusión de esta tarea de naturaleza cuantitativa en el contexto cualitativo, es más bien la de servir de reactivo o "pretexto" para un análisis más profundo de las diferentes valoraciones y argumentaciones realizadas por los participantes, posibilitando un mejor análisis del funcionamiento del sistema.

En segundo lugar, la tabla 4 recoge las observaciones realizadas por los participantes, que permiten establecer identificar algunos de los principales puntos fuertes y débiles asociados al trabajo de cada tipo de profesional.

Tabla 4: Aspectos positivos y negativos asociados a cada profesional y valoración global

	Lo bueno	Lo no tan bueno	Valoración global
Médico de atención primaria	Detección del problema y derivación al psiquiatra Trato cercano y empático Orientación y apoyo Escucha	Falta de tiempo Saturación de las consultas Excesiva prescripción de psicofármacos Solo derivan a Psiquiatría Baja implicación	8.05

	Lo bueno	Lo no tan bueno	Valoración global
Psiquiatra	Medicación adecuada Empatía Ayuda e información Control de la enfermedad Orientación	Poco tiempo Seguimiento inadecuado No valoran adecuadamente el efecto de la medicación Trato frío Falta de comunicación con la familia	8.03
Psicólogo	Favorece la comunicación Orientación y apoyo Favorece la búsqueda de soluciones y el cambio Imprescindible en el manejo de la depresión Trato cercano Profesionalidad	Poco tiempo Difícil conseguir citas Seguimiento inadecuado Falta de profesionales y consultas en la sanidad pública	8,35

Principales necesidades y demandas

La información obtenida a través de esta aproximación de naturaleza cualitativa permite señalar una serie de necesidades subyacentes por parte del paciente y su entorno familiar. Éstas se traducen en demandas concretas, que deben ser atendidas en la medida de lo posible por el sistema sanitario, en aras a una mejora continua del proceso asistencial:

1. Favorecer una labor más activa por parte los servicios de atención primaria, que hagan posible un diagnóstico precoz de la depresión, habida cuenta de las dificultades o resistencias que a menudo concurren por parte del paciente y/o su entorno familiar, para demandar asistencia sanitaria.
2. Favorecer mediante la información y la función pedagógica de los servicios de salud una *desestigmatización* progresiva de la depresión.
3. Sensibilizar a los profesionales de la importancia de mantener durante todo el proceso asistencial (especialmente en las fases iniciales) una actitud empática y humana con el paciente y su familia, fundamentales para que se establece la confianza necesaria en los profesionales, que debe perdurar a lo largo de todo el proceso y que ha de favorecer una mayor adherencia y eficacia del tratamiento.

4. Mejorar la coordinación entre los profesionales, para una mejor supervisión y seguimiento de cada caso.

5. Tener en cuenta a la familia a lo largo del proceso asistencial, no sólo por las repercusiones e impacto de la depresión en el entorno familiar, sino también porque la familia constituye una fuente complementaria de información para una mejor evaluación y diagnóstico. Desde una perspectiva terapéutica el entorno familiar juega además un papel fundamental importante que debe ser gestionado adecuadamente, mediante la información y las pautas oportunas.

6. Necesidad de potenciar la psicoterapia como tratamiento, de forma combinada al tratamiento farmacológico. La psicoterapia es claramente demandada por el propio paciente, que manifiesta la necesidad expresa de ser escuchado y orientado. El tratamiento exclusivamente farmacológico no responde a las necesidades y expectativas del paciente.

7. Mejorar el seguimiento de la enfermedad y de los factores psicosociales asociados, ajustando progresivamente el tratamiento farmacológico y la psicoterapia, incrementando si es necesario la frecuencia de las citas.

8. Para un mejor manejo de la depresión tanto por parte del paciente, como de su entorno familiar es fundamental que se responda adecuadamente a sus demandas de información acerca de la enfermedad y su tratamiento, y que ésta se facilite de forma sencilla y clara.

9. Concebir el tratamiento de la depresión de una forma integral, no enfocada exclusivamente desde una perspectiva médica, sino también psicosocial y humana, intentando proporcionar la ayuda necesaria para la estabilización de la persona. En este punto el papel de las asociaciones se presume crucial.

4.2.2. La visión de los profesionales

La información obtenida a través del grupo multidisciplinar de profesionales se ha estructurado en las siguientes categorías:

- La depresión, impacto y actitudes
- El proceso asistencial: análisis de la situación
- Necesidades de formación
- El papel de las guías de práctica clínica
- Principales áreas de mejora

Los verbatims se han identificado de la siguiente manera: ENF (enfermera), MF (médico de familia), PSC (psicólogo), PSQ (psiquiatra), TS (trabajador social).

La depresión, impacto y actitudes

De forma unánime, la depresión se reconoce como un importante problema de salud, con un gran impacto tanto en la esfera personal, familiar, social, como laboral. Se reconoce la discapacidad asociada a la depresión y la importancia de un abordaje integral.

> *"La familia también lo pasa mal, tengo muchos familiares que vienen reclamando apoyo, más que los propios pacientes"* (TS).

En cuanto a las causas y factores que intervienen en su desarrollo y mantenimiento, algunos profesionales establecen una diferenciación entre depresión endógena (asociada a causa interna) y depresión exógena/reactiva. No obstante, algunos se muestran críticos con esta dualidad y defienden el modelo biopsicosocial de la depresión.

La postura mayoritaria es vincular el origen de la depresión a una multiplicidad de factores, si bien algunos la interpretan como una respuesta normal a sucesos negativos, mientras que otros focalizan más su naturaleza biomédica.

> *"Eso de depresión endógena o reactiva es la herencia que nos pesa, actualmente está en desuso… asociamos endógena con causa interna y falta de estrés ambiental, y exógena con estresores…La realidad es que hay vulnerabilidades biológicas y psicológicas y sobre eso se añaden los estresores, en función de tu vulnerabilidad es necesario más o menos estresor"* (PSC).

Lo que parece fuera de toda duda es el hecho de que la depresión se percibe como un trastorno estigmatizante, en mayor o menor medida. Aunque por lo general el profesional del ámbito de la salud suele adoptar una actitud positiva hacia los pacientes con depresión, es posible constatar ciertos estereotipos considerados difíciles de eliminar, comunes a otras patologías psiquiátricas, y claramente instalados en nuestra sociedad. Por otra parte, algunos participantes reconocen que el hecho de tener un diagnóstico de depresión puede resultar perjudicial para el paciente cuando tiene que ser valorado por otras patologías en el sistema sanitario.

> *"A mí, sobre todo al principio, no me gusta etiquetar, ni dar una opinión a los pacientes…Intento ver qué factores ambientales o estresores puede haber, pero sin juzgar..."* (ENF).

"En salud mental intentamos no prejuzgar porque es nuestro campo de trabajo, los prejuicios quedan arrinconados…pero sí que creo que cuanto más te alejas de ese campo, en otros campos de la medicina…hablando con otros compañeros veo que hay ideas sobre la depresión van de la mano, estas atribuciones en los profesionales son un reflejo de las atribuciones prejuiciosas que hay en la calle: si voy al psiquiatra estoy loco, el psiquiatra me da pastillas y el psicólogo es para hablar, todas estas historias están ahí y no las podemos obviar…" (PSQ).

"Yo ya digo si vas a urgencias no digas que vas al psiquiatra ni que tomas tratamiento para la depresión, porque van a considerar tu síntoma como parte del proceso depresivo: esta ya está con lexatín, no le dolerá tanto como ella dice…" (PSQ).

Alguno de los aspectos con los que los profesionales se sienten más incómodos es con el manejo de la ideación y la conducta suicida, sobre todo en atención primaria.

"A mí en principio tratar a alguien con depresión no me genera ansiedad, lo que me genera ansiedad es que hay que hacer es una buena anamnesis, sobre todo en la primera consulta, y ver qué es lo que hay de verdad, y el tema del riesgo de suicidio" (MF).

"Yo creo que la actitud en psiquiatría es bastante normal, la depresión es una enfermedad común. Lo que veo en primaria es que se tiene buena actitud general, pero se tiene miedo a las ideas de suicidio" (PSQ).

"Hay estereotipos entre los profesionales, sobre todo con el tema de los suicidas…Aunque ante la duda está muy bien derivar a urgencias eso de que el que se quiere suicidar lo hace, eso no es cierto…" (PSC).

Más allá del estigma, otro elemento que de alguna manera puede dificultar el manejo de la depresión es su asociación a determinados problemas sociales, que requerirían un abordaje particular y buna mayor coordinación entre los servicios sociales y los servicios de salud.

"Que al final lo que hacemos mucho es medicar, pero hay una parte importante, que para mí es la parte referida a las depresiones que arrastran algún problema de fondo, donde haría falta alguna intervención psicológica o ayuda social para encauzar el futuro de esa persona" (MF).

"Básicamente trabajamos la adherencia al tratamiento y cuando hay problemas de fondo nos ponemos en contacto con la familia o con la trabajadora social cuando es necesario" (ENF).

El proceso asistencial

La depresión supone una carga considerable tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada, en la medida en que representa una alta proporción de la demanda asistencial global. En particular, en las unidades de salud mental el peso de los pacientes con cuadros depresivos se

considera importante, si se compara con el resto de trastornos. No obstante, algunos profesionales advierten de una posible sobre-estimación de la prevalencia depresiva, incidiendo en que "las depresiones de verdad" supondrían tan sólo una parte, ya que habría que tener en cuenta también las distimias y otros trastornos mentales o enfermedades físicas que podrían cursar con sintomatología depresiva.

> *"La depresión supone una carga de trabajo enorme, enorme… Lo peor de la consulta es que muchas veces no consultan primero por el tema de la depresión, a veces vienen consultando por síntomas vagos, o a veces simplemente vienen porque están en un momento puntual y quieren algo para pasar esos días, pero bueno, va pasando el tiempo y hablando ya veo que no es una ansiedad de una semana, que están dentro de una depresión…"* (MF).

> *"La depresión supone un porcentaje muy alto de las demandas…"* (PSQ).

En este sentido, se hace especial énfasis en la complejidad inherente al diagnóstico de la depresión, lo que supone un permanente desafío para los profesionales de la salud. Una de las principales dificultades es llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial, sobre todo en relación a otros trastornos mentales. Ello genera a menudo cierta disparidad entre las cifras de pacientes con depresión encontradas en la práctica clínica y las ofrecidas por la investigación en este campo.

> *"Y sobre el tema de los diagnósticos, pienso que se diagnóstica el trastorno adaptativo mucho…Me baso en que las cifras en ninguna unidad coinciden con los libros…Y encima los trastornos adaptativos están tratados como depresiones graves"* (PSC).

> *"Yo creo que no se nos prepara realmente para afrontar a un paciente con ideas depresivas, y a veces debido al poco tiempo que uno tiene en la consulta no tenemos tiempo para profundizar en lo que te dice el paciente, o puedes pensar que hay algún factor estresante detrás que es un trastorno adaptativo, y me da la impresión de que no se llega q a un diagnóstico acertado"* (MF).

En opinión de los profesionales, otro aspecto que podría justificar la disparidad entre la práctica clínica y la investigación, es que en la práctica clínica no es frecuente el empleo de test y escalas, tan habituales en el marco de la investigación. Todo parece indicar que, en general, en la práctica clínica el empleo de instrumentos psicométricos tanto para el diagnóstico como para el seguimiento es poco habitual. Los motivos que justificarían este hecho son fundamentalmente la falta de tiempo y la presión asistencial, así como la reducida fiabilidad y utilidad que se les suele atribuir a muchos instrumentos. Por el contrario, consideran que la entrevista clínica como el eje fundamental de la evaluación clínica, ya que permite ir profundizando en los temas emocionales y puede considerarse una intervención en sí misma,

aunque el problema fundamental, sobre todo en atención primaria es también la falta de tiempo para su adecuada realización.

> *"A la hora de hacer la entrevista clínica, estás haciendo ya una intervención, no es un abordaje psicoterapéutico reglado, pero es una intervención. Y este es el problema de primaria, que no hay tiempo para hacer esta entrevista con calma, ni una adecuada intervención breve"* (PSQ).

En cuanto a las diferentes opciones terapéuticas, el abordaje farmacológico constituye a juicio de los participantes la opción de primera línea, tanto en atención primaria como en especializada. Este dato resulta especialmente relevante, si se une al hecho de que para muchos la prescripción farmacológica no siempre es adecuada, posiblemente (una vez más) atribuido a un problema de presión asistencial, de falta de tiempo y/o de recursos.

> *"La estamos tratando mal. Por dos motivos, uno con poco tiempo lo que haces es dar algo, un antidepresivo o un hipnótico para que pase mejor la situación; y dos que el paciente directamente lo pide: deme algo para pasar esta situación, lo mismo que hay pacientes que no quieren pastillas, hay otros que directamente las piden…"* (PSQ).

Por lo que se refiere a la psicoterapia, los profesionales de atención primaria suelen ser partidarios de que ésta se aplique una vez que los pacientes han sido estabilizados, gracias a la prescripción de antidepresivos. Conviene señalar, no obstante, la postura de los psicólogos, que sugieren una utilización más inmediata o precoz de la intervención psicoterapéutica, que podría permitir incluso prescindir del tratamiento farmacológico en muchas depresiones leves y moderadas. El problema que todos destacan es que el escaso tiempo disponible suele limitar en la práctica la posibilidad de recurrir a la psicoterapia.

> *"¿Y qué pasa con los pacientes que no requieren un tratamiento farmacológico? ¿Qué pueden responder a intervenciones psicológicas?"* (PSC).

Por lo general todos los profesionales reconocen que no siempre se le facilita al paciente información sobre las diferentes alternativas terapéuticas, ni se potencia la toma de decisiones compartida. Sí se reconoce, no obstante, la necesidad de implicar a los pacientes en este punto.

> *"Explico las alternativas y vemos las posibilidades, a veces se da información por escrito. Normalmente te hacen preguntas sobre que podemos ofrecer y que pueden esperar. Yo siempre lo hago"* (PSQ).

> *"Yo creo que las alternativas de tratamiento en general no se explica bien actualmente, nos pasamos de frenada y no respetamos la autonomía del paciente y estamos frenando las intervenciones terapéuticas cuando son técnicas con eficacia probada"* (PSC).

A juicio de los profesionales la coordinación entre niveles asistenciales es adecuada. Lo más frecuente es la derivación a la servicios de salud mental cuando existen dudas con el diagnóstico, con el tratamiento farmacológico, o cuando se valora pertinente la utilización de psicoterapia.

> *"Yo derivo en circunstancias como por ejemplo cuando hay dudas con los fármacos (polimedicados, embarazadas, cuando hay dudas sobre los fármacos que manejas más) y cuando el paciente no responde después de varios intentos de tratamientos…Y cuando tengo sensación de que a lo mejor estoy diagnosticando mal, que puede haber otra patología y necesito una opinión especializada"* (MF).

Posiblemente uno de los principales déficits que los propios profesionales señalan tiene que ver con el seguimiento del trastorno depresivo. Las razones o argumentos que se esgrimen giran una vez más en torno a la falta de recursos y la sobrecarga de trabajo, que podrían ser atenuadas por la progresiva implantación de un modelo de atención colaborativo entre primaria y especializada.

> *"El seguimiento no se hace adecuadamente porque no tenemos tiempo…. Cuando es un paciente del que tengo una preocupación grave lo veo antes, pero a veces no puedo verlos tan frecuentemente como quisiera"* (PSQ).

