



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Áreas de mejora en el manejo clínico de la depresión: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales



Y. Triñanes^{a,*}, G. Atienza^b, A. Rial-Boubeta^c, C. Calderón-Gómez^d, M. Álvarez-Ariza^e,
E. de-las-Heras-Liñero^e y M. López-García^f

^a *Unidade de Asesoramento Científico-técnico (avalia-t), Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS), Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España*

^b *Subdirección de Calidad y Atención al Paciente, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España*

^c *Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa, Centro de Salud de Alza, Osakidetza*

^d *Unidad de Agudos de Psiquiatría, Hospital Meixoeiro (EOXI de Vigo). SERGAS, España*

^e *Servicio de Psiquiatría, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España*

^f *Axencia Galega de Sangue, Órganos e Tecidos, Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España*

Recibido el 15 de octubre de 2015; aceptado el 29 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 15 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Investigación
cualitativa;
Grupos focales;
Salud mental;
Atención Primaria

Resumen

Introducción: Actualmente existe consenso en que la atención a la depresión requiere entender las experiencias, expectativas y preferencias de los pacientes e incorporar la visión de los profesionales implicados en su manejo. El objetivo de este estudio fue explorar y comparar las perspectivas de pacientes, familiares y profesionales respecto de las principales áreas de mejora de la práctica clínica de la depresión.

Material y métodos: Se realizaron 4 grupos focales (2 con pacientes con depresión mayor, uno con familiares y uno con profesionales). Para la captación de los participantes se contó con la colaboración del Servicio Galego de Saúde y de la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. El contenido de las transcripciones se analizó temáticamente.

Resultados: Se identificaron 5 temas principales y 18 subtemas: los retos diagnósticos, la necesidad de un abordaje integral, las mejoras en la coordinación y seguimiento, el establecimiento de un espacio y relación terapéutica adecuados y, por último, el impacto del estigma. Los pacientes, familiares y profesionales aportaron información parcialmente coincidente y complementaria sobre estos temas principales.

Conclusiones: El manejo de la depresión es una labor compleja que requiere la puesta en marcha de medidas de diferente naturaleza. Incorporar las perspectivas de los principales agentes implicados es fundamental y 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.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avalia-t3@sergas.es (Y. Triñanes).

KEYWORDS

Depression;
Qualitative research;
Focus groups;
Mental health;
Primary Care

Areas for improvement in the management of depression: perspectives of patients, families and professionals

Abstract

Introduction: There is currently a consensus that depression care requires understanding the experiences, expectations, and preferences of patients, and incorporating the views of the professionals involved in its management. The aim of this study was to explore and compare the perspectives of patients, families, and health professionals on the main areas for improvement in the clinical practice of depression.

Material and methods: Four focus groups were performed (2 with patients with major depression, one with family members, and one with professionals). Participants were recruited with the collaboration of the Galician Health Service and the Federation of Associations of Relatives and Persons with Mental Disease. The content of the transcripts were analysed thematically.

Results: Five themes and 18 sub-themes emerged, including, diagnostic challenges, the need for a comprehensive approach, improvements in the coordination and monitoring, the establishment of an adequate relationship and therapeutic space and, finally, the impact of stigma. Patients, families and professionals provided partially overlapping and complementary information on these main themes.

Conclusions: The management of depression is a complex task, which requires the implementation of measures of a different nature. The incorporation of the perspectives of key stakeholders is essential and it is necessary to continue working on models of care for depression that optimise the experiences of patients, and take into account their preferences and expectations.

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La depresión es un importante problema de salud pública, al haberse convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, debido principalmente a factores como su inicio temprano, el deterioro funcional asociado y la tendencia a la cronicidad¹. Además, las personas con depresión presentan una elevada comorbilidad y mortalidad dada su asociación con enfermedades físicas, otros trastornos mentales, abuso de sustancias adictivas y conducta suicida¹⁻⁴.

A pesar de los avances en el tratamiento de los trastornos afectivos, el manejo clínico de la depresión continúa siendo un desafío. Aunque se sabe de la multiplicidad de factores que afectan al proceso asistencial, para optimizar la práctica clínica es crucial poder conocer de primera mano cómo es percibido y vivenciado dicho proceso por los pacientes que sufren el trastorno, así como por sus familias y los diferentes profesionales que intervienen en este, intentando mejorar con ello no solo su tratamiento, sino la atención sanitaria en sí misma⁵⁻⁷. En consecuencia, no es sorprendente que el volumen de investigación cualitativa en este ámbito haya aumentado casi de forma exponencial desde la pasada década.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo la forma en que los pacientes conceptualizan la depresión es de gran relevancia para entender cómo acceden y se relacionan con el sistema sanitario^{5,8,9}. De la misma manera, el papel que otorgan 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^{8,10-16}. Además, se recalca el fuerte impacto negativo de la depresión a nivel individual, familiar y social¹⁷⁻²⁰.

