

# Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión

Andrea Gabilondo<sup>1</sup>, Naiara Artaza<sup>2</sup>, Jose Antonio de la Rica<sup>3</sup>, Ander Retolaza<sup>3</sup>, Pedro Ortueta<sup>4</sup>, Lucía Prieto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Red de Salud Mental de Gipuzkoa.

<sup>2</sup> Instituto Vasco de Innovación Sanitaria O+berri.

<sup>3</sup> Red de Salud Mental de Bizkaia.

<sup>4</sup> Comarca Sanitaria de Uribe.

## 1. Introducción

### 1.1. Magnitud e impacto de la depresión en nuestro país

La depresión es el trastorno mental más frecuente y genera un gran impacto en el individuo, su familia y la sociedad en términos de padecimiento, discapacidad y coste económico, fenómeno que parece repetirse en numerosas regiones del mundo.

Se estima que la prevalencia de la depresión mayor en España es algo menor a la registrada en otras regiones del norte de Europa. A pesar de ello alcanza el 10.6% de la población general y se ha descrito una evolución a la cronicidad hasta en el 40% de los casos, así como porcentajes de comorbilidad con otros trastornos mentales o físicos del 55% y 67%, respectivamente (1,2). Es causa además de un gran incremento en la mortalidad (hasta del 70%) (3) y genera un importante coste económico para la sociedad, siendo el trastorno del sistema nervioso más caro en Europa (4).

A pesar de su prevalencia y repercusiones, con frecuencia la depresión no es bien diagnosticada ni recibe un tratamiento médico apropiado. El sistema sanitario es un elemento clave para reducir el impacto en la calidad de vida y mejorar el pronóstico de este trastorno, sin embargo, se estima que el 40% de las depresiones en España no reciben atención sanitaria (5). En muchos casos se debe a la falta de demanda asistencial

por parte de la persona que la padece, pero en otros por incapacidad del sistema sanitario, incluido el propio profesional de la salud, de ofrecer un abordaje adecuado de la patología. En un metaanálisis reciente incluyendo estudios sobre más de 50.000 pacientes a lo largo del mundo se observó que cerca del 50% de las personas con depresión atendidas en la Atención Primaria no eran bien diagnosticadas (6).

En España la Atención Primaria es un ámbito asistencial de gran importancia en el abordaje de la depresión y está implicada en el tratamiento del 65% de las depresiones atendidas en todo el sistema sanitario. A pesar de ello se han descrito porcentajes de tratamiento adecuado muy bajos en este entorno (cerca al 12%) así como una distribución ineficiente de los recursos (con altos porcentajes de derivación a la atención especializada de pacientes leves) (5).

No existen datos específicos sobre la prevalencia e impacto de la depresión en población general de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), sin embargo los datos disponibles sobre población atendida están en línea con lo expuesto. A modo de ejemplo, en la provincia de Bizkaia la incidencia tratada en Centros de Salud Mental (CSM), correspondiente al año 2009 fue de 9,4 casos por cada mil habitantes y la prevalencia de 42,4 por mil habitantes. La mayor parte de es-

tos casos pertenecen al grupo de los trastornos depresivos y de ansiedad, con gran frecuencia comórbidos. Este grupo resulta también el más frecuente en consultas de Atención Primaria, que es el ámbito asistencial donde los pacientes son evaluados, tratados y derivados a servicios especializados (7). En 2010, el 88,2% de los pacientes atendidos en los CSM de Bizkaia accedieron a los mismos desde Atención Primaria. Con ligeras variaciones, esta proporción se viene manteniendo desde hace años, por encima del 85% (8).

Las recomendaciones de la OMS para hacer frente al reto que plantea dicha patología incluyen abordajes integrados de este grupo de trastornos y modelos que posibiliten el trabajo coordinado y complementario de psiquiatras, psicólogos, médicos de familia y otros profesionales sanitarios y agentes sociales, a fin de lograr mejores resultados en salud y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos (9). Esto supone un importante desafío asistencial y organizativo.