> *"Depende mucho del equipo con el que trabajes. El sistema está pensado para que el médico de familia lleve los casos y el especialista de apoyo. Si llevásramos los pacientes así sería otra cosa"* (PSQ).

Fundamentalmente debido a la falta de recursos del sistema sanitario, el papel de las asociaciones se considera fundamental.

> *"Las asociaciones son fundamentales porque hay pocos recursos, y creo que las actividades que se hacen fuera del sistema sanitario son un buen apoyo tanto para pacientes como para familiares, que muchas veces no saben bien que hacer"* (TS).

Necesidades de formación

Existe un amplio acuerdo en la necesidad de garantizar la formación continua de los diferentes profesionales implicados en el proceso asistencial de la depresión, especialmente en el caso de los médicos de atención primaria y del personal de enfermería.

> *"Yo creo que no se nos prepara realmente para afrontar a un paciente con ideas depresivas, y a veces debido al poco tiempo que uno tiene en la consulta no tenemos tiempo para profundizar en lo que te dice el paciente, o puedes pensar que hay algún factor estresante detrás que es un trastorno adaptativo, y me da la impresión de que no se llega q a un diagnóstico acertado"* (MF).

"El conocimiento profundo de la patología es complicado, cuesta mucho estar al día…" (PSQ).

El papel de las guías de práctica clínica

El papel de las guías de práctica clínica se considera fundamental. Para los profesionales es importante disponer de guías actualizadas que revisen la evidencia sobre los aspectos más importantes de la depresión, aunque la atención al paciente debe ser individualizada. Entre las limitaciones más importantes de las guías disponibles se destaca el hecho de que normalmente no abordan la comorbilidad o las situaciones más complejas (por ejemplo pacientes pluripatológicos y polimedicados). De igual modo, se demanda una mayor adaptación al contexto o sistema sanitario de cada país. Más allá de la necesaria transversalidad en sus elementos fundamentales, el carácter "universal" de las principales guías nacionales e internacionales, suele percibirse en cierta medida como una limitación. La consideración de las diferencias culturales y de las limitaciones logísticas de cada sistema sanitario es fundamental.

"Las guías son fundamentales, con todas sus limitaciones son fundamentales, que tú sepas lo que se recomienda hacer, independiente de que tú te separes en momentos puntuales. También es importante tener en cuenta que una guía es una guía, no es palabra de dios, y que la práctica es otro cosa" (PSQ).

"Es importante disponer de una guía actualizada y contextualizada, aunque a veces solo sea cuando tienes una duda sobre algo o alguna cosa concreta" (MF).

"Yo creo que en la depresión, aún hay poca evidencia en algunos puntos… Y ese es el problema de las guías. Las guías son para depresión, y para todos igual, no abordan situaciones concretas. Te dicen preferiblemente ISRS, y ¿por qué? Les da igual si tienes un alcoholismo, si tienes estrógenos o no…" (PSQ).

Más allá de la existencia de Guías de Práctica Clínica adecuadas, la adopción de estrategias que garanticen su ágil implementación en el sistema sanitario y su uso por parte de los profesionales es otro de los retos que se considera cruciales. Su integración en la historia clínica electrónica podría constituir una medida interesante a este nivel. En concreto, se sugiere incorporar información específica sobre fármacos,

"Para mí sería muy importante tener disponible información sobre fármacos, efectos secundarios, fichas técnicas…Sería importante tener esta información en la consulta a mano, que no tardes 15 minutos en ir a buscar la información…" (MF).

"También por ejemplo tener los algoritmos de tratamiento y derivación o yo también creo que la información para pacientes es muy interesante, siempre al tengo a mano" (PSQ).

"Yo también creo que estaría también muy bien tener información sobre diagnóstico diferencial, alguna escala por si hay que quiera aplicarla…" (PSC).

Se destaca la importancia de la incorporación de evidencia cualitativa en las GPC, y se considera que los estudios cualitativos pueden tener gran importancia en la adaptación de la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes.

"Sobre la depresión, los estudios cuantitativos en depresión son limitados y a lo mejor es la evidencia cualitativa la que puede aportar luz nueva" (PSQ).

Principales áreas de mejora

Más allá de los elementos señalados en los epígrafes anteriores, que fueron aflorando de forma espontánea a lo largo del discurso, la realización de una tarea específica de naturaleza individual, ha permitido realizar una evaluación más sistemática de la atención de la depresión en el sistema sanitario actual (Tabla 5).

Tabla 5: Principales aspectos positivos, negativos y relevantes del proceso asistencial a juicio de los profesionales

Lo positivo	Lo negativo	Lo importante
• Se tiene en cuenta el contexto social • Profesionales motivados y bien formados • Avances en el tratamiento • Fácil acceso al sistema y a los tratamientos • Posibilidad de hospitalización si es necesario	• Variabilidad en la atención • Falta de criterios explícitos de derivación • Falta de tiempo en la consulta • Listas de espera para atención especializada • Poco énfasis en la psicoterapia • Dificultades diagnósticas • Pocos medios para facilitar la reinserción social	• Que exista preocupación real por mejorar la atención • Diagnóstico correcto • Abordaje multidisciplinar • Potenciar el tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia) • Tener en cuenta la repercusión funcional de la depresión • Formación de profesionales en atención primaria y especializada • Estigma • Apoyo al paciente y a la familia • Prevención de la conducta suicida • Seguimiento

La integración de las aportaciones de los diferentes profesionales ha permitido identificar cinco grandes áreas de mejora:

1. Promoción de un abordaje integral a la depresión, que tenga en cuenta los posibles problemas sociales subyacentes. Para ello deberían ponerse en marcha todas las intervenciones sociosanitarias pertinentes, siendo necesario para ello reforzar los vínculos entre el sistema sanitario y los servicios sociales.
2. Se debería abordar la depresión de forma multidisciplinar y siguiendo modelos de atención colaborativa entre atención primaria y especializada. Aunque la percepción general de la coordinación actual entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales no se percibe de forma negativa, se sugieren nuevos esfuerzos a este nivel, con el objetivo de atenuar uno de los grandes déficits actuales, como es el seguimiento de los pacientes con trastorno depresivo.
3. Facilitar más información al paciente y su entorno familiar acerca de las diferentes alternativas terapéuticas, fomentando una mayor participación del paciente en la toma de decisiones.
4. Apostar de forma decidida por la formación continua de los profesionales de la salud en el contexto de atención a la depresión, especialmente en atención primaria.
5. Potenciar un mayor uso de la psicoterapia, sobre todo en cuadros de depresión leve o moderada, en la medida en que lo permitan los recursos y el tiempo disponible.

5. Discusión y conclusiones

La importancia de la depresión, tanto desde el punto de vista epidemiológico como por la discapacidad que genera, justifica un estudio más profundo de ésta, que se traduzca en una mejor comprensión de la vivencia y del proceso en sí mismo, con la finalidad de adaptar la práctica clínica a las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares, además de la búsqueda constante de mejores estrategias terapéuticas.

Este trabajo se ha planteado con un doble objetivo: por un lado conocer las perspectivas y experiencias relacionadas con la depresión y su abordaje y, por otro, conocer la visión de los profesionales. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de la evidencia cualitativa y un estudio empírico *ad hoc*.

La incorporación de la metodología cualitativa en la investigación socio-sanitaria es un fenómeno creciente, fundamentalmente porque ofrece la posibilidad de explorar aspectos complejos y explicar el cómo y porqué de los fenómenos observados en la práctica clínica (25, 76). En el caso de la depresión, los estudios cualitativos son cada vez más frecuentes, aunque en nuestro país siguen constituyendo un hecho excepcional.

Además de responder a una necesidad latente, este estudio ha servido para poner de manifiesto la complejidad de su depresión y su manejo clínico. A pesar de que la revisión de la literatura y el estudio empírico han evidenciado que los síntomas de la depresión pueden ser fácilmente reconocibles, el debate sobre las causas o naturaleza del trastorno y su abordaje terapéutico sigue muy presente. Tanto desde el punto de vista de los pacientes, como desde el de los profesionales existen dos planteamientos polarizados (19, 21, 61): la depresión entendida como respuesta a eventos vitales negativos o según el modelo biomédico. Conceptualizar la depresión de uno u otro modo no es una cuestión baladí, puesto que va asociado a la percepción sobre la efectividad de los diferentes tratamientos y la posibilidad de recuperación. En este sentido, es importante favorecer un clima en las consultas que facilite la comunicación e interacción médico-paciente, que permita compartir la idea de la depresión como un trastorno tratable y favorecer la conceptualización de la depresión desde una perspectiva que integre las influencias multifactoriales y contextuales al modelo biomédico.

Como se ha señalado en revisiones previas (4),tanto los pacientes como los familiares plantean la existencia de cierta falta de información, que se convierte en una barrera importante en la eficacia del tratamiento. En nuestro contexto sanitario esto parece ser así especialmente en el caso

de las diferentes opciones terapéuticas disponibles, y se hace extensible a la reducida participación del propio paciente y su entorno familiar en la toma de decisiones.

La existencia de un estigma asociado a la depresión continua siendo otro de los principales problemas que afectan al paciente, aunque tanto en la literatura previa (66) como en el estudio realizado se plantea que es posible que los clínicos infravaloren su impacto real en el caso de la depresión. En este sentido debiera de favorecerse una desestigmatización progresiva de la depresión, para lo que se ha planteado la necesidad de desarrollar y evaluar programas de sensibilización que incorporen información sobre la depresión y mensajes que permitan reducir el estigma (59).

Uno de los aspectos diferenciales que se ha constatado en relación con la evidencia previa (43, 44, 49, 58), es que los participantes en el estudio no perciben una vivencia de la depresión diferencial según el género.

Por otra parte, a pesar de reconocer los avances experimentados en las últimas décadas en el tratamiento de los trastornos afectivos, los profesionales recalcan la necesidad de seguir desarrollando estrategias de mejora de la práctica clínica. Entre estas estrategias destacan la potenciación del abordaje colaborativo y multidisclipinar, así como el abordaje integral de la depresión, sin perder de vista la dimensión social. Otras medidas a las que se alude son la formación y la elaboración e implementación de GPC adaptadas a cada contexto sanitario.

Un último elemento que destacan tanto pacientes, familiares como profesionales es el papel que desempeñan las asociaciones, ya que su labor constituye un complemento necesario a los servicios de salud y proporcionan un apoyo social y comunitario de enorme valor.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe señalar que la metodología de las síntesis de estudios cualitativos sigue actualmente en desarrollo, específicamente en lo que se refiere a la selección de estudios y a la valoración de la calidad (22). En el presente trabajo se ha optado por seguir la propuesta de Goldsmith et al. (2007) (34) y cada tema identificado ha sido recogido al menos de un estudio de calidad. Además, se han incluido estudios que plantean diferentes aspectos de la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales y realizados en diferentes ámbitos. Esto es importante de cara a minimizar los posibles sesgos, dado que la síntesis de la evidencia cualitativa implica necesariamente cierta reinterpretación de los datos.

La calidad de los estudios revisados es en general moderada-alta, aunque muchos de los estudios describen brevemente la metodología empleada y no analizan ni discuten en profundidad algunos aspectos importantes, como la influencia de los factores contextuales. Los estudios incluidos en esta revisión provienen de países y realidades diferentes, con sistemas sanitarios particulares y diferencias culturales notables, por lo que el grado de extrapolación o generalización de los resultados obtenidos es siempre limitado. Sin embargo, a pesar de que se han explorado las posibles diferencias en las percepciones, barreras y facilitadores, los hallazgos parecen a grandes rasgos consistentes entre los diferentes estudios. No obstante, se han constatado algunas diferencias en cuestiones que podrían depender más directamente de la organización de cada sistema sanitario en particular (como por ejemplo la percepción de los profesionales sobre la colaboración entre niveles asistenciales). A este respecto conviene advertir que los estudios incluidos no representan de forma completa la diversidad de sistemas sanitarios ni de aspectos culturales que podrían estar influyendo en la percepción de la depresión, por lo que cualquier análisis enfocado a buscar variaciones podría verse restringido.

Debido a la dificultad reconocida en las búsquedas sistemáticas de la bibliografía en el caso de la investigación cualitativa (77-79), es posible que se haya omitido algún estudio relevante en este ámbito. Sin embargo, con la finalidad de reducir la probabilidad de omisiones, se ha empleado el filtro de investigación cualitativa desarrollada para la guía de depresión del NICE (4), y los resultados de la búsqueda se han complementado con la revisión de las referencias de los estudios incluidos y con el contacto con un experto en el área. Teniendo en cuenta que el filtro empleado ha omitido al menos dos estudios relevantes y parece tener una baja especificidad (alto número de resultados no relevantes), futuros trabajos deberán abordar este tema.

En cuanto al estudio empírico, sin duda sus limitaciones muestrales condicionan la capacidad de generalización de los resultados obtenidos. La realización de un mayor número de grupos focales, la consideración de grupos específicos para cada estrato socioeconómico o de diferentes comunidades autónomas, sin duda podría contribuir a dotar de mayor solidez a los hallazgos presentados. Conviene subrayar, no obstante, el carácter exploratorio del presente trabajo, cuyo objetivo no era otro que el de contextualizar y complementar la revisión sistemática de la literatura.

En definitiva, se ha intentado realizar una aproximación cualitativa a la depresión, utilizando un enfoque lo más amplio posible, sintetizando la evidencia existente en estudios previos y poniéndola en relación con la

evidencia derivada de un nuevo trabajo empírico, en el que se ha puesto el foco en diferentes perspectivas: la de los pacientes, la de los familiares y la de los profesionales. La integración de ambas fuentes de información (primaria y secundaria) y de las tres perspectivas, no sólo contribuye a comprender mejor el trastorno depresivo en sus múltiples dimensiones, sino que posee implicaciones concretas para la práctica clínica. En la tabla 6 se resumen las principales implicaciones para cada una de las fases del proceso asistencial.

Tabla 6: Principales implicaciones para la práctica clínica

Momento del proceso asistencial	Implicaciones para la práctica clínica
Entrada al sistema sanitario	• La forma en que los pacientes entienden la depresión, sus causas, síntomas, repercusiones y evolución son cruciales para la detección y manejo. Se deberán promover explicaciones asociadas a la efectividad de las medidas preventivas y de los diferentes tratamientos. • Es necesario establecer una relación médico-paciente empática y abierta, basada en la colaboración. • El estigma tiene consecuencias muy negativas en la vivencia de la depresión, por lo que los profesionales deberán tenerlo en cuenta y ayudar a la normalización de la misma.
Evaluación y diagnóstico	• En la evaluación se tendrá en cuenta la heterogeneidad de la presentación de la depresión, los factores sociales que puedan estar favoreciendo el desarrollo y mantenimiento de los síntomas y el significado e impacto de la depresión a nivel personal y familiar. • La ideación suicida se reconoce como uno de los síntomas más frecuentes de la depresión, por lo que deberá abordarse siempre en la evaluación. • Aportar información sobre la naturaleza de la depresión y las posibles estrategias terapéuticas.
Tratamiento	• Algunos de los aspectos que deben mejorarse son la información que se aporta sobre cada uno de las opciones terapéuticas a pacientes y familiares, la comunicación con los profesionales y poner a disposición de los pacientes las alternativas terapéuticas disponibles. • Se deberá adecuar el tratamiento a los pacientes de forma individualizada, teniendo en cuenta las perspectivas sobre cada tratamiento y las necesidades. • Las creencias y papel atribuido a cada tipo tratamiento son de vital importancia en la adherencia y efectividad del mismo. • Favorecer la toma de decisiones compartida.
Seguimiento	• Favorecer un adecuado seguimiento del trastorno, que permita evaluar el impacto de la depresión en todas sus dimensiones. • Se ofrecerá apoyo tanto al paciente como a sus familiares para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. • Se aportará información sobre las asociaciones o recursos disponibles.