Los estudios cualitativos que han abordado la visión de los profesionales son menos frecuentes y se han centrado fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria. Sus resultados muestran que el diagnóstico y el tratamiento de la depresión son considerados complejos^{7,21-23}, y se hace especial énfasis en la necesidad de continuar desarrollando estrategias orientadas a optimizar el proceso de atención^{7,22,24,25}. Además se han descrito diferentes barreras y facilitadores para su adecuado tratamiento^{22,24-26} y para la implementación de guías de práctica clínica^{24,27-30}.

Teniendo en cuenta la literatura previa, el objetivo de este estudio es explorar y comparar las perspectivas de los pacientes, familiares y profesionales respecto de las principales áreas de mejora de la atención que se presta a la depresión.

Material y métodos

Este estudio se ha llevado a cabo con la finalidad de complementar y contextualizar la revisión sistemática de estudios cualitativos llevada a cabo para la actualización de la guías de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto^{31,32}. Para la consecución de los objetivos previamente señalados se optó por la metodología cualitativa orientada a la evaluación de los resultados en salud y servicios sanitarios³³.

Diseño

Se ha empleado la técnica de grupos focales, en la medida que favorece la interacción entre las personas y permiten capturar la diversidad de perspectivas u

Tabla 1 Composición de los grupos

Grupo	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Pacientes 1	- Diagnóstico de episodio depresivo en remisión. - Atendidos en unidades de salud mental, no pertenecientes a asociaciones de pacientes	- Menores de 18 años. - Déficit cognitivo
Pacientes 2	- Diagnóstico de episodio depresivo asociado a otros trastornos mentales, abuso de sustancias o enfermedad física. - Atendidos en atención primaria y/o unidad de salud mental, vinculados a una asociación de pacientes	- Participantes en los que el profesional responsable consideró inoportuna su participación debido a la fase en el proceso o al potencial efecto negativo de su implicación en las sesiones - Cargo en la asociación de pacientes implicada
Familiares	- Familiares y allegados de pacientes con diagnóstico de episodio depresivo. - Implicación directa en los cuidados	
Profesionales	- Experiencia y labor asistencial en el SERGAS - Implicados en el manejo clínico de pacientes con depresión o situaciones de interés para el objetivo del estudio	- Integrantes del grupo elaborador de la GPC de manejo de la depresión en el adulto

GPC: guía de práctica clínica; SERGAS: Servizo Galego de Saúde.

opiniones existentes³⁴⁻³⁶. Dada la naturaleza de los objetivos planteados, se establecieron tres segmentos de interés 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.

Participantes

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo intencional, a través de profesionales del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) y de la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia. En total se realizaron 4 grupos focales (2 con pacientes, uno con familiares y uno con profesionales), constituido cada uno de ellos por 8 personas. En la [tabla 1](#) se resume la composición y los criterios de inclusión y exclusión empleados.

En el caso de los pacientes se distinguieron dos perfiles diferenciados: en el primer grupo se incluyeron personas con diagnóstico de episodio depresivo en remisión, atendidos en unidades de salud mental del SERGAS. La razón de emplear 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 proceso⁶. En el segundo grupo se incluyeron pacientes con diagnóstico de episodio depresivo asociado a trastornos mentales, abuso de sustancias, enfermedad física o problemas sociales, debido a la importancia de estos factores frecuentemente asociados a la depresión³⁷. Este grupo de pacientes podía estar en seguimiento en centros de atención primaria o unidades de salud mental del SERGAS, pero todos estaban vinculados a asociaciones de pacientes.

Las principales características de los participantes del estudio se describen en la [tabla 2](#).

Procedimiento

La duración de cada sesión fue de aproximadamente dos horas y fue estructurada en grandes bloques. Además de la

correspondiente guía de tópicos, se utilizaron como apoyo diferentes materiales y tareas con los que se pretendió alcanzar una mayor implicación de todos los participantes y favorecer el dinamismo de las sesiones.