**1. 2. Proyectos colaborativos Elkarlanean: Antecedentes**

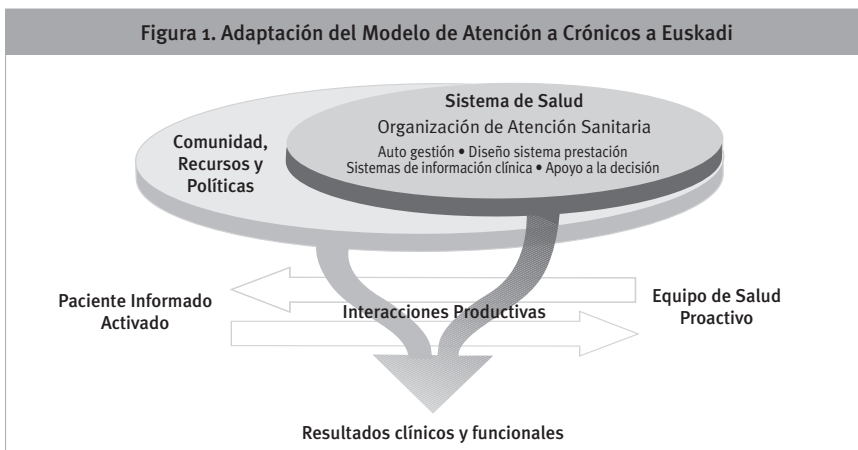
La introducción de proyectos colaborativos (“Elkarlanean”) en el Sistema Sanitario Vasco (SSV) nace por encargo del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco en el marco de la **Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi** (10).

Dicha estrategia aspira a mejorar el bienestar de las personas con trastornos crónicos y pretende

dibujar una forma más eficaz y eficiente de organizar la prestación de la atención sanitaria de estos pacientes. Para ello propone una serie de cambios en la gestión de las organizaciones y en su liderazgo: Identifica elementos que permitan mejorar la coordinación y colaboración entre las diversas organizaciones asistenciales como un elemento clave y complementario a la gestión interna de cada organización, y a la vez apuesta por un liderazgo más distribuido en el que los directivos crean las condiciones necesarias para fomentar la innovación organizativa que se genera de forma emergente por los profesionales de la salud y los directivos locales. El objetivo es crear un sistema de salud más innovador en el ámbito local (ámbito “operativo”) por ser aquel en el que residen los verdaderos agentes de cambio y donde se da la interacción entre el paciente y los profesionales de la salud.

La estrategia utiliza como principal referencia teórica el denominado *Modelo de Atención a Crónicos* (The Chronic Care Model, CCM) desarrollado por Ed Wagner en EE. UU. (11). Dicho modelo identifica 3 planos superpuestos en la atención a crónicos: 1) la comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados 2) el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) la interacción con el paciente en la práctica clínica. Además enumera seis elementos que interactúan entre sí y que son clave para ofrecer una atención óptima a los pacientes crónicos.

- La organización del sistema de atención sanitaria.