Futuras investigaciones deberán centrarse en seguir profundizando en la vivencia de la depresión y la efectividad de los diferentes tratamientos e intervenciones, haciendo énfasis, al mismo tiempo, en los factores que los modulan, como los socioeconómicos, culturales y estructurales.

El manejo de la depresión es una labor compleja, que requiere la puesta en marcha de medidas de diferente naturaleza en aras de mejorar y optimizar la práctica clínica. Para ello es necesario seguir apostando por complementar la investigación tradicional con trabajos de naturaleza cualitativa que permitan incorporar la perspectiva del paciente y su entorno familiar. Conocer sus necesidades, motivaciones, actitudes y percepciones es a día de hoy tan importante como la búsqueda permanente de más y mejores tratamientos. En consecuencia, la incorporación de la evidencia cualitativa y la participación activa del paciente en las Guías de Práctica Clínica resulta crucial.

6. Anexos

Anexo A. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Estrategia 1. Perspectiva de pacientes y familiares

1. anthropology, cultural/ or focus groups/ or exp tape recording/ or interview/ or narration/ or nursing methodology research/ or observation/ or qualitative research/ or sampling studies/ or cluster analysis/ or videodisc recording/
2. anthropology, cultural/ or audiorecording/ or cluster analysis/ or constant comparative or ethod/ or content analysis/ or discourse analysis/ or ethnology/ or field studies/ or focus groups/ or "information processing (iowa noc)"/ or interviews/ or life experiences/ or narratives/ or observation methods/ or purposive sample/ or exp qualitative studies/ or semi structured interview/ or exp storytelling/ or structured interview/ or thematic analysis/ or theoretical sample/ or videodiscs/
3. cluster analysis/ or constant comparative method/ or content analysis/ or cultural anthropology/ or discourse analysis/ or ethnographic research/ or ethnography/ or ethnology/ or ethnonursing research/ or field study/ or grounded theory/ or information processing/ or nursing methodology research/ or personal experience/ or phenomenology/ or purposive sample/ or qualitative research/ or exp recording/ or semi structured interview/ or storytelling/ or structured interview/ or tape recorder/ or thematic analysis/ or theoretical sample/
4. "culture (anthropological)"/ or cluster analysis/ or content analysis/ or discourse analysis/ or ethnography/ or "experiences (events)"/ or grounded theory/ or interviews/ or life experiences/ or narratives/ or observation methods/ or phenomenology/ or qualitative research/ or structured clinical interview/ or exp tape recorders/ or storytelling/ or (field study or interview or focus group or qualitative study).md.
5. (qualitative$ or ethno$ or emic or etic or heuristic or semiotics).ti,ab.
6. ((focus$ or structured) adj2 interview$).ti,ab.

7. (((audio or tape or video$) adj5 record$) or audiorecord$ or taperecord$ or videorecord$ or videotap$).ti,ab.
8. (story or stories or storytell$ or story tell$).ti,ab.
9. testimon$.ti,ab.
10. ((focus adj4 (group$ or sampl$)) or narrat$ or ((life or lived) adj experience$)).ti,ab.
11. ((participant$ or nonparticipant$) adj3 observ$).ti,ab.
12. (constant adj (comparative or comparison)).ti,ab.
13. (content analy$ or (field adj (note$ or record$ or stud$ or research)) or fieldnote$).ti,ab.
14. (data adj1 saturat$).ti,ab.
15. discourse analys?s.ti,ab.
16. (grounded adj (theor$ or study or studies or research)).ti,ab.
17. (hermeneutic$ or heidegger$ or husserl$ or colaizzi$ or giorgi$ or glaser or spiegelberg$ or strauss).ti,ab.
18. (maximum variation or snowball).ti,ab.
19. (cross case analys$ or eppi approach or metaethno$ or meta ethno$ or metanarrative$ or meta narrative$ or meta overview or metaoverview or metastud$ or meta stud$ or metasummar$ or meta summar$ or qualitative overview$ or ((critical interpretative or evidence or meta or mixed methods or multilevel or multi level or narrative or parallel or realist) adj synthes$) or metasynthes$). ti,ab. or (qualitative$ and (metaanal$ or meta anal$ or synthes$ or systematic review$)).ti,ab,hw,pt.
20. purpos$ sampl$.ti,ab.
21. (structured categor$ or unstructured categor$).ti,ab.
22. ((thematic$ adj3 analys$) or themes).ti,ab.
23. (theoretical sampl$ or ricoeur or spiegelberg$ or merleau).ti,ab.
24. (van kaam$ or van manen or constant compar$).ti,ab.
25. action research.ti,ab.
26. human science.ti,ab.
27. (critical social$ or ethical enquiry or (pilot testing and survey) or shadowing or ((philosophical or social) adj research$)).ti,ab.

28. or/1-27
29. health care surveys/ or exp health surveys/
30. surveys/
31. health care survey/ or health survey/
32. exp surveys/
33. (survey$ or question$).ti,ab.
34. or/29-33
35. exp attitude to health/ or exp consumer satisfaction/ or exp patient acceptance of health care/ or patient-centered care/ or patient education/ or patient education handout/ or personal satisfaction/
36. attitude to disability/ or exp attitude to health/ or exp attitude to illness/ or attitude to life/ or consumer attitudes/ or exp family attitudes/ or patient attitudes/ or patient education/ or patient education (iowa nic) (non-cinahl)/ or patient satisfaction/ or consumer satisfaction/ or patient-centered care/ or exp personal satisfaction/
37. attitude to disability/ or attitude to health/ or attitude to illness/ or attitude to life/ or attitude to mental illness/ or consumer attitude/ or exp family attitude/ or exp patient attitude/ or patient education/ or patient satisfaction/
38. exp client attitudes/ or client education/ or exp consumer attitudes/ or femal attitudes/ or health attitudes/ or male attitudes/ or exp parental attitudes/ or exp patient attitude/
39. (account$ or anxieties or attitude$ or barriers or belief$ or buyin or buy in$1 or cooperat$ or co operat$ or expectation$ or experienc$ or feedback or involv$ or opinion$ or participat$ or perceived need$ or (perception$ not speech perception) or perspective$ or preferen$ or satisf$ or view$ or voices or worry).ti,ab.
40. or/35-39
41. 28 or (34 and 40)
42. ((adult$ or attender$ or carer$ or caregiver$ or care giver$ or client$ or consumer$ or customer$ or famil$ or father$ or individual$ or mentor$ mother$ or patient$ or people$ or person$ or teacher$ or women or user$) adj3 (account$ or anxieties or attitude$ or barriers or belief$ or buyin or buy in$1 or cooperat$ or co operat$ or expectation$ or experienc$ or feedback or involv$

or opinion$ or participat$ or perceived need$ or (perception$ not speech perception) or perspective$ or preferen$ or satisf$ or view$ or voices or worry)).ti,ab.

43. ((information adj (need$ or requirement$ or support$)) or patient information).ti,ab.

44. (service$ adj2 (acceptab$ or unacceptab$)).ti,ab.

45. ((depress$ or dysphori$ or dysthym$ or melanchol$ or seasonal affective disorder$) and (account$ or anxieties or attitude$ or barriers or belief$ or buyin or buy in$1 or cooperat$ or co operat$ or expectation$ or experienc$ or feedback or involv$ or opinion$ or participat$ or perceived need$ or (perception$ not speech perception) or perspective$ or preferen$ or satisf$ or view$ or voices or worry)).ti.

46. or/41-45

47. (depression or depressive disorder or depression, postpartum or depressive disorder, major or dysthymic disorder or mood disorders or seasonal affective disorder).sh,id.

48. (affective disorders or depression or depression, postpartum or depression, reactive or dysthymic disorder or seasonal affective disorder).sh,id.

49. (depression or agitated depression or atypical depression or depressive psychosis or dysphoria or dysthymia or endogenous depression or involutional depression or major depression or masked depression or melancholia or mood disorder or mourning syndrome or organic depression or postoperative depression or premenstrual dysphoric disorder or pseudodementia or puerperal depression or reactive depression or recurrent brief depression or seasonal affective disorder).sh,id. Or "mixed anxiety and depression"/ or "mixed depression and dementia"/(affective disorders or anaclitic depression or dysthymic disorder or endogenous depression or major depression or postpartum depression or reactive depression or recurrent depression or treatment resistant depression or atypical depression or pseudodementia or sadness or seasonal affective disorder).sh,id. or "depression (emotion)"/
(depress$ or dysphori$ or dysthym$ or melanchol$ or seasonal affective disorder$).tw.
or/47-49

50. 46 AND 49

Estrategia 2. Perspectiva de los profesionales

1. anthropology, cultural/ or focus groups/ or exp tape recording/ or interview/ or narration/ or nursing methodology research/ or observation/ or qualitative research/ or sampling studies/ or cluster analysis/ or videodisc recording/
2. anthropology, cultural/ or audiorecording/ or cluster analysis/ or constant comparative.mp. or ethod/ or content analysis/ or discourse analysis/ or ethnology/ or field studies/ or focus groups/ or interviews/ or life experiences/ or narratives/ or observation methods/ or purposive sample/ or exp qualitative studies/ or semi structured interview/ or exp storytelling/ or structured interview/ or thematic analysis/ or theoretical sample/ or videodiscs/ [mp=title, abstract, subject headings, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword]
3. cluster analysis/ or constant comparative method/ or content analysis/ or cultural anthropology/ or discourse analysis/ or ethnographic research/ or ethnography/ or ethnology/ or ethnonursing research/ or field study/ or grounded theory/ or information processing/ or nursing methodology research/ or personal experience/ or phenomenology/ or purposive sample/ or qualitative research/ or exp recording/ or semi structured interview/ or storytelling/ or structured interview/ or tape recorder/ or thematic analysis/ or theoretical sample/
4. "culture (anthropological)"/ or cluster analysis/ or content analysis/ or discourse analysis/ or ethnography/ or "experiences (events)"/ or grounded theory/ or interviews/ or life experiences/ or narratives/ or observation methods/ or phenomenology/ or qualitative research/ or structured clinical interview/ or exp tape recorders/ or storytelling/ or (field study or interview or focus group or qualitative study).md.
5. (qualitative$ or ethno$ or emic or etic or heuristic or semiotics).ti,ab.
6. ((focus$ or structured) adj2 interview$).ti,ab.
7. (((audio or tape or video$) adj5 record$) or audiorecord$ or taperecord$ or videorecord$ or videotap$).ti,ab.
8. (story or stories or storytell$ or story tell$).ti,ab.

9. testimon$.ti,ab.
10. ((focus adj4 (group$ or sampl$)) or narrat$ or ((life or lived) adj experience$)).ti,ab.
11. ((participant$ or nonparticipant$) adj3 observ$).ti,ab.
12. (constant adj (comparative or comparison)).ti,ab.
13. (content analy$ or (field adj (note$ or record$ or stud$ or research)) or fieldnote$).ti,ab.
14. (data adj1 saturat$).ti,ab.
15. discourse analys?s.ti,ab.
16. (grounded adj (theor$ or study or studies or research)).ti,ab.
17. (hermeneutic$ or heidegger$ or husserl$ or colaizzi$ or giorgi$ or glaser or spiegelberg$ or strauss).ti,ab.
18. (maximum variation or snowball).ti,ab.
19. (cross case analys$ or eppi approach or metaethno$ or meta ethno$ or metanarrative$ or meta narrative$ or meta overview or metaoverview or metastud$ or meta stud$ or metasummar$ or meta summar$ or qualitative overview$ or ((critical interpretative or evidence or meta or mixed methods or multilevel or multi level or narrative or parallel or realist) adj synthes$) or metasynthes$). ti,ab. or (qualitative$ and (metaanal$ or meta anal$ or synthes$ or systematic review$)).ti,ab,hw,pt.
20. purpos$ sampl$.ti,ab.
21. (structured categor$ or unstructured categor$).ti,ab.
22. ((thematic$ adj3 analys$) or themes).ti,ab.
23. (theoretical sampl$ or ricoeur or spiegelberg$ or merleau).ti,ab.
24. (van kaam$ or van manen or constant compar$).ti,ab.
25. action research.ti,ab.
26. human science.ti,ab.
27. (critical social$ or ethical enquiry or (pilot testing and survey) or shadowing or ((philosophical or social) adj research$)).ti,ab.
28. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27

29. health care surveys/ or exp health surveys/
30. surveys/ (355)
31. health care survey/ or health survey/
32. exp surveys/ (0)
33. (survey$ or question$).ti,ab.
34. 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33
35. (depression or depressive disorder or depression, postpartum or depressive disorder, major or dysthymic disorder or mood disorders or seasonal affective disorder).sh,id.
36. (affective disorders or depression or depression, postpartum or depression, reactive or dysthymic disorder or seasonal affective disorder).sh,id.
37. (depression or agitated depression or atypical depression or depressive psychosis or dysphoria or dysthymia or endogenous depression or involutional depression or major depression or masked depression or melancholia or mood disorder or mourning syndrome or organic depression or postoperative depression or premenstrual dysphoric disorder or pseudodementia or puerperal depression or reactive depression or recurrent brief depression or seasonal affective disorder).sh,id.
38. (affective disorders or anaclitic depression or dysthymic disorder or endogenous depression or major depression or postpartum depression or reactive depression or recurrent depression or treatment resistant depression or atypical depression or pseudodementia or sadness or seasonal affective disorder).sh,id.
39. "depression (emotion)"/
40. (37 or 38 or 39) not (35 or 36)
41. limit 40 to (human and ("300 adulthood <age 18 yrs and older>" or 320 young adulthood <age 18 to 29 yrs> or 340 thirties <age 30 to 39 yrs> or 360 middle age <age 40 to 64 yrs> or "380 aged <age 65 yrs and older>" or "390 very old <age 85 yrs and older>") and yr="2009 -Current")
42. exp clinicians/
43. exp health personnel/
44. 44 exp Medical Personnel/ or exp Health Personnel/ or exp Nurses/

45. exp General Practitioners/
46. exp Psychologists/ or exp Clinical Psychologists/
47. psychiatrists/ or mental health personnel/ or physicians/
48. 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47
49. (psychiatrist* or psychologist* or general practitioner* or medical personnel or health personnel or clinician* or nurse*).ab,ti.
50. 48 or 49
51. 34 and 40 and 50
52. exp Attitudes/
53. exp Perception/
54. exp Health Personnel Attitudes/
55. (perception or belief or arritude).mp.
56. 52 or 53 or 54 or 55
57. 51 and 56

Anexo B. Criterios empleados para la valoración de la calidad de los estudios cualitativos

Aspectos a considerar para la evaluación de la calidad de los estudios cualitativos
1. Claridad de objetivos
2. Metodología cualitativa apropiada
3. Diseño apropiado
4. Estrategia de selección de participantes apropiada
5. Procedimiento de recogida de datos apropiado
6. Reflexividad sobre la relación entre el investigador y los participantes
7. Aspectos éticos
8. Análisis de datos riguroso
9. Exposición clara de los resultados
10. Aplicabilidad de los resultados
La calidad metodológica de cada estudio se clasificará según este *checklist* en: ++: todos o la mayoría de los criterios se han cumplido. En el caso en el que alguno no se haya cumplido, es muy poco probable que las conclusiones del estudio se alteren. +: algunos de los criterios se han cumplido. Aquellos criterios que no se han cumplido o no se describen adecuadamente poco probable que alteren las conclusiones. -: pocos o ningún criterio cumplido. Las conclusiones probable o muy probable que las conclusiones del estudio se alteren.
Fuente: adaptado de *checklist* de CASPe *(Critical Appraisal Skills Programme)* (33) y *Goldsmith et al.* (2007) (34).