Análisis y triangulación de los datos

Para hacer posible la posterior transcripción y análisis de la información, las sesiones se grabaron en audio, con la debida aprobación de los asistentes y tras garantizar la confidencialidad de la información.

Se realizó un análisis temático de la información³⁸, para lo que se siguieron los siguientes pasos: familiarización con los datos, generación de los códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión, definición y titulación de los mismos y elaboración del informe de resultados. En una primera fase, dos investigadores analizaron individualmente las transcripciones y categorizaron la información de forma independiente. Posteriormente, todos los investigadores participaron en la revisión de los temas establecidos y en su interpretación. Las diferencias se discutieron hasta alcanzar el consenso.

Se empleó una doble estrategia de triangulación, de datos y de investigadores. La triangulación de datos se consiguió a través de la obtención de la perspectiva de los diferentes agentes implicados (pacientes, familiares y profesionales). Por otro lado, investigadores de diferentes disciplinas estuvieron implicados directamente en la moderación de las sesiones y en el análisis de los resultados, dotando así de validez concurrente a los temas y subtemas establecidos³⁹.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Autnómico de Ética de la Investigación de Galicia. Todos los participantes recibieron información oportuna sobre la finalidad y metodología del estudio y se solicitó el consentimiento informado por escrito.

Tabla 2 Características de los participantes

	Pacientes	Familiares	Clínicos
N (n total = 32)	16	8	8
Rango de edad	26-65	30-60	30-55
Mujeres/hombres	9/7	5/3	6/2
Estado civil	4 solteros, 8 casados/en pareja, 3 separados/divorciados, 1 viudo	2 solteros, 4 casados/en pareja, 1 separado/divorciado, 1 viudo	N/A
Estatus ocupacional	7 tiempo completo, 3 sin empleo, 1 jubilado, 3 amas de casa, 2 estudiantes	3 tiempo completo, 1 sin empleo, 1 jubilado, 2 amas de casa, 1 estudiante	8 tiempo completo
Nivel de estudios	6 primarios, 6 secundarios, 4 universitarios	5 primarios, 1 secundarios, 2 universitarios	Universitarios
Especialidad	N/A	N/A	2 médicos de familia, 2 psiquiatras, 2 psicólogos clínicos, 1 enfermera de salud mental, 1 trabajador social

N/A: no aplicable.

Resultados

Los resultados se acompañan con *verbatim*s ilustrativos (reproducción exacta de una frase), identificados con los siguientes códigos: P (pacientes), F (familiares), ENF (enfermera), MF (médico de familia), PSC (psicólogo), PSQ (psiquiatra) y TS (trabajador social).

Se establecieron 5 temas principales y 18 subtemas (tabla 3).

Retos del diagnóstico

Desde la perspectiva de los pacientes y familiares era importante favorecer una labor más activa por parte los servicios de atención primaria, que hicieran posible un diagnóstico precoz de la depresión, debido a las dificultades o resistencias para demandar asistencia sanitaria que a menudo estaban presentes por parte del paciente y/o su entorno familiar.

«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).

«Para mí, la principal barrera para el diagnóstico 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).

Por su parte, los profesionales hicieron especial énfasis en la complejidad inherente al diagnóstico de la depresión, lo que suponía un permanente desafío. Entre las principales dificultades y retos se apuntaban, por un lado, llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial y, por otro, valorar los posibles factores subyacentes. A este respecto la formación continuada de todos los profesionales, pero especialmente en atención primaria, se consideró fundamental.

«Yo creo que no se nos prepara realmente para afrontar a un paciente con ideas depresivas, y a veces 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...» (MF).

Necesidad de un abordaje integral

Los pacientes y familiares describieron la necesidad de un tratamiento integral, no enfocado 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 de pacientes se presumió crucial. Por otro lado, el tratamiento exclusivamente farmacológico no respondió a sus necesidades y expectativas, quienes demandaban la psicoterapia como alternativa terapéutica.

«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).

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

«Para mí la psicoterapia es la parte fundamental del tratamiento de la depresión...» (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).

Los profesionales también señalaron la relevancia de la promoción de un abordaje integral de la depresión. Para ello, consideraron que deberían ponerse en marcha todas las intervenciones sociosanitarias pertinentes, siendo necesario reforzar los vínculos entre el sistema sanitario y los servicios sociales. También se aludió a que se debería hacer un mayor uso de la psicoterapia y garantizar su disponibilidad para todos los pacientes que la precisen.