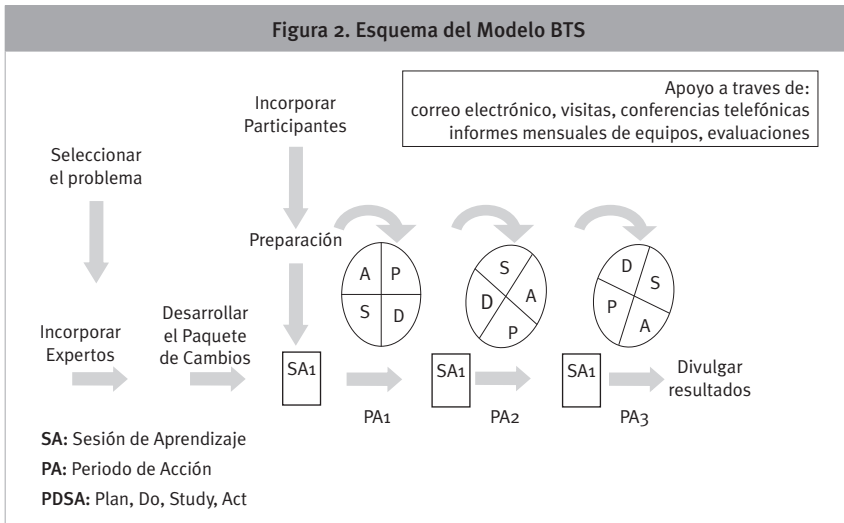


- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

En este marco establecido por la estrategia, el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri) y la Dirección y Subdirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza recibieron el encargo de diseñar el lanzamiento de un número de proyectos colaborativos para mejorar la atención integral y coordinada de ciertas patologías crónicas, todos ellos bajo la marca “Elkarlanean”. La depresión y la EPOC son las primeras patologías con las que se ha comenzado a trabajar. Para el desarrollo de los proyectos colaborativos se seleccionó la **Metodología Breakthrough Series o BTS** (12). Dicha metodología fue creada en EE. UU. por el *Institute for Healthcare Improvement* y ha sido usado para implantar el aprendizaje colaborativo en sanidad y promover la mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas en más de 700 proyectos vinculados a diversas patologías. Los colaborativos BTS pretenden promover el desarrollo de cambios positivos en el modelo de atención sanitaria e igual que la estrategia de la cronicidad de Euskadi se basan en el Modelo de Atención a Crónicos.

Se trata de una metodología estructurada y secuencial que se inicia con la identificación por parte de un grupo de expertos de las áreas de mejora más relevantes en la atención a una patología concreta, y la selección posterior de un número de intervenciones eficaces (basadas en la evidencia) que permitan alcanzar dichos objetivos de mejora (Fase 1 o de diseño de la intervención). En la segunda fase el procedimiento requiere de la implementación de la intervención seleccionada por un número de unidades clínicas y genera un proceso de mejora continua de la intervención gracias al intercambio de experiencias entre los profesionales participantes a lo largo de diversas sesiones de intercambio que se intercalan con los periodos de puesta en práctica (Fase 2 o de implementación). Estos cambios están guiados por una serie de documentos elaborados en la fase 1: *Hoja de ruta, Paquete de Cambios, Guía de Evaluación y Toolkit*. La figura 2 describe gráficamente el proceso.

El modelo BTS por tanto no tiene como objetivo generar un nuevo conocimiento científico o demostrar la eficacia de una intervención concreta, más bien pretende estimular y acelerar la implementación y aprendizaje de las mejores prácticas disponibles en un área clínica, u operativa específica.



Fuente: Institute for Healthcare Improvement (traducido por O-Berri).

## 2. Descripción del Proyecto Elkarlanean Depresión Euskadi

El proyecto Elkarlanean Depresión Euskadi se ha diseñado como un estudio multicéntrico desarrollado en base a la Metodología BTS. Se concreta en el diseño por parte de un grupo de expertos de una intervención multicomponente basada en la evidencia para mejorar la atención sanitaria a la depresión y su posterior implementación por parte de diversas unidades clínicas siguiendo un proceso de mejora continua. El proyecto se inició en el segundo semestre de 2011 y tiene previsto su finalización en el primer semestre de 2013. Ha sido impulsado por O+berri y la Dirección y Subdirección del Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

### 2.1. Objetivos

El proyecto pretende dar lugar a un modelo específico de asistencia sanitaria a la depresión que permita mejorar la calidad de la asistencia a dicha patología en la Atención Primaria. En concreto pretende:

- Mejorar la calidad de vida y resultados en Salud Mental de los pacientes con depresión que acuden a la Atención Primaria.
- Mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la especializada en la atención a estos pacientes.
- Mejorar la satisfacción de los pacientes y profesionales implicados.
- Mejorar el conocimiento por parte de los profesionales del Modelo de Atención a Crónicos y su utilización en la atención a la depresión.

### 2.2. Método

El proyecto se divide en 2 fases diferenciadas. La primera fase comprende el diseño de la intervención por parte de un grupo de expertos, la segunda fase incluye la implementación de la intervención y su modificación siguiendo un proceso de adaptación y mejora continua.