Anexo C. Guía de tópicos de los grupos focales con pacientes familiares y profesionales

GUÍA DE TÓPICOS PACIENTES/FAMILIARES

BLOQUE 1: LA VIVENCIA DE LA DEPRESIÓN

- ¿Sabíais que la depresión es el problema de salud más frecuente….?
- ¿Se le da la importancia que merece?
- ¿La gente es consciente del problema que supone y lo difícil que es para quien la sufre?
- ¿En qué sentido?
- ¿Qué fue lo que más os ayudó a vosotros a salir?
- ¿Qué consejos le daríais a alguien que está atravesando una depresión?
- ¿Nos damos cuenta posiblemente tarde de que estamos ante un problema de depresión?
- ¿Cómo fue vuestro caso?
- ¿Cuándo decidisteis acudir a un médico? os animó alguien?
- ¿Fuisteis solos?
- ¿Cómo disteis ese primer paso?
- ¿Con qué os encontrasteis?
- ¿Cómo fue ese primer paso?

BLOQUE 2: EL PROCESO DEPRESIVO Y EL PROCESO ASISTENCIAL

- ¿Cómo fue el diagnóstico?
- ¿Cómo fue el tratamiento?
- ¿Cada cuánto tiempo ibais al centro de salud?
- ¿Cómo era el contacto con los médicos?
- ¿Cuánto duró el tratamiento?

TAREA CARTULINA: Seguro que a lo largo de todo el proceso hubo momentos mejores y peores. Me gustaría que recordaseis durante cinco minutos cómo fue vuestra experiencia y los momentos más importantes en vuestra evolución. Poned caras rojas en los momentos malos y verdes en los buenos.

- ¿Qué cosas importantes os fueron pasando?
- ¿En qué momentos lo pasasteis peor? ¿Cuándo? ¿Por qué?
- ¿Hubo algún momento bueno? ¿Alguna experiencia agradable en todo el proceso? ¿Cuándo? ¿Qué cosas o personas os ayudaron?
- ¿Estuvieron los profesionales a la altura de cada momento?
- ¿En qué momentos tuvieron mayor presencia y cómo lo hicieron?
- ¿Qué hicieron?
- ¿Qué os hubiera gustado que hicieran?

BLOQUE 3: VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

- La sanidad pública, ¿ayuda realmente? ¿Ayuda bien?
- De todos los profesionales que te atendieron, ¿quién es para ti el más importante?
- ¿Cuál fue tu relación con los diferentes profesionales que te atendieron?
- ¿Quién dirías que te ayudó más?: el médico de primaria, el psiquiatra, el psicólogo, la enfermera de salud mental…

TAREA FICHAS. Me gustaría que valoraseis a cada uno de los profesionales con los que tuvisteis contacto. PIZARRA Y PUESTA EN COMÚN

- ¿Dónde creéis que falla la sanidad pública?
- ¿Qué habría que mejorar?
- ¿Es cuestión de las personas? ¿De los tratamientos? ¿De qué es cuestión?

BLOQUE 4: NECESIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN PRIVADA

- ¿Alguno de vosotros acudió a una consulta privada?
- ¿Psicólogo o psiquiatra?

- ¿Por qué?
- ¿En qué momento?
- ¿Cómo os fue qué valoración haríais?

BLOQUE 5: TRATAMIENTOS Y RECOMENDACIONES

- ¿Qué tipos de tratamientos para la depresión conoces?
- ¿Quién te ha informado de la existencia de estos tratamientos?
- ¿cuál recibiste?
- ¿Fuiste informado de todos los tratamientos disponibles para la depresión?
- ¿Te hubiera gustado haber recibido más información de cada uno de ellos?
- ¿Quién y cómo se tomó la decisión de qué tratamiento ibas a recibir?
- ¿Cuál fue tu experiencia con el tratamiento que recibiste? ¿Cómo lo valorarías?
- ¿Qué recomendaciones harías para mejorar el tratamiento de la depresión?
- ¿Qué consejos le darías a una persona que empezase a sufrir una depresión?
- ¿Dónde están las claves para salir pronto y bien?

GUÍA DE TÓPICOS PROFESIONALES

BLOQUE 1: LA DEPRESIÓN, ACTITUDES E IMPACTO

- ¿Cuál es vuestra experiencia con el manejo de la depresión? ¿La depresión supone una importante carga de trabajo?
- ¿Creéis que en general los profesionales tenéis una actitud negativa o pesimista hacia la depresión y su manejo? ¿De qué dependen esas actitudes y en qué pueden influir?
- ¿Existe algún aspecto de la depresión, como por ejemplo su relación con la conducta suicida, que causen especial rechazo o temor entre los profesionales?

- ¿Consideráis que la depresión es una enfermedad estigmatizada? ¿Los profesionales estigmatizan a la persona con depresión?
- ¿Cuál creéis que es el impacto del proceso depresivo en el paciente?
- En general, la depresión afecta de manera importante tanto a nivel personal como al círculo familiar del paciente. ¿Lo tenéis en consideración? ¿Abordáis el posible efecto de la depresión sobre los familiares más directos?
- ¿Los trabajadores sociales o las Asociaciones tienen algún papel en esto?

BLOQUE 2: EL PROCESO ASISTENCIAL: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

- ¿Consideráis qué el diagnóstico de depresión es fácil para los clínicos? A vuestro juicio, ¿la depresión está infradiagnosticada? O por el contrario, ¿el diagnóstico de la depresión en ocasiones supone la "medicalización" de un problema social?
- ¿Hay diferencias en el diagnóstico en los diferentes niveles asistenciales? ¿Tienen las mismas posibilidades diagnósticas?
- ¿Qué factores pueden facilitar o impedir el diagnóstico?
- ¿Soléis utilizar escalas? Y si es así: ¿cuáles?
- ¿Creéis que la información que se da a los pacientes tras el diagnóstico es adecuada?
- El diagnóstico, ¿suele ir asociado con un plan de tratamiento?
- Barreras y facilitadores para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

- ¿Cuáles son los tratamientos más empleados para la depresión?
- ¿Creéis que la depresión se trata cuando es necesario? ¿O existen factores que influyen tanto en el infratratamiento como en el sobretratamiento de la depresión?
- ¿Hay diferencias de tratamiento según el nivel asistencial?
- ¿Antidepresivos: qué factores se tienen en cuenta a la hora de prescribirlos?
- ¿Psicoterapia: cuál es la actitud de los profesionales hacia la psicoterapia? Está suficientemente disponible?
- ¿Terapia electroconvulsiva?
- ¿Se suelen llevar a cabo otras intervenciones (relajación, biblioterapia, ejercicio físico, musicoterapia, acupuntura, hierba de San Juan, etc...)?
- Normalmente se prescribe un tratamiento u otro en función de la gravedad de la depresión? Es decir, ¿hay algún tipo de escalonamiento en el tratamiento de la depresión?
- ¿Cómo se realiza normalmente la toma de decisiones sobre el tratamiento? ¿se consensua con el paciente o con el equipo de salud mental?
- ¿Pensáis que los pacientes tienen suficiente información sobre las diferentes opciones de tratamiento? ¿Se realiza una adecuada Psicoeducación?
- ¿Creéis que la información que tienen los pacientes influyen en las expectativas que tienen del tratamiento?

SEGUIMIENTO

- ¿Creéis que se realiza un adecuado seguimiento?
- ¿Cuáles son las variables clave que indican si el tratamiento está siendo eficaz?
- ¿Existe una adecuada comunicación entre los diferentes niveles asistenciales?
- ¿Cuál es el papel de otros recursos disponibles como las asociaciones de pacientes?

TAREA: Valoración del manejo de la depresión mayor. Me gustaría que valoraseis que aspectos del proceso de atención de la depresión consideráis que globalmente se están haciendo bien, cuáles se están haciendo mal y en cuales habría que hacer especial énfasis. PIZARRA Y PUESTA EN COMÚN

BLOQUE 3: FORMACIÓN Y GPC

- ¿Confiáis en vuestras habilidades y conocimientos para tratar la depresión?, ¿Cuesta estar al día con toda la evidencia que va surgiendo?
- Necesidades de información y de una guía: argumentario
- Ayudas sobre depresión en HCe, ¿podría ser interesante? ¿Qué se necesita?
- ¿Cuál es vuestra visión general sobre el papel de las GPC? ¿Creéis que la implementación de una GPC sobre depresión mayor podría mejorar la práctica clínica? ¿La percibís como una herramienta clínica importante?
- Para terminar, enumerar algunas recomendaciones para mejorar el manejo de la depresión que para vosotros son imprescindibles.

Anexo D. Tareas empleadas en los grupos focales de pacientes/familiares y profesionales

Figura 2: Tarea de revisión del proceso realizada por pacientes y familiares

Figura 3: Tarea de valoración de los profesionales realizada por pacientes y familiares

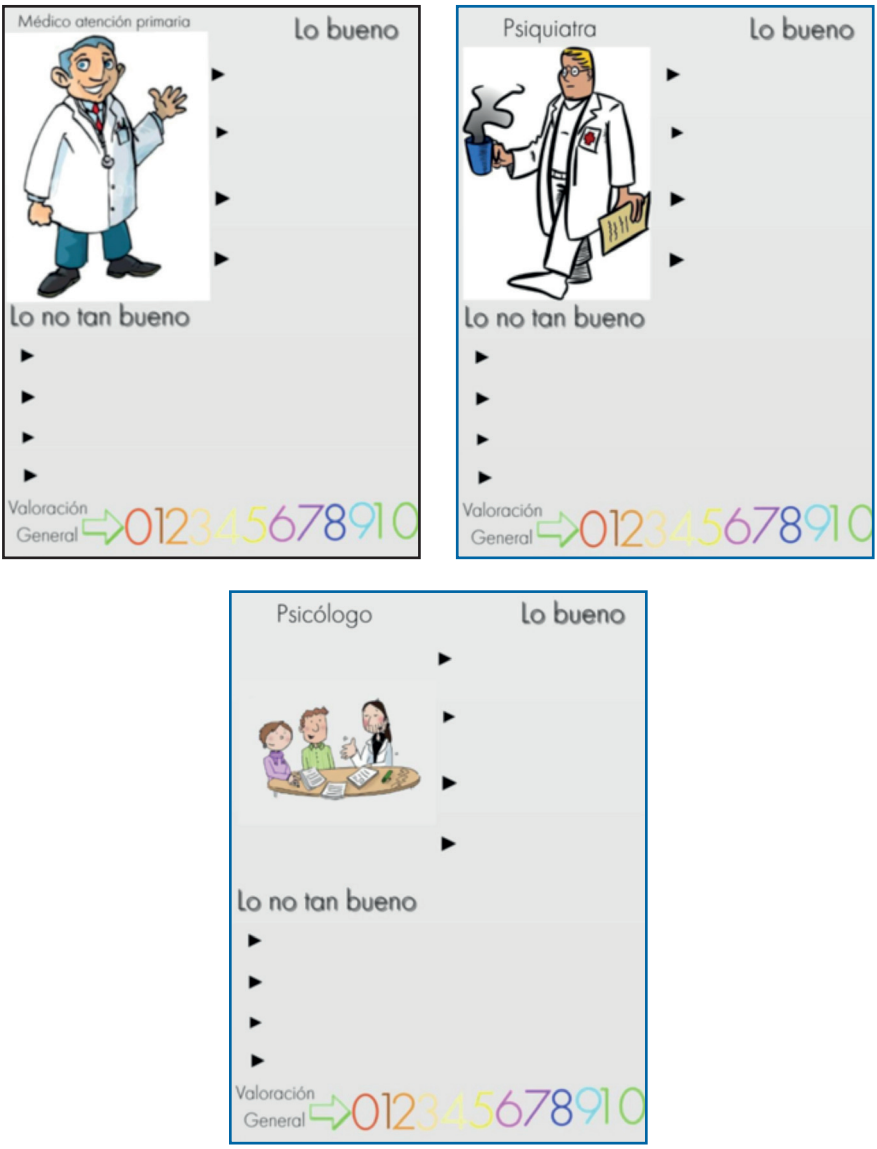
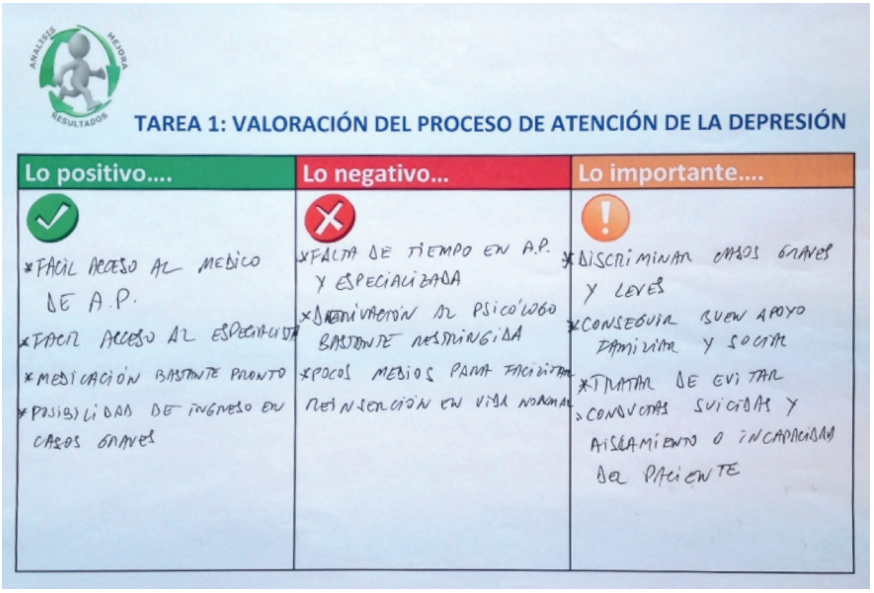


Figura 4: Tarea de valoración del proceso realizada por los profesionales



Anexo E. Resultados de la búsqueda bibliográfica: número de estudios incluidos e excluidos y razones de la exclusión

Figura 5: Resultados de la estrategia bibliográfica 1 (pacientes y familiares)