Tabla 3 Principales áreas de mejora desde la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales: temas y subtemas

Perspectiva pacientes/familiares	Perspectiva profesionales
Tema 1: los retos del diagnóstico	
<i>Subtema:</i> - Facilitar un diagnóstico precoz	<i>Subtemas:</i> - La importancia del diagnóstico diferencial - Los factores subyacentes - Formación de los profesionales
Tema 2: necesidad de un abordaje integral	
<i>Subtemas:</i> - Abordaje médico, psicosocial y humano - Asociaciones de pacientes como pilar - Importancia de la psicoterapia	<i>Subtemas:</i> - Refuerzo de los vínculos entre el sistema sanitario y los servicios sociales - Garantizar disponibilidad de psicoterapia
Tema 3: mejoras en la coordinación y seguimiento	
<i>Subtemas:</i> - Mejorar coordinación entre profesionales - Mejorar seguimiento del trastorno, problemas psicosociales y familiares	<i>Subtemas:</i> - Abordaje multidisciplinar - Implementación de modelos de atención colaborativa
Tema 4: establecimiento de un espacio y relación terapéutica adecuados	
<i>Subtemas:</i> - Actitud empática y humana - Información sencilla y clara - Implicación de la familia en el proceso asistencial	<i>Subtemas:</i> - Favorecer toma decisiones compartidas - El apoyo al paciente y al entorno familiar
Tema 5: impacto del estigma	
<i>Subtema:</i> - Favorecer desestigmatización con información	<i>Subtema:</i> - Amortiguar estigma social y prejuicios de los profesionales

«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).

«¿Y qué pasa con los pacientes que no requieren un tratamiento farmacológico? ¿Qué pueden responder a intervenciones psicológicas?, en estos casos habría que garantizar la disponibilidad de psicoterapia» (PSC).

Mejoras en la coordinación y seguimiento

Para los pacientes y familiares era fundamental optimizar la coordinación entre los profesionales, y con ello conseguir una mejor supervisión y seguimiento de cada caso. Además, para mejorar el seguimiento del trastorno se percibió relevante la monitorización de los posibles problemas psicosociales y familiares asociados.

«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).

Los profesionales subrayaron que se debería abordar la depresión de forma multidisciplinar y en estrecha colaboración entre atención primaria y especializada. Aunque la percepción general de la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales no fue negativa, se sugirieron nuevos esfuerzos a este nivel que permitieran la puesta en marcha de modelos colaborativos de atención.

«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 lleváramos los pacientes así sería otra cosa» (PSQ).

«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...Pero bueno en general no sé si esto se hace» (MF).

Establecimiento de un espacio y relación terapéutica adecuados

Los pacientes y familiares plantearon la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la relevancia de mantener una actitud empática y humana durante todo el proceso asistencial, fundamentales para que se estableciera la confianza necesaria que debe perdurar a lo largo de todo el proceso y que ha de favorecer una mayor adherencia y eficacia del tratamiento.

Además, era preciso responder a las demandas de información acerca de la enfermedad y su tratamiento de forma sencilla y clara. También consideraron fundamental tener en cuenta a la familia a lo largo del proceso asistencial, no solo por las repercusiones e impacto de la depresión en el entorno familiar, sino también porque desde una perspectiva terapéutica juega un papel importante que debería ser gestionado adecuadamente.

«Para mí, en el caso de la depresión, es muy importante que los profesionales se impliquen y te escuchen, que haya una buena comunicación y que te apoyen» (P).

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

«A mí no se me presentaron diferentes alternativas de tratamiento ni me explicaron nada..., claramente no» (P).

«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).

Desde el punto de vista de los profesionales, era crucial facilitar más información al paciente y a su entorno familiar acerca de las diferentes alternativas terapéuticas, fomentando una mayor participación en la toma de decisiones. También se señaló la conveniencia de proporcionar el apoyo necesario, tanto al paciente como a la familia.

«Yo creo que las alternativas de tratamiento en general no se explican bien actualmente... y estamos frenando las intervenciones terapéuticas cuando son técnicas con eficacia probada» (PSC).

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

Impacto del estigma

Los pacientes y familiares destacaron el impacto negativo del estigma que actuaba como una barrera importante a los cuidados y al tratamiento. Por ello se recaló la importancia de promover, mediante la información y la función pedagógica de los servicios de salud, una desestigmatización progresiva de la depresión.