#### Fase 1. Diseño de la Intervención

La primera fase se desarrolló desde septiembre de 2011 hasta febrero de 2012. Un grupo de 25 expertos compuesto por clínicos de Atención Primaria y Salud Mental, gestores y líderes del Sistema Sanitario Vasco fue seleccionado con el

encargo de definir de un modelo de intervención integral, coordinado y basado en la evidencia para mejorar la calidad de la asistencia ofrecida a los pacientes con depresión que acuden a la Atención Primaria.

En un total de 6 reuniones de medio día de duración cada una el grupo de expertos definió y dio respuesta a un plan de trabajo con los siguientes objetivos:

1. Seleccionar el subtipo depresivo que sería objeto de la intervención.
2. Identificar áreas concretas de mejora en la atención a la depresión (“gaps”).
3. Seleccionar objetivos concretos en relación a éstas áreas de mejora.
4. Definir un modelo de intervención basado en la evidencia científica para dar respuesta a dichos objetivos.

La toma de decisiones se basó en una metodología mixta que incluyó la revisión de la literatura nacional e internacional (estudios epidemiológicos, guías de práctica clínica, etc) para aportar datos relevantes y evidencia sobre cuestiones concretas y por otro lado el consenso de los expertos para lo cual se diseñaron formularios de consulta a cumplimentar por los miembros del grupo.

Por último y como conclusión del trabajo anterior, el grupo elaboró un conjunto de documentos que servirían de apoyo y orientación para el desarrollo del proyecto.

#### Fase 2. Implementación

En la segunda fase, que se inició en Abril de 2012 y se prolonga hasta Marzo de 2013, un total de 25 cupos de Atención Primaria agrupados en 13 unidades clínicas (o “Equipos Participantes”) han iniciado la puesta en práctica del modelo de atención definido en la fase 1. En abril de 2012 y como punto de partida de esta fase se realizó una sesión de formación de los profesionales que permitió dar a conocer el modelo, los instrumentos de trabajo y métodos de evaluación previstos. En los meses sucesivos se realizarán 2 sesiones de formación para el intercambio de experiencias entre los profesionales de la metodología de mejora continua. En las



sesiones se discutirán los puntos fuertes y débiles del modelo, las dificultades encontradas y cómo resolverlas, etc. Es de esperar que dicho intercambio permita incorporar elementos de mejora en la intervención diseñada en la fase 1 a fin de hacerla más adecuada y viable en el contexto de aplicación específico.

### 2.3. Participantes o “sujetos de estudio”

El proyecto ha definido 2 tipos de muestras o sujetos-grupos sobre los que se estudiará el impacto de la intervención.

**Unidades clínicas o equipos participantes:** Son los equipos encargados de implementar la intervención y someterla al proceso de mejora continua.

Se han incluido 13 unidades clínicas procedentes de los 3 territorios de la CAPV. Cada unidad está formada por los siguientes profesionales: 1 Médico de Atención Primaria, 1 enfermera de Atención Primaria, 1 enfermera de Salud Mental, 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 metodólogo. En total están implicados más de 75 profesionales clínicos y se cuenta con la participación de las 3 Redes de Salud Mental de la CAPV (Gipuzkoa, Bizkaia y Araba).

Sobre este grupo se estudiará el efecto de la intervención en la colaboración entre niveles, el conocimiento de los profesionales sobre el Modelo de Atención a Crónicos y la satisfacción de los profesionales.

**Muestra clínica o pacientes con depresión:** Debido a las características particulares de la metodología empleada (no tiene como objetivo prioritario demostrar la eficacia de una intervención en la mejora de los síntomas depresivos sino la viabilidad y conveniencia de la aplicación de dicha intervención en nuestro contexto) no se ha definido un tamaño muestral concreto (mínimo o máximo).

Cada equipo participante es responsable de la selección de sus pacientes y lo hará según unos criterios de inclusión y exclusión concretos.

- a. Criterios de inclusión: Podrá incluirse a cualquier paciente mayor de 18 años que acuda