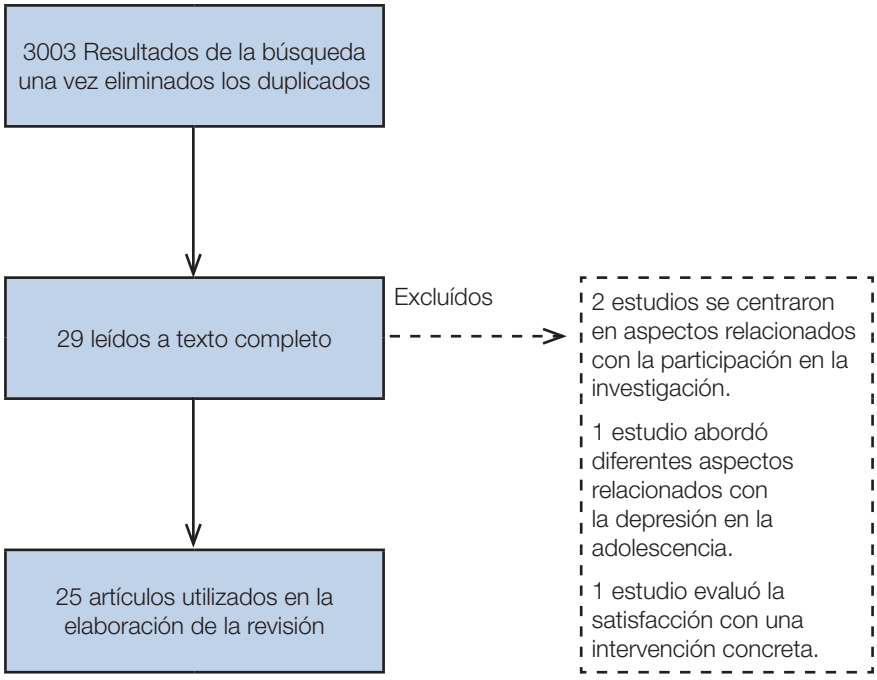
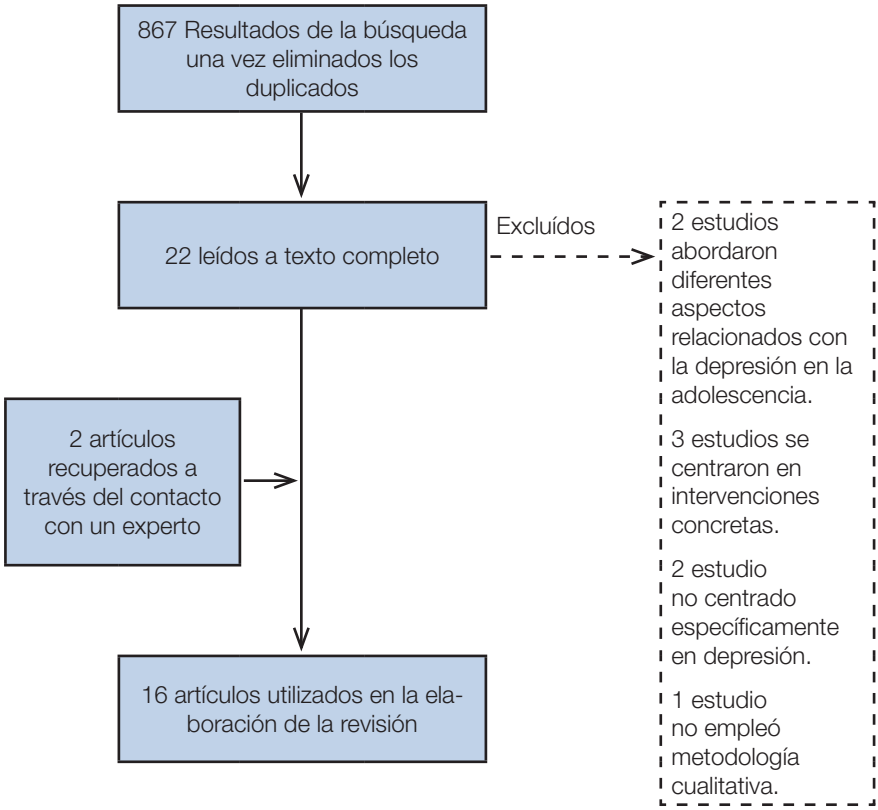


Figura 6: Resultados de la estrategia bibliográfica 2 (profesionales)



Anexo F. Estudios excluidos

Cita	Motivo de exclusión
Tallon D, Mulligan J, Wiles N, Thomas L, Peters TJ, Elgie R, et al. Involving patients with depression in research: survey of patients' attitudes to participation. British Journal of General Practice. 2011;61(585):134-41.	Centrado en aspectos relacionados con la participación en la investigación
Battle CL, Uebelacker L, Friedman MA, Cardemil EV, Beevers CG, Miller IW. Treatment goals of depressed outpatients: a qualitative investigation of goals identified by participants in a depression treatment trial. J Psychiatr Pract. 2010;16(6):425-30.	Centrado en aspectos relacionados con la participación en la investigación
McCann TV, Lubman DI. Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: a qualitative study. J Clin Nurs. 2012 Aug;21(15-16):2179-87.	Adolescencia
Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, Petersen JJ.Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):114-9.	Intervención concreta
Simmons MB, Hetrick SE, Jorm AF. Making decisions about treatment for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study of clinicians' experiences. BMC Psychiatry. 2013 Dec 12;13:335.	Adolescencia
Simmons MB, Hetrick SE, Jorm AF. Experiences of treatment decision making for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study in primary care and specialist mental health settings. BMC Psychiatry. 2011 Dec 12;11:194.	Adolescencia
Bennett M, Walters K, Drennan V, Buszewicz M. Structured pro-active care for chronic depression by practice nurses in primary care: a qualitative evaluation. PLoS One. 2013;8(9):e75810.	Modelo concreto
Franx G, Meeuwissen JA, Sinnema H, Spijker J, Huyser J, Wensing M, de Lange J. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. A quality improvement report. Int J Integr Care. 2009 Jun 15;9:e84.	Modelo concreto
Gensichen J1, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Güthlin C, Mergenthal K, Kleppel V, Gerlach FM, Petersen JJ.Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. Ann Fam Med. 2009 Nov-Dec;7(6):513-9.	Modelo concreto

Cita	Motivo de exclusión
Vogt F1, Armstrong D, Marteau TM. General practitioners' perceptions of the effectiveness of medical interventions: an exploration of underlying constructs. Implement Sci. 2010 Feb 16;5:17.	No centrado específicamente en depresión
Chur-Hansen A1, Taverner R, Barrett RJ, Hugo M. Mental health nurses' and psychiatrists' views on the prognosis of schizophrenia and depression: an exploratory, qualitative investigation. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005 Oct;12(5):607-13.	No centrado específicamente en depresión
Hetrick SE, Thompson A, Yuen K, Finch S, Parker AG.Is there a gap between recommended and 'real world' practice in the management of depression in young people? A medical file audit of practice. BMC Health Serv Res. 2012 Jun 27;12:178.	No metodología cualitativa

Anexo G. Tablas de evidencia: perspectiva de pacientes/familiares

Estudio	**Alderson et al., 2012 (19)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivo	Investigar las experiencias y perspectivas de los pacientes con depresión y enfermedad física crónica.
Método	Método mixto de revisión sistemática cualitativa (análisis temático) y cuantitativa. Búsqueda bibliográfica: Medline, Embase, PsychInfo, Cinahl, Biosis, Web of Science, The Cochrane Library, UKCRN portfolio, National Research Register Archive, Clinicaltrials.gov, OpenSIGLE. Hasta diciembre de 2010. Tras el análisis temático y os aspectos más relevantes de la percepción de la enfermedad se clasificaron según la "Representación de la enfermedad de Leventhal" (incluye cinco grandes categorías: identidad, causa, consecuencias, control y tratamiento, representación emocional), categorización muy empleada en los estudios revisados. Cuando se encontraron temas no adecuadamente representados en estas categorías, se consensuaron y añadieron nuevos temas.
Muestra	Pacientes con depresión, con y sin enfermedad física crónica.
Resultados	Se incluyeron 65 estudios, la mayoría realizados en EEUU y Reino Unido. De los 65 estudios solo dos se centraron en la percepción de la depresión en pacientes con enfermedad crónica y depresión, el resto con depresión en general. Entre los aspectos más relevantes destacaron: dificultad de valorar la depresión por parte de los profesionales, multitud de factores implicados en el origen de la enfermedad, papel del tratamiento y visión del impacto de la enfermedad, existencia de una "espiral de depresión", depresión como estado, importancia de la ideación suicida y del papel del estigma en la vivencia de la depresión.
Conclusión	Necesidad de conocer las creencias de los pacientes para enfocar el manejo de la depresión y desarrollar estrategias de detección en pacientes con enfermedad crónica. Destaca la importancia de comprender la forma en que estos pacientes piden ayuda y se relacionan con el sistema sanitario.
Limitaciones	Aunque el objetivo principal era el de revisar estudios de pacientes con enfermedad física crónica y depresión, de los 65 estudios incluidos, solo dos fueron diseñados para este fin. Además la revisión se centra en el ámbito de la atención primaria.
Calidad metodológica	Q++

Estudio	Chakrabarti et al., 2010 (56)
País	India
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivo	Revisar la información disponible sobre la percepción y la visión de los pacientes sobre la TEC.
Método	Búsqueda bibliográfica: Pubmed, PsycInfo. Criterios de inclusión/exclusión: se incluyeron estudios cualitativos y observacionales, informes de organizaciones de consumidores.
Muestra	Pacientes con depresión, con y sin enfermedad física crónica.
Resultados	Se incluyeron 68 estudios y 7 informes de organizaciones de consumidores (29 en Reino Unido,14 en USA, 10 en India,7 en Australia 7, 3 en Canadá, 2 en Suecia, 2 en Bélgica, 2 en Dinamarca, y 1 en Francia, República Checa, Turquía, Argentina, Brasil, Hong Kong, Pakistán, Irán, Japón).De todos ellos, solo uno (Chavan et al., 2006) incluyó exclusivamente pacientes que no recibieron TEC; la mayoría recibieron TEC por depresión, trastornos psicóticos o manía. Información sobre TEC y consentimiento informado: Una proporción variable de pacientes desconocen el procedimiento y mecanismos de la TEC. Además de la falta de información, la obtención del consentimiento informado es un aspecto que genera disconformidad en los pacientes. En muchos casos los pacientes dan su consentimiento porque creen que no hay otra salida, o su decisión se basa en creencias erróneas como que su depresión es demasiado prolongada como para no hacerlo, o que la TEC va a borrar pensamientos negativos. Experiencias de los pacientes: aproximadamente la mitad de los pacientes que reciben TEC (48%) sienten miedo y ansiedad, la mayor parte de las preocupaciones tienen que ver con el miedo acerca de los posibles daños cerebrales y efectos secundarios como la pérdida de memoria. Otros factores que generan estrés son el tiempo de espera, la anestesia y el momento de despertar después de la anestesia. Sobre los efectos secundarios el más frecuente es la pérdida de memoria, aunque se señalan otros como dolores musculares, confusión, cefalea, náuseas y vómitos. Actitudes: en la mayoría de los estudios los pacientes tienen una actitud favorable a la TEC, aunque existe una proporción de pacientes con puntos de vista muy negativos.
Conclusión	En general existe evidencia de una buena actitud hacia la TEC en los pacientes. Sin embargo algunos puntos que deben mejorarse son: información sobre el procedimiento y los efectos secundarios, así como mejorar la satisfacción con la experiencia de tratamiento.
Calidad metodológica	Q++

Estudio	**Johansson et al., 2009 (44)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivo	Conocer cómo se conceptualiza la depresión en relación al género.
Método	3 fuentes: entrevistas con pacientes, medios de comunicación e investigación. Entrevistas con pacientes: datos de 20 entrevistas en profundidad con pacientes con depresión, publicadas en 2 artículos. Información en los medios de comunicación: se incluyeron 26 noticias seleccionadas de entre 1151 artículos sobre depresión publicados en la prensa, se hizo un análisis cualitativo de las mismas. Artículos científicos: 82 artículos seleccionados en Pubmed en el año 2002. Se empleó el análisis del discurso, propuesto por Potter y Wethrell (1987).
Resultados	El análisis de los datos mostró tres temas en relación a la conceptualización de la depresión: descripción y reconocimiento de los síntomas, causas de la depresión y contexto. Pacientes: hacen descripciones personales de los sentimientos y síntomas, ponen ejemplos externos o internos para explicar la depresión (estrés, trabajo, personalidad…) y de la complejidad de la depresión en relación a los factores del contexto. Medios de comunicación: descripción de los signos, emociones y síntomas; así como de circunstancias sociales, psicológicas y fisiológicas que subyacen al diagnóstico de depresión. Plantean la depresión como una enfermedad de la sociedad que afecta a los individuos. Artículos científicos: referencias a los criterios diagnósticos y a escalas. Intentos por identificar relaciones causales y factores de riesgo; modelos explicativos tanto biomédicos como psicosociales. Tanto en los discursos de los pacientes como en los medios, las descripciones de la sintomatología de mujeres y hombres reflejan estereotipos de género. Sin embargo este sesgo no parece estar presente en los artículos científicos.
Conclusión	Necesidad de desarrollar modelos pragmáticos para entender aspectos cruciales del trastorno, como el sexo, el género y los aspectos culturales.
Calidad metodológica	Q++

Estudio	**Ahlstrom et al., 2009 (41)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Describir la forma de vivir con depresión en las familias.
Método	Entrevistas narrativas grupales, análisis temático del contenido.
Muestra	N= 18 (7 familias con un adulto con depresión).
Resultados	Se extrajeron cinco temas: • Renunciar al control diario: dificultad en el manejo de la vida diaria. • Inestabilidad: la emocionalidad provoca baja estabilidad en la vida diaria y ambiente tenso. • Exclusión: las familias viven a parte del resto de la comunidad. • Dificultades en la vida diaria: el día a día se complica ante la presencia de un miembro con depresión. • Búsqueda de una salida: cada familia tiene sus propios mecanismos de enfrentamiento. Algunas actividades familiares como salir juntos o quedar con los amigos son beneficiosas. Los niños son conscientes de la situación y se ven afectados emocionalmente.
Conclusión	La vida familiar se ve alterada ante la presencia de la depresión, importancia de desarrollar estrategias para disminuir el impacto de la depresión en las familias, donde se tengan en cuenta a los niños.
Limitaciones	En algunos casos no pudo participar la familia entera, y se consiguió que pocas parejas participasen en el estudio.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Ahlstrom et al., 2010 (60)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Estudio cualitativo

Objetivo	Investigar el significado de la depresión en la vida familiar desde el punto de vista de los padres con el trastorno.
Método	Entrevistas narrativas con preguntas sobre 4 grandes áreas que los participantes tienen que ir narrando (vivir con depresión en la familia, el día a día con depresión, la llegada de la depresión a la familia, la recuperación de la depresión).
Muestra	N=8; 1 hombre y 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 38-50 años (mediana 46) Criterios de inclusión: familias con un padre adulto con depresión (DSM-IV) y con un hijo viviendo en casa o recientemente independizado.
Resultados	Se extrajeron 2 grandes temas: Dificultad en el manejo de la situación: con tres subtemas: desesperanza, sentirse despreciable e insatisfecho. Este tema describe como la depresión tiene un gran impacto en la familia, con una importante disminución del bienestar, pérdida de la confianza en uno mismo, sentimientos de abatimiento y ambiente familiar tenso. Reconciliarse con la situación: sentirse activo, satisfecho y mantener el sentimiento de paternidad. Describe las situación en la que es posible un cambio
Conclusión	El sufrimiento por la presencia de depresión en la familia y la continua reafirmación de la dignidad individual y familiar son cruciales.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Calderón et al., 2012 (18)**
País	España
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer las vivencias de los pacientes en tratamiento por depresión según sean atendidos por médicos de familia o por psiquiatras, para identificar estrategias de mejora de la atención prestada.
Método	Metodología cualitativa orientada a la investigación de servicios de salud. Diseño exploratorio. Generación de información mediante 5 grupos de discusión y 2 entrevistas en profundidad realizadas en 2009 y 2010. Grabación y transcripción, previo compromiso de confidencialidad y consentimiento informado. Análisis sociológico de los discursos. Triangulación de técnicas y contraste entre los investigadores.
Muestra	31 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados de depresión y en tratamiento farmacológico durante al menos un año, procedentes de 20 centros de salud y 8 de salud mental del Servicio Vasco de Salud, agrupados según profesional (médico de familia o psiquiatra) y nivel socioeconómico.