«Hay gente que no valora lo que es la depresión. Hay mucha gente a tu alrededor que no lo entiende..., no 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).

Los profesionales, además de reconocer la repercusión del estigma social, hicieron referencia a ciertos prejuicios de los profesionales sanitarios en relación con la depresión que también era necesario detectar y evitar.

«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 que van de la mano, estas atribuciones en los profesionales son un reflejo de las atribuciones prejuiciosas que hay en la calle...» (PSQ).

«A mí, sobre todo al principio, no me gusta etiquetar, ni dar mi opinión a los pacientes...Intento ver qué factores ambientales o estresores puede haber, pero sin juzgar...El problema es que creo que muchas veces los profesionales hacemos juicios de valor que no ayudan, en realidad no son más que estereotipos y prejuicios» (ENF).

Discusión

La importancia de la depresión, tanto desde el punto de vista epidemiológico como por la discapacidad que genera^{1,6}, justifica un estudio más profundo 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 mejorar la atención que se presta. De la misma manera, es fundamental tener en cuenta la perspectiva de los profesionales implicados.

Este trabajo se ha planteado con un doble objetivo: por un lado explorar las principales áreas de mejora relacionadas con el abordaje de la depresión desde el punto de vista de los pacientes, sus familias y los profesionales y, por otro, realizar un análisis comparativo de estas. Tanto los pacientes y sus familias, como los clínicos, han aportado información parcialmente coincidente y complementaria sobre sus percepciones, lo que ha permitido extraer información sobre los retos diagnósticos, la necesidad de un abordaje integral, mejoras en la coordinación y seguimiento, establecimiento de un espacio y relación terapéutica adecuados y el impacto del estigma.

Al igual que en otros estudios cualitativos, se ha puesto de manifiesto que el diagnóstico de la depresión es una labor compleja, tanto desde el punto de vista de los pacientes como desde el de los profesionales^{6,7,22,40,41}. Los pacientes y familiares participantes en este estudio han recalado la necesidad de favorecer el diagnóstico precoz, mientras que los profesionales mencionan las dificultades relacionadas con el diagnóstico diferencial, la evaluación de los factores subyacentes y el interés de la formación continuada.

El abordaje integral de la depresión también se sitúa como uno de los principales aspectos en los que incidir. A este respecto existe consenso en la importancia del abordaje

individualizado y del empleo de forma sinérgica de diferentes estrategias terapéuticas, tanto farmacológicas como psicosociales^{7,24}. En concreto, las intervenciones psicológicas se consideran cruciales tanto por los pacientes^{6,10-12}, como por los profesionales^{7,22,24}. Por otro lado, al igual que se ha descrito en algún estudio previo²⁴, los profesionales también inciden en la necesidad de reforzar los vínculos entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

Otro elemento destacado de forma importante en este estudio por todos los participantes es el papel que desempeñan las asociaciones de pacientes, ya que su labor constituye un complemento necesario a los servicios de salud y proporcionan un apoyo social y comunitario de enorme valor.

La mejora de la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales también se considera clave en el proceso asistencial, tanto en este estudio como en previos^{18,41,42}, así como la necesidad de mejoras en el seguimiento de los pacientes¹³.

En cuanto al espacio y relación terapéuticos, los pacientes consideran necesario favorecer un trato empático e implicar a la familia. En esta línea se ha señalado que entre las barreras percibidas por los pacientes en relación con los profesionales destacan el déficit en las habilidades sociales, la falta de sensibilidad y el bajo nivel de confianza médico-paciente^{6,34}. Además, como se ha señalado en estudios previos⁶, tanto los pacientes como los familiares describen la existencia de falta de información, que se convierte en una barrera importante en la eficacia del tratamiento.

El impacto negativo del estigma se debe tener en cuenta como un factor clave en el manejo de la depresión y puede ser considerado una de las principales barreras en el tratamiento, tanto desde el punto de vista de los pacientes^{6,12,18} como desde el de los profesionales^{7,23}. En este sentido se debería favorecer una desestigmatización progresiva de la depresión, para lo que se ha apuntado la pertinencia de desarrollar y evaluar programas de sensibilización¹⁷.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, no cabe duda de que a nivel muestral el hecho de haber realizado un único grupo focal con el segmento de familiares y de profesionales puede llegar a constituir una carencia. En este sentido, la posibilidad de realizar un mayor número de grupos con todos los segmentos podría dotar de mayor solidez a los hallazgos presentados. Conviene subrayar, no obstante, el carácter exploratorio del presente trabajo y que se ha diseñado para complementar la revisión sistemática de la literatura llevada a cabo como parte de la GPC de la depresión mayor en el adulto^{31,32}. Además, aunque los estudios cualitativos son cada vez más frecuentes en este ámbito, en España siguen constituyendo un hecho excepcional y por otro lado, a nivel internacional existen pocos estudios que hayan comparado e integrado las perspectivas de pacientes/familiares y clínicos.