Resultados	Los pacientes presentan vivencias de la depresión vinculadas a los contextos sociales de procedencia y a los recorridos previos fuera y dentro de los servicios de salud. Dichos componentes están asimismo presentes en las percepciones sobre la calidad de la atención (comprensión y cercanía, certeza en el diagnóstico y tratamiento), con expectativas diferenciadas respecto a médicos de familia o psiquiatras. La profesionalidad, la dedicación de tiempo y la atención integral con tratamientos de diferente naturaleza (psicoterapéutico/farmacológico) son aspectos importantes en la valoración por parte de los pacientes sobre su manejo. No se prioriza espontáneamente la colaboración entre los profesionales de atención primaria y salud mental.
Conclusión	La valoración de los pacientes aporta dimensiones propias sobre los componentes individual y contextual en el diagnóstico y tratamiento de la depresión.
Calidad metodológica	Q++
Estudio	**Coventry et al., 2011 (45)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Identificar y explorar barreras para detectar y tratar la depresión en atención primaria en pacientes con diabetes y enfermedad coronaria.
Método	Entrevistas en profundidad, grupos focales
Muestra	N=29 (19 profesionales, 7 pacientes y 3 cuidadores) para las entrevistas en profundidad, N=14 (6 profesionales de la salud, 7 pacientes y 1 cuidador) para los grupos focales (submuestra de la anterior).
Resultados	Se detectaron las siguientes barreras: conceptualización de la depresión en estas patologías como algo común, cribado de la diabetes utilizando el QOF-instrumento de cribado habitualmente empleado en el Reino Unido, discrepancias culturales, de lenguaje y conceptuales que dificultad una adecuada comunicación.
Conclusión	La depresión es habitualmente normalizada en casos de enfermedad crónica, dificultando la evaluación y el manejo.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Elwy et al., 2010 (48)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo

Objetivo	Investigar por qué las personas que reconocen en sí mismos los síntomas de depresión, tardan en pedir ayuda.
Método	Entrevistas en profundidad, grounded thematic analysis
Muestra	N=30 (16 hombres y 14 mujeres, edad media 44 años) de atención primaria, con respuesta positiva a un cribado de depresión.
Resultados	Los pacientes de atención primaria expresaron aspectos relacionados con la identidad, causa, curso, recuperación, coherencia y respuesta emocional. En general, los pacientes que piden ayuda y tratamiento, entienden mejor la depresión y la finalidad y función del tratamiento, así como las consecuencias de no tratarse. De forma contraria, aquellos pacientes que no piden ayuda, tienden a pensar que el tratamiento no es efectivo y piensan en la depresión como algo pasajero y que no afecta a su día a día. El modelo de auto-regulación de Leventhal (Leventhal, 1998), ofrece un marco teórico útil para entender las barreras en el tratamiento de la depresión.
Conclusión	La percepción de los pacientes sobre su enfermedad influye en cómo el paciente se relaciona con los servicios sanitarios en relación al trastorno.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Epstein et al., 2010 (52)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Informar de intervenciones para aumentar el reconocimiento y manejo de la depresión en atención primaria.
Método	Grupos focales
Muestra	N= 116 (tasa de respuesta del 79%) con historia personal o vicaria de depresión; 12 grupos focales según género e ingresos.
Resultados	Los participantes describieron tres temas en relación al reconocimiento de que algo va mal, la búsqueda de palabras que describan el malestar, y atribución de los síntomas a la depresión. El reconocimiento del trastorno está influenciado sobre todo por la personalidad y las actitudes sociales. Las variables que influyen en la conceptualización la más importante es la presencia de incongruencia entre la experiencia personal y la conceptualización clínica de la depresión. En cuanto a la atribución, está influida por los medios, el proceso de socialización y las relaciones sociales.

Conclusión	La mejor estrategia para incrementar el diagnóstico de la depresión es estar alerta sobre la percepción del paciente del malestar y la heterogeneidad de los síntomas. También es importante ayudar a los pacientes a conceptualizar la depresión de forma individual, reducir el estigma y el sentimiento de culpa y facilitar el contacto con los diferentes profesionales sanitarios.
Limitaciones	La depresión fue autoinformada, no se hizo confirmación de los diagnósticos.
Estudio	**Fu et al., 2009 (43)**
País	Taiwan
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Explorar la percepción de las causas de la depresión.
Método	Entrevistas en profundidad.
Muestra	N= 40 (21 mujeres y 19 hombres)
Resultados	Los participantes atribuyen las causas de la depresión a factores sociales y culturales. Entre los factores relacionados con la depresión destacan los conflictos familiares y en la relación de pareja y la presencia de eventos vitales estresantes. Las mujeres atribuyen la depresión al estricto rol de la mujer en la sociedad y al aislamiento social.
Conclusión	Los profesionales deben prestar especial atención a la presencia de eventos vitales estresantes, especialmente a los conflictos familiares, y al rol de la mujer en la sociedad.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Griffiths et al., 2011 (59)**
País	Australia
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Investigar las ventajas y desventajas de los pacientes con depresión de pedir ayuda a la familia y amigos

Método	Cuestionario, análisis cualitativo de una pregunta abierta
Muestra	N= 417, (se enviaron 7000), de los que 722 informaron haber tenido depresión y que indicaron pedir ayuda para la depresión a la familia o amigos) tasa de respuesta= 57.8%
Resultados	Ventajas: apoyo social (n = 282), apoyo emocional (n = 154), información (n = 93), acompañamiento (n = 36), apoyo instrumental (n = 23), conocimiento de las experiencias pasadas y el contexto (n = 72), oportunidad para disminuir la carga de la enfermedad (n = 62), las características personales de cada miembro de la familia (n = 49), su accesibilidad (n = 36), y oportunidad de educar a la familia y amigos acerca de la depresión (n = 30). Desventajas: estigma (n = 53), apoyo inadecuado (n = 45), falta de conocimientos (n = 32), impacto negativo en el familiar (n = 20) e impacto negativo en la relación (n = 18).
Conclusión	El apoyo de la familia y amigos es crucial en la depresión, y se percibe como algo positivo y que ayuda además a realizar el contacto con el sistema sanitario y a recibir tratamiento.
Limitaciones	El estudio no incluye personas que tuvieron depresión y no contaron con el apoyo de la familia y amigos.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Kravitz et al., 2011 (36)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Identificar barreras en el tratamiento de la depresión en atención primaria
Método	Grupos focales, previo al inicio: cuestionario (factores demográficos, estado general de salud, acceso a los servicios sanitarios, tratamiento de depresión y estigma). Se hizo pilotaje previo.
Muestra	N= 116; 25-64 con historia de depresión (88%) o en alguien cercano.
Resultados	Se identificaron varias barreras organizativas: dificultades en el acceso a los cuidados, en mantener a los mismos profesionales a lo largo del proceso, y complejidad de los servicios sanitarios. En cuanto a las barreras “relacionales”: los pacientes expresaron dudas acerca de la capacidad del médico de primaria para evaluar su salud mental, competencia del profesional, habilidades sociales y la confianza médico-paciente.
Conclusión	Los pacientes de atención primaria deben cambiar algunos aspectos importantes en la percepción de los profesionales. Los profesionales deben mejorar sus habilidades en el manejo de las personas con trastornos mentales.
Calidad metodológica	Q+

Estudio	**Lasch et al., 2010 (39)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Elaborar un cuestionario específico para evaluar síntomas importantes para los adultos con depresión mayor.
Método	El desarrollo del cuestionario incluyó10 grupos focales con pacientes con depresión. *Grounded theory*. Los grupos se homogeneizaron según la gravedad de la depresión.
Muestra	N= 38, 26 mujeres y 12 hombres, edad=26-74 años (media=44)
Resultados	Los grupos focales identificaron 35 síntomas que se incluyeron en las siguientes categorías: emocional, cognitiva, motivación, trabajo, sueño, apetito, social, actividades de la vida diaria, cansancio/fatiga, dolor corporal y suicidio.
Conclusión	En cuanto a los grupos focales, se obtuvo el perfil de síntomas de depresión teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Oliffe et al., 2011 (58)**
País	Canadá
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Caracterizar la depresión masculina en el contexto de una pareja heterosexual.
Método	Entrevistas semiestructuradas. *Social constructionist gender analysis*
Muestra	N= 26 hombres y sus parejas (26 mujeres)

Resultados	La depresión masculina rompe con los roles tradicionales en las parejas heterosexuales. Se encontraron tres patrones de pareja diferentes, que se denominaron "negociación", "costumbres habituales" y "tensiones". • Patrón 1: se refiere a las parejas que incorporan algunos roles atípicos masculinos y femeninos para compensar la depresión masculina (por ejemplo, los hombres amas de casa y mujeres como aportadores del sueldo). En estas relaciones se rompe con los ideales femeninos en la forma en la que se proporciona asistencia a las parejas, empleando estrategias para la auto-protección y un medio para que los hombres manejen su propia enfermedad. • Patrón 2: Las parejas que participaron en la actividad económica como de costumbre siguen el patrón del ideales masculinos obrero y las mujeres como apoyo de la pareja a fin de contrarrestar y ocultar los hombres los efectos de la depresión. Patrón 3: el desajuste de las expectativas de género genera resentimiento y disfunción en la pareja.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Oliffe et al., 2012 (46)**
País	Canadá
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Analizar los aspectos específicos de la conducta suicida en hombres con depresión.
Método	Entrevistas individuales en profundidad de 60-90 minutos. Análisis de datos: *grounded theory* and *constant comparative analytic logic.*
Muestra	N= 38; hombres con depresión. Edad= 24-50 (M=36.2)
Resultados	Todos los participantes reconocieron la relación entre la depresión y la conducta suicida. Los factores protectores de la conducta suicida señalados por los participantes fueron: la conexión con la familia, relación con los profesionales sanitarios y creencias religiosas o morales, también factores relacionados con el rol protector masculino en la familia. Por otro lado, ver el suicidio como una forma de escape, el aislamiento social y el abuso de alcohol y otras drogas, hacen que aumente el riesgo de suicidio.
Conclusión	Existen factores relacionados con el género que median el riesgo de suicidio en los hombres con depresión.
Calidad metodológica	Q+

Estudio	**Pohjanoksa-Mantyla et al., 2009 (55)**
País	Finlandia
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Evaluar los motivos y la forma en la que los pacientes acceden a información sobre antidepresivos en Internet.
Método	Grupos focales, *constant comparison approach.*
Muestra	N=29, 6 grupos focales; 26 mujeres, 3 hombres; edad=20-69 (media=47 años). Criterios de inclusión: diagnóstico de depresión, uso de antidepresivos en el pasado o en el momento del estudio, empleo de internet como fuente de información en los pasados 12 meses.
Resultados	Entre los factores de los que depende la búsqueda de información en Internet, destacan la obtención de una segunda opinión, verificar la información, preparar la visita con el clínico, y aprender de las vivencias de depresión de otras personas. Aunque las razones sobre el uso de Internet no difieren de las aportadas por la población general, las personas con depresión utilizan internet para conseguir información de forma anónima para evitar el estigma.
Conclusión	Internet se percibe como un importante recurso de información adicional sobre el tratamiento farmacológico, por lo que debieran desarrollarse páginas web con información basada en la evidencia y servicios online.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Porr et al., 2010 (40)**
País	Canada
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Investigar cómo afectan a la depresión el cansancio y la fatiga.
Método	Entrevistas en profundidad, *Grounded theory.*
Muestra	N= 14 (7 mujeres y 7 hombres); 22-45 años.

Resultados	La fatiga fue más frecuentemente informada que el cansancio o el agotamiento. Se encontraron dos dominios de los que dependen, por un lado los atributos relacionados con la salud mental: función cognitiva, calidad del sueño, reactividad emocional, interacción social; y por otro lado los relacionados con la salud física: energía y control sobre los procesos corporales. Estos atributos se mueven en un continuum desde el cansancio, a la fatiga y al agotamiento.
Conclusión	El cansancio, la fatiga y el agotamiento, son aspectos clave en el día a día de las personas con depresión mayor. Aunque la fatiga es más frecuente, el cansancio y el agotamiento también aparecen.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Price et al., 2009 (54)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Entender las experiencias de los pacientes con depresión que toman antidepresivos ISRS.
Método	Entrevistas individuales y grupales.
Muestra	N=38 (10 hombres, 28 mujeres).
Resultados	Los síntomas de la depresión que los pacientes atribuyen a los ISRS se clasificaron en los siguientes temas: efectos generales en las emociones (reducción y/o ausencia de emociones), reducción de emociones positivas, reducción de emociones negativas, aislamiento emocional, ausencia de autocuidado, cambios en la personalidad, efectos en el día a día. Los efectos emocionales debidos a los ISRS son diferentes a los de la depresión y varían con las dosis, el tipo específico de fármaco y con la adherencia.
Conclusión	Los efectos secundarios de los ISRS a nivel emocional son importantes en algunos pacientes, con un gran impacto en el funcionamiento. Estos aspectos emocionales tienen que ver con la toma de decisiones acerca de la adherencia con los antidepresivos.
Limitaciones	La mayor parte de la muestra se reclutó por medio de anuncios, lo que puede suponer un sesgo de selección.
Calidad metodológica	Q+

Estudio	**Rice et al., 2011 (42)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Investigar el funcionamiento social en personas con depresión unipolar.
Método	Entrevistas semiestructuradas en profundidad, análisis temático para evaluar las transcripciones.
Muestra	N= 11 mujeres, diagnosticadas de depresión según CIE-10. Edad media=36 años (rango 27-54).
Resultados	Todas las participantes informaron la presencia de dificultades en la interacción social, emergieron 5 temas: Disminución del deseo de interacción social: se encontró una falta de interés en las relaciones sociales, una percepción alterada de sí mismo y los demás que también afecta negativamente en la interacción social puesto que nadie sin depresión puede entender la situación. Otro subtema fue la presencia de sentimiento de resentimiento, con una gran sensación de soledad y asilamiento social. Miedo a las interacciones sociales: sentimiento de ser una carga para los otros, sentir una sobrecarga emocional y excesiva preocupación por el aspecto físico o forma de vestir. Presión de adherencia a las normas sociales: dificultad en adaptar normas sociales, miedo a la propia conducta y presión por adherirse a las normas de la cultura y subcultura específicas. Percepción de los otros: sentimiento de estigma y de ser juzgado, así como sentirse vulnerable. Aislamiento: sentimientos de ser extraño y diferente a los demás, y estar solo y aislado.
Conclusión	Se encontraron diferentes aspectos que conducen a las dificultades en la interacción de las personas con depresión.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Rochlen et al., 2010 (49)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo

Objetivo	Analizar las dificultades en el diagnóstico de la depresión en hombres.
Método	Grupos focales, análisis temático del contenido.
Muestra	N= 45 hombres con depresión.
Resultados	Se extrajeron 3 temas principales: Los participantes describieron al existencia de un conflicto entre el género masculino y la depresión Los hombres presentaron un perfil de síntomas que podría interferir en el diagnóstico de la depresión y en la forma en que se pide ayuda. Presencia de percepciones negativas y positivas acerca de la depresión y sus tratamientos
Conclusión	Los resultados de este estudio sugieren la existencia de características del género masculino que interfieren en el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Los profesionales de la salud deberían identificar aquellos factores que puedan interferir en el tratamiento, evaluar alternativas y explicar las causas de la depresión y ayudar a la aceptación del trastorno.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Schofield et al., 2011 (47)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Explorar los factores que influyen en las decisiones que toman los pacientes en relación a los antidepresivos.
Método	Entrevistas semi-estructuradas, análisis con *Constant comparison method.*
Muestra	65 pacientes tratados en atención primaria, con prescripción de antidepresivos en el último año debido a la presencia de depresión, o episodios mixtos de ansiedad-depresión.
Resultados	Importancia de la experiencia de los efectos secundarios, miedo a los síntomas, miedo a la dependencia, preocupaciones por los amigos y familia, estigma y preferencia por los tratamientos alternativos. Debido a la percepción de la depresión como algo cíclico, el proceso de suspender e iniciar la medicación, guiado por los profesionales, permiten al paciente un automanejo de la enfermedad. Para los pacientes jóvenes el objetivo suele ser la recuperación y para los pacientes mayores la aceptación de su enfermedad.

Conclusión	La mayoría de los pacientes describieron la depresión como un proceso cíclico, en el que los procesos de ensayo error para intentar abandonar la medicación con la ayuda del médico pueden ayudar a que el paciente acabe siendo un experto en su patología.
Calidad metodológica	Q++
Estudio	**Smith et al., 2009 (57)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Explorar las percepciones acerca de la terapia electroconvulsiva.
Método	Entrevistas
Muestra	N= 16 personas (5 hombres y 11 mujeres); 9 pacientes y 7 familiares. Criterios de inclusión: pacientes que hayan recibido TEC en un período de 6 meses o sus familiares. Todos los pacientes con depresión menos uno con esquizofrenia. Edad=32-88.
Resultados	La experiencia con la TEC puede dividirse en dos momentos: proceso de la decisión de recibir TEC y repercusiones de la TEC. El proceso de toma de decisiones se divide en 3 subtemas: angustia provocada por la enfermedad mental, pensar en la TEC como último recurso, y confianza en el clínico para la decisión final. En cuanto a las repercusiones de la TEC, los beneficios señalados fueron disminuir la sintomatología depresiva y la ideación suicida; entre las pérdidas destacaron las funcionales (incapacidad para independizarse, buscar un trabajo…). Destaca la falta de información, los pacientes sintieron que no fueron totalmente informados.
Conclusión	Los profesionales debieran hacer énfasis tanto en el momento de la toma de decisiones y como en el seguimiento, y aportar la información necesaria.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Schomerus et al., 2012 (20)**
País	Alemania
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Examinar las actitudes subyacentes al acceso a salud mental de las personas con depresión y la forma en la que piden ayuda.

Método	Se hizo un estudio cualitativo, tras el cual se elaboró un cuestionario basado en la Teoría de la acción planificada (Ajzen 1991). Posteriormente se realizó una entrevista telefónica en la que se presentaba una viñeta que describía síntomas de depresión mayor y el cuestionario basado en la TBP.
Muestra	Estudio cualitativo: N=29; N= 2303, de los cuales n=2167 fueron personas sin depresión y n=136 personas con depresión.
Resultados	En la muestra de personas con depresión el modelo basado en la TBP explicó un 42% y 61% de la varianza, mientras que en personas con depresión un 50 y 61%. Las actitudes fueron más importantes que las normas subjetivas (creencias acerca de las expectativas de otras personas) y el control de la conducta percibida (influencia de factores que afectan a la conducta).
Conclusión	La iniciativa para pedir ayuda puede ser en parte explicada por las actitudes y creencias, siguiendo el modelo de la Teoría de la acción razonada. Cambios en las actitudes en la población general pueden favorecer el acceso a la evaluación y/o tratamiento por síntomas de depresión.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Uebelacker et al., 2012 (50)**
País	EE.UU
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Investigar las barreras y facilitadores en el tratamiento de los pacientes con depresión, y sus barreras en la participación del seguimiento telefónico.
Método	Grupos focales
Muestra	N=30, personas con depresión o con algún allegado con depresión, latinos, pertenecientes al sistema de salud Medicaid. 26 mujeres y 3 hombres.
Resultados	Se identificaron los siguientes temas: Vulnerabilidad: preocupaciones sobre la falta de seguridad en la información privada, baja confianza, problemas con la confidencialidad y miedo acerca del efecto de determinada información en su status de inmigrante. Sentimiento de discriminación y victimización. Conexión social: importancia de la relaciones sociales, y del contacto personal, preferencia por visitas presenciales en los primeros contactos Idioma: experiencias negativas con los intérpretes, el idioma es una barrera. Cultura: los aspectos culturales específicos se perciben como barrera, expresan un sentimiento de diferencia con los no-latinos Factores económicos: importancia de la disponibilidad de dinero para afrontar el tratamiento Estigma: miedo a que pueden pensar los conocidos o familiares, necesidad de normalizar la depresión. Desconexión: sentimiento de sentirse incomprendido. Información: falta de información en aspectos importantes, necesidad de educación. Familia: en ocasiones la familia puede ser una barrera, debido a las dificultades para la comunicación de síntomas/sentimientos o por dificultades para seguir un tratamiento. En cuanto a otros factores relacionados con las actitudes hacia el tratamiento, se identificaron los siguientes temas: importancia de pedir ayuda, tipos específicos de tratamientos, proveedores de servicios, continuidad y coordinación de los cuidados.

Calidad metodológica	Q+
Estudio	**van Geffen et al., 2011 (51)**
País	Holanda
Tipo de estudio	Estudio cualitativo
Objetivo	Explorar experiencias y percepciones de los ISRS para identificar los patrones subyacentes a la continuación/discontinuación del tratamiento.
Método	Entrevistas semiestructuradas
Muestra	N=18, las entrevistas se realizaron 3 meses tras la prescripción del tratamiento, 9 de ellos dejaron el tratamiento y 9 continuaban con él.
Resultados	Se encontraron dos patrones según el paciente hubiese interrumpido su tratamiento en los 30 días posteriores a la prescripción (“discontinuadores”), o continuase con el mismo (“continuadores”). Discontinuadores: menos implicados en la toma de decisiones, y falta de confianza en su médico. La mayoría perciben una falta de información y se caracterizan por tener actitudes negativas hacia los ISRS y una falta de convencimiento sobre la prescripción. Además sienten ganas de interrumpir el tratamiento. Continuadores: sienten satisfacción con su médico durante la iniciación y a lo largo del tratamiento. La actitud es predominantemente positiva, tienen pocas dudas sobre el tratamiento y existe miedo a interrumpirlo por las posibles recaídas.
Conclusión	El déficit en la toma de decisiones informada y factores como la falta de información (sobre todo al inicio del tratamiento) y las actitudes negativas, son cruciales en la aceptación del tratamiento con ISRS y su continuación/discontinuación.
Calidad metodológica	Q+

Anexo H. Tablas de evidencia: visión de los profesionales

Estudio	**Barley et al., 2012 (21)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivo	Identificar barreras y facilitadores del manejo de la depresión en atención primaria.
Método	Método mixto de revisión sistemática cualitativa (enfoque metaetnográfico) y cuantitativa.Búsqueda bibliográfica: (Medline, Embase, Psychinfo, British Nursing Index and Archives seleccionaron estudios a partir del año 2000 hasta junio de 2008. Estudios realizados en Reino Unido y centrados en diferentes aspectos sobre el manejo de la depresión en atención primaria.
Muestra	Médicos y enfermeras de atención primaria.
Resultados	Incluyeron 7 estudios cualitativos y 10 cuantitativos. Los estudios pusieron de manifiesto diferentes opiniones sobre el origen de la depresión y el papel del médico de familia y la enfermería en su tratamiento, sobre todo cuando está relacionada con problemas sociales.
Conclusión	El manejo de la depresión en atención primaria es complejo. Es necesario abordar los problemas sociales y los pacientes y promover las relaciones entre la salud y los servicios sociales.
Limitaciones	Exclusión de estudios que consideraron aspectos específicos.
Calidad metodológica	Q++
Estudio	**Anderson et al., 2001 (61)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer las concepciones sobre la depresión y su tratamiento.

Método	Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas.
Muestra	N= 17 médicos de primaria
Resultados	Se encontraron diferentes concepciones acerca de la depresión y su tratamiento, predominantemente en relación a la selección de antidepresivos y a la implicación de los pacientes en la toma de decisiones. Aunque todos los médicos consideran el importante papel de la prescripción de antidepresivos, existe escepticismo sobre su adecuada prescripción. La mayoría de los clínicos no emplea escalas como apoyo y las decisiones se basan en el juicio clínico.
Conclusión	Existe diversidad de concepciones entre los médicos de primaria sobre la depresión y su tratamiento.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Anderson et al., 2002 (64)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Explorar los factores que influyen en como los médicos de atención primaria tratan la depresión
Método	Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas
Muestra	N= 17 médicos de primaria
Resultados	Existen actitudes y factores personales que caracterizan el manejo de la depresión. Existe dificultad en separar lo personal de lo profesional y también se considera que existen habilidades que influyen en la comunicación con los pacientes y la empatía que no tienen que ver con aspectos académicos.
Conclusión	Existen otros factores más allá de la formación académica y continuada que influyen en cómo los médicos tratan la depresión.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Anthony et al., 2010 (71)**
País	EEUU

Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Identificar los factores que influyen en la derivación de pacientes con depresión desde atención primaria.
Método	Entrevista semiestructurada y cuestionario.
Muestra	N= 40 clínicos (15 internistas, 10 enfermeras de primaria y 15 médicos de primaria).
Resultados	Existen diferentes factores que influyen en la decisión de derivar a especializada: los recursos de los pacientes, la confianza de los clínicos en la prescripción de antidepresivos y *counselling*, la familiaridad con salud mental. La decisión es compleja e influyen aspectos relacionados con los clínicos, los pacientes y aspectos específicos del contexto sanitario.
Conclusión	Necesidad de fomentar la formación y la coordinación entre primaria y especializada
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Calderón et al., 2009 (62)**
País	España
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer las percepciones de los médicos de familia y psiquiatras acerca de su interrelación en la asistencia a los pacientes con depresión.
Método	Cualitativo, grupos focales
Muestra	N= 29 médicos de familia y 13 psiquiatras
Resultados	Las percepciones y actitudes de médicos de familia y psiquiatras difieren en aspectos como su relación con el paciente, expectativas y contexto asistencial. En ambos casos se percibe inadecuación del paciente real respecto de los esquemas de los propios profesionales. Algunos de los principales problemas que plantea el manejo de la depresión son los aspectos sociales, que no se controlan, y las deficiencias en la colaboración entre primaria y especializada.
Conclusión	Es necesario potenciar la colaboración entre primaria y especializada y enfoques diagnósticos y terapéuticos compartidos y centrados en el paciente.
Calidad metodológica	Q++

Estudio	Fernández-sánchez et al., 2010 (74)
País	España
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer las opiniones sobre las guías de depresión de psiquiatras, psicólogos y médicos de primaria.
Método	Entrevistas semiestructuradas individuales y grupales
Muestra	N= 31 profesionales (10 médicos de atención primaria, 11 psiquiatras y 10 psicólogos).
Resultados	Como aspectos positivos de las guías destacan que agilizan la toma de decisiones y aportan seguridad en la práctica clínica, Los principales inconvenientes son que se duda de su objetividad y a veces las recomendaciones son difíciles de poner en marcha. Los médicos de primaria no conocen ninguna guía, los de especializada sí, pero reconocen no ponerlas en práctica.
Conclusión	Es necesario hacer esfuerzos para diseminar e implementar GPC
Limitación	Estudio realizado antes de la publicación de la GPC del programa de guías del SNS
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Forsner et al., 2010 (72)**
País	Suecia
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Determinar las barreras y facilitadores de la implementación de GPC de depresión y la percepción de los clínicos sobre ellas.
Método	Grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Análisis del contenido.
Muestra	N= 28, grupos multidisciplinares de 2 unidades de salud mental

Resultados	Se encontraron barreras y facilitadores categorizados en 3 grandes categorías: recursos organizativos, características individuales de los profesionales, percepción de las estrategias de implementación. Se encontraron opiniones diversas fundamentalmente relacionadas con la idea de que las guías ejercen cierto control sobre la actuación profesional, creencias sobre la medicina basada en la evidencia y la idea de motivos económicos detrás de las guías.
Conclusión	Es importante profundizar en los factores que determinan la implementación de guías. La participación activa de los profesionales y explorar las barreras de cada entorno sanitario concreto parecen ser fundamentales.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Balagué-Gea et al., 2013 (67)**
País	España
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Conocer las perspectivas de psicólogos, trabajadores sociales y profesionales de enfermería sobre su papel en el manejo de la depresión.
Método	Grupos focales. Análisis temático
Muestra	7 psicólogos, 6 diplomados en enfermería y 4 trabajadores sociales.
Resultados	Entre los aspectos compartidos por todos los grupos de profesionales destacan: el desconocimiento recíproco, la falta de coordinación, la dificultad del diagnóstico y el riesgo de “psiquiatrización”. Específicamente los profesionales de enfermería subrayan la importancia de la atención integral y lo psicólogos perciben un desconocimiento de su papel por parte de profesionales y pacientes y la carencia de psicoterapia.
Conclusión	Existen visiones particulares entre los diferentes perfiles de profesionales incluidos que es importante tener en cuenta para alcanzar una atención integrada y enfocada al paciente.
Calidad metodológica	Q++
Estudio	**Leydon et al., 2011 (69)**
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Obtener opiniones sobre la introducción de cuestionarios en atención primaria.

Método	Entrevistas semiestructuradas.
Muestra	34 médicos de primaria.
Resultados	Los cuestionarios pueden amenazar la relación médico-paciente y puede perjudicar la relación terapéutica y en caso de su aplicación los resultados deben interpretarse con cautela teniendo en cuenta el contexto de cada paciente.
Conclusión	Los médicos de primaria se muestran diferentes cuestiones derivadas del uso de cuestionarios que deben tenerse en cuenta, ya que podrían mejorar el manejo individualizado de la depresión.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Mercier et al., 2011 (70)**
País	Francia
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	El objetivo de este estudio es explorar como se prescriben los antidepresivos en atención primaria.
Método	6 grupos focales y 4 entrevistas. Análisis fenomenológico.
Muestra	N= 56 médicos de primaria
Resultados	Los antidepresivos se perciben como una opción útil y no perjudicial. El juicio clínico y la experiencia es lo que determina la decisión sobre qué antidepresivo específico prescribir, más que el uso de escalas.
Conclusión	La decisión sobre que antidepresivo prescribir es compleja. Además de las guías de práctica clínica, las propias habilidades y los factores contextuales parecen determinantes.
Calidad metodológica	Q++
Estudio	**Keeley et al., 2014 (66)**
País	EEUU
Tipo de estudio	Cualitativo

Objetivo	Comparar las percepciones, experiencias, expectativas y preferencias de los pacientes con depresión y médicos de atención primaria
Método	Entrevistas semiestructuradas telefónicas. Grabación y transcripción.
Muestra	6 médicos de primaria y 30 pacientes con depresión
Resultados	Existen 3 procesos que influyen en el manejo de la depresión: el viaje de la depresión, la búsqueda de explicaciones sobre la naturaleza y entender la depresión, búsqueda de un espacio terapéutico en el que tratar y prevenir futuros episodios. Los clínicos podrías infraestimar el papel del estigma. Alguno de los aspectos a los que temen los pacientes es a abrir la "caja de Pandora". Tanto pacientes como profesionales están de acuerdo en que las manifestaciones somáticas pueden ser una barrera.
Conclusión	Es necesario entender y medir las experiencias expectativas y preferencias de los pacientes en atención primaria para garantizar la mejora de los cuidados.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Koekkoekk et al., 2008 (63)**
País	Holanda
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Explorar los problemas de los profesionales de salud mental en el manejo de la depresión crónica.
Método	Estudio cualitativo (Delphi y grupo focal).
Muestra	N= 4 enfermeras, 2 psiquiatras y 2 psicólogos.
Resultados	Las recaídas y las actitudes pesimistas de los pacientes y profesionales fueron detectados como los principales problemas del manejo de la depresión crónica.
Conclusión	Es necesario mejorar el manejo de la depresión crónica mediante el trabajo cooperativo de los pacientes y profesionales y tener en cuenta sus implicaciones sociales.
Calidad metodológica	Q+

Estudio	Smith et al., 2004 (75)
País	Reino Unido
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Explorar la visión de los médicos de primaria en relación a las GPC de depresión.
Método	Entrevistas en profundidad
Muestra	N= 11 médicos de familia
Resultados	La mayoría de participantes no está de acuerdo con las actuales recomendaciones de las guías sobre el manejo de la depresión y las perciben como poco flexibles. La falta de tiempo y de recursos, junto con el volumen de guías que se reciben son las principales barreras.
Conclusión	Es necesario amentar los recursos, que el número de guías que se reciben sea menor y incorporar las guías en sistemas de apoyo a las decisiones clínicas, para favorecer las auditorías y monitorizar la práctica clínica.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Stanners et al., 2014 (68)**
País	Australia
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Evaluar el impacto de la multimorbilidad en el manejo de la depresión mayor.
Método	Entrevistas semiestructuradas. *Grounded Theory*.
Muestra	N= 8 médicos de familia
Resultados	La multimorbilidad puede complicar el manejo de la depresión, aunque otros factores como la cronicidad pueden ser más determinantes. El conocimiento del paciente es crucial, al igual que generar confianza para favorecer la receptividad. El tratamiento de la multimorbilidad debe garantizar abordajes terapéuticos médicos y sociales.

Conclusión	El impacto de la multimorbilidad en el diagnóstico y tratamiento de la depresión parece similar al de la enfermedad crónica.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**van Rijswijk et al., 2009 (68)**
País	Holanda
Tipo de estudio	Cualitativo
Objetivo	Evaluar la percepción de los médicos de primaria sobre el manejo de la depresión y la ansiedad.
Método	Grupos focales, análisis temático de las transcripciones mediante códigos.
Muestra	N= 23 médicos de familia
Resultados	El diagnóstico y manejo de la depresión y ansiedad es una labor importante. En cuanto al diagnóstico plantean dudas acerca de los criterios DSM-IV. Importante barrera es la no aceptación por parte de los pacientes del trastorno y existen problemas para evaluar la carga real en ambos casos. Otras barreras son la falta de tiempo y de colaboración con atención especializada.
Conclusión	Existen barreras en atención primaria que deben tenerse en cuenta para la mejora de la práctica clínica.
Calidad metodológica	Q+
Estudio	**Yang et al., 2014 (80)**
País	Korea
Tipo de estudio	Mixto (cuantitativo y cualitativo).
Objetivo	Evaluar la experiencia y las barreras hacia la implementación de guías sobre depresión.
Método	Cuestionario electrónico. Las preguntas abiertas se analizaron de forma cualitativa (transcripción y codificación).

Muestra	N= 386 especialistas en psiquiatría.
Resultados	La mayor ventaja de las guías es que favorecen la toma de decisiones y ofrecen información para pacientes, sin embargo se reconoce que a veces no se siguen las recomendaciones. La falta de conocimiento, la dificultad de acceder a las guías y las actitudes generales hacia la necesidad de las guías parecen ser los factores fundamentales de cara a la implementación.
Conclusión	Deben realizarse esfuerzos dirigidos a la formación y a la diseminación de guías.
Calidad metodológica	Q+

7. Bibliografía

1. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/depression/en/

2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.

3. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007;370(9590):851-8.

4. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe Nº.: 90.

5. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. J Affect Disord. 2010;120(1-3):76-85.

6. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K, The MHEEN Group. Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. J Ment Health. 2007;16(2):195-209.

7. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9(2):87-98.

8. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61.

9. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord. 2009;117 Suppl 1:S5-14.

10. 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):331-43.

11. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Lancet. 2012;379(9820):1045-55.

12. Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnostico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atencion primaria: un fenomeno en auge. Aten Primaria. 2010;42(1):47-9.

13. Mojtabai R. Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. Psychother Psychosom. 2013;82(3):161-9.

14. Vasiliadis HM, Latimer E, Dionne PA, Préville M. The costs associated with antidepressant use in depression and anxiety in community-living older adults. Can J Psychiatry. 2013;58(4):201-9.

15. Tan TP, Stokes T, Shaw EJ. Use of qualitative research as evidence in the clinical guideline program of the National Institute for Health and Clinical Excellence. Int J Evid Based Healthc. 2009;7(3):169-72.

16. Aldasoro Unamuno E, Mahtani Chugani V, Sáenz de Ormijana Hernández A, Fernández Vega E, González Castro I, Martín Fernández R, et al. Necesidades en cuidados paliativos de las enfermedades no oncológicas. Un estudio cualitativo desde la perspectiva de profesionales, pacientes y personas cuidadoras. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Informe Nº.: Osteba Num 2006/04.

17. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.

18. Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Payo Gordon J, Bacigalupe de la Hera A, Zallo Atxutegi E, Mosquera Metcalfe I. Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras. Aten Primaria. 2012;44(10):595-602.

19. Alderson SL, Foy R, Glidewell L, McLintock K, House A. How patients understand depression associated with chronic physical disease - a systematic review. BMC Fam Pract. 2012;28(13):41.

20. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Attitudes that determine willingness to seek psychiatric help for depression: a representative population survey applying the Theory of Planned Behaviour. Psychol Med. 2009;39(11):1855-65.

21. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. BMC Fam Pract. 2011;12(47).

22. Ring N, Ritchie K, Mandava L, Jepson R. A guide to synthesising qualitative research for researchers undertaking health technology assessments and systematic reviews. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2011.

23. Barnett-Page E, Thomas J. Methods for the synthesis of qualitative research: a critical review. BMC Med Res Methodol. 2009;9(59).

24. Clavería Fontán A, Martínez Romero MD, Ferreiro Losada MT, Atienza Merino G, Díaz Sanisidro E, Montesino Semper I, et al. La atención al parto, puerperio y lactancia en los hospitales públicos del servicio gallego de salud: Estudio cualitativo (grupos focales). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2009.

25. Mahtani Chugani V, Axpe Caballero MA, Serrano Aguilar P, González Castro I, Fernández Vega E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Sta Cruz de Tenerife: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2006/01.

26. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. Health Technol Assess. 2011;15(43):1-164.

27. Calderón C. Assessing the Quality of Qualitative Health Research: Criteria, Process and Writing. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2009;10(2):17. Disponible en: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178.

28. Barbour RS BM. Evaluating and synthesizing qualitative research: the need to develop a distinctive approach. J Eval Clin Pract. 2003;9(2):179-86.

29. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for Synthesizing Qualitative Research. New York: Springer; 2007.

30. Glenton C, Colvin CJ, Carlsen B, Swartz A, Lewin S, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD010414.

31. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2008;8(45).

32. Doyle LH. Synthesis through meta-ethnography: paradoxes, enhancements, and possibilities. Qual Res. 2003;3:321–44.

33. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB, CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8.

34. Goldsmith M, Bankhead C, Austoker J. Improving the quality of the written information sent to women about breast screening. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes; 2007. Informe Nº.: 64.

35. Noyes J, Lewin S. Supplemental Guidance on Selecting a Method of Qualitative Evidence Synthesis, and Integrating Qualitative Evidence with Cochrane Intervention Reviews En: Noyes J, Booth A, Hannes K, Harden A, Harris J, Lewin S, et al., eds. Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions Versión 1. Cochrane Collaboration Qualitative Methods Group2011 [citado 14 de enero de 2014]. Disponible en: http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance.

36. Kravitz RL, Paterniti DA, Epstein RM, Rochlen AB, Bell RA, Cipri C, et al. Relational barriers to depression help-seeking in primary care. Patient Educ Couns. 2011;82(2):207-13.

37. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. Health Technol Assessment. 1998;2(16):1-274.

38. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.

39. Lasch KE, Hassan M, Endicott J, Piault-Luis EC, Locklear J, Fitz-Randolph M, et al. Development and content validity of a patient reported outcomes measure to assess symptoms of major depressive disorder. BMC Psychiatry. 2012;12(34).

40. Porr C, Olson K, Hegadoren K. Tiredness, fatigue, and exhaustion in the context of a major depressive disorder. Qual Health Res. 2010;20(10):1315-26.

41. Ahlstrom BH, Skarsater I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. Scand J Caring Sci. 2009;23(2):309-16.

42. Rice NM, Grealy MA, Javaid A, Millan Serrano R. Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression. Qual Health Res. 2011;21(10):1388-99.

43. Fu C-M, Parahoo K. Causes of depression: Perceptions among people recovering from depression. J Adv Nurs. 2009;65(1):101-9.

44. Johansson EE, Bengs C, Danielsson U, Lehti A, Hammarstrom A. Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: A metasynthesis. Qual Health Res. 2009;19(5):633-44.

45. Coventry PA, Hays R, Dickens C, Bundy C, Garrett C, Cherrington A, et al. Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care. BMC Fam Pract. 2011;12:10.

46. Oliffe JL, Ogrodniczuk JS, Bottorff JL, Johnson JL, Hoyak K. "You feel like you can't live anymore": suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. Soc Sci Med. 2012;74(4):506-14.

47. Schofield P, Crosland A, Waheed W, Aseem S, Gask L, Wallace A, et al. Patients' views of antidepressants: From first experiences to becoming expert. Br J Gen Pract. 2011;61(585):e142-e8.

48. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen SV. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. Qual Health Res. 2011;21(11):1495-507.

49. Rochlen AB, Paterniti DA, Epstein RM, Duberstein P, Willeford L, Kravitz RL. Barriers in diagnosing and treating men with depression: a focus group report. Am J Mens Health. 2010;4(2):167-75.

50. Uebelacker LA, Marootian BA, Pirraglia PA, Primack J, Tigue PM, Haggarty R, et al. Barriers and facilitators of treatment for depression in a Latino community: A focus group study. Community Ment Health J. 2012;48(1):114-26.

51. van Geffen ECG, Hermsen JHCM, Heerdink ER, Egberts ACG, Verbeek-Heida PM, van Hulten R. The decision to continue or discontinue treatment: experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months--a qualitative study. Res Social Adm Pharm. 2011;7(2):134-50.

52. Epstein RM, Duberstein PR, Feldman MD, Rochlen AB, Bell RA, Kravitz RL, et al. "I didn't know what was wrong:" how people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. J Gen Intern Med. 2010;25(9):954-61.

53. Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher MP. A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. J Am Board Fam Med. 2007;20(1):28-35.

54. Price J, Cole V, Goodwin GM. Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. Br J Psychiatry. 2009;195(3):211-7.

55. Pohjanoksa-Mantyla M, Saari JK, Narhi U, Karjalainen A, Pylkkanen K, Airaksinen MS, et al. How and why do people with depression access and utilize online drug information: A qualitative study. J Affect Disord. 2009;114(1-3):333-9.

56. Chakrabarti S, Grover S, Rajagopal R. Electroconvulsive therapy: a review of knowledge, experience and attitudes of patients concerning the treatment. World J Biol Psychiatry. 2010;11(3):525-37.

57. Smith M, Vogler J, Zarrouf F, Sheaves C, Jesse J. Electroconvulsive therapy: the struggles in the decision-making process and the aftermath of treatment. Issues Ment Health Nurs. 2009;30(9):554-9.

58. Oliffe JL, Kelly MT, Bottorff JL, Johnson JL, Wong ST. "He's more typically female because he's not afraid to cry": Connecting heterosexual gender relations and men's depression. Soc Sci Med. 2011;73(5):775-82.

59. Griffiths KM, Crisp DA, Barney L, Reid R. Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. BMC Psychiatry. 2011;11:196.

60. Ahlstrom BH, Skarsater I, Danielson E. The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. J Clin Nurs. 2010;19(1-2):284-93.

61. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. Conceptions of depressive disorder and its treatment among 17 Swedish GPs. A qualitative interview study. Fam Pract. 2001;18(1):64-70.

62. Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe De La Hera A, Payo Gordón J, Grandes Odriozola G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinamicas organizativas. Aten Primaria. 2009;41(1):33-40.

63. Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. J Adv Nurs. 2008;62(6):689-97.

64. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. Fam Pract. 2002;19(6):623-31.

65. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. A qualitative investigation of the impact of multimorbidity on GP diagnosis and treatment of depression in Australia. Aging Ment Health. 2012;16(8):1058-64.

66. Keeley RD, West DR, Tutt B, Nutting PA. A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care: implications for improving outcomes. BMC Fam Pract. 2014;15(1):13.

67. Balagué Gea L, Calderón Gómez C, Retolaza Balsategui A, Bacigalupe de la Hera A, Payo Gordon J, Mosquera Metcalfe I. Los "otros profesionales" en la atención a personas con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Index de Enfermería [Index Enferm] [revista en Internet]. 2013 [citado 26 de junio 2014]; 22(1-2): Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8008.php

68. van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Fam Pract. 2009;10:52.

69. Leydon GM, Dowrick CF, McBride AS, Burgess HJ, Howe AC, Clarke PD, et al. Questionnaire severity measures for depression: a threat to the doctor-patient relationship? Br J Gen Pract. 2011;61(583):117-23.

70. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Van Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. BMC Fam Pract. 2011;12:99.

71. Anthony JS, Baik SY, Bowers BJ, Tidjani B, Jacobson CJ, Susman J. Conditions that influence a primary care clinician's decision to refer patients for depression care. Rehabil Nurs. 2010;35(3):113-22.

72. Forsner T, Hansson J, Brommels M, Wistedt AA, Forsell Y. Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. BMC Psychiatry. 2010;20(10):8.

73. Yang J, Han C, Yoon HK, Pae CU, Kim MJ, Park SY, et al. Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. BMC Psychiatry. 2013;13(150).

74. Fernández Sánchez A, Sánchez-Carracedo D, Navarro-Rubio MD, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. Aten Primaria. 2010;42(11):552-8.

75. Smith L, Walker A, Gilhooly K. Clinical guidelines of depression: a qualitative study of GPs' views. J Fam Pract. 2004;53(7):556-61.

76. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:473-82.

77. Barroso J, Gollop CJ, Sandelowski M, Meynell J, Pearce PF, Collins LJ. The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. West J Nurs Res. 2003;25(2):153-78.

78. Flemming K, Briggs M. Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. J Adv Nurs. 2007;57(1):95-100.

79. Shaw RL, Booth A, Sutton AJ, Miller T, Smith JA, Young B, et al. Finding qualitative research: an evaluation of search strategies. BMC Med Res Methodol. 2004;4(5).

80. Yang J, Han C, Yoon HK, Pae CU, Kim MJ, Park SY, et al. Experiences anda barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. BMC Psychiatry. 2013;13:150.