Futuras investigaciones deberán centrarse en seguir profundizando en la vivencia de la depresión y en la percepción de los diferentes tratamientos e intervenciones, haciendo énfasis al mismo tiempo en los factores que los modulan, como los socioeconómicos, culturales y estructurales. También deberían abordarse de forma paralela la percepción de clínicos y pacientes sobre estos aspectos con el objetivo de conocer potenciales aspectos comunes o discordantes

que puedan estar afectando a la atención que se presta o a la relación entre pacientes y profesionales.

En conclusión, el manejo de la depresión es una labor compleja que requiere la puesta en marcha de medidas de diferente naturaleza en aras de mejorar la práctica clínica. Entender la propia depresión y el proceso asistencial desde la perspectiva de los principales agentes implicados resulta fundamental y, por otro lado, refuerza la necesidad de seguir trabajando en modelos asistenciales orientados al paciente, que tengan en cuenta sus vivencias y sus expectativas.

Financiación

Este estudio se ha realizado en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Autoría/colaboradores

Todos los autores de este manuscrito han participado en:

- La concepción y el diseño del estudio y en el análisis e interpretación de los resultados.
- La escritura del artículo y su revisión crítica, con importantes contribuciones intelectuales.
- La aprobación de la versión final para su publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

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 de Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia por su colaboración en la captación de la muestra y por sus aportaciones en la concepción de este estudio. También nos gustaría agradecer a todos los pacientes, familiares y profesionales que han participado.

Bibliografía

1. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [consultado 13 May 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
2. 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;370:851-8.
3. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
4. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:14-8.
5. 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;39:1855-65.

6. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society. 2009. Informe N.º: 90.
7. 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.
8. Elwy AR, Yeh J, Worcester J, Eisen SV. An illness perception model of primary care patients' help seeking for depression. *Qual Health Res.* 2011;21:1495–507.
9. 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;4:167–75.
10. 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;20:28–35.
11. 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;44:595–602.
12. 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;28:41.
13. van Geffen ECG, Hermsen JHCM, Heerdink ER, Egberts ACG, Verbeek-Heida PM, van Hulst 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;7:134–50.
14. 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:e142–8.
15. Price J, Cole V, Goodwin GM. Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2009;195:211–7.
16. 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;114:333–9.
17. 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.
18. Uebelacker LA, Marootian BA, Pirraglia PA, Primack J, Tighe 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;48:114–26.
19. Ahlstrom BH, Skarsater I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci.* 2009;23:309–16.
20. Ahlstrom BH, Skarsater I, Danielson E. The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. *J Clin Nurs.* 2010;19:284–93.
21. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. *Fam Pract.* 2002;19:623–31.
22. 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 readequar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria.* 2009;41:33–40.
23. 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;62:689–97.
24. 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;15:13.
25. 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.
26. 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.
27. 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;20:8.
28. 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.
29. 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;42:552–8.
30. Smith L, Walker A, Gilhooly K. Clinical guidelines of depression: a qualitative study of GPs' views. *J Fam Pract.* 2004;53:556–61.
31. Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Álvarez Ariza M, de las Heras Liñero E, Atienza Merino G. ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014.
32. 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 (avalía-t); 2014.
33. Murphy E, Dingwall R. Qualitative methods and health policy research. New York: Aldine de Gruyter; 2003.
34. 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;82:207–13.
35. Brown JB. The use of focus groups in clinical research. En: Crabtree BF, Miller WL, editores. *Doing qualitative research.* Thousand Oaks (CA): Sage; 1999. p. 109–24.
36. García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria.* 2000;25:181–6.
37. Lasch KE, Hassan M, Endicott J, Pault-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.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006;3:77–101.
39. Savin-Baden M, Howell C. Qualitative research. The essential guide to theory and practice. New York: Routledge; 2013.
40. 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;25:954–61.
41. 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]* 2013; 22 [consultado 15 May 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8008.php>
42. 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;35:113–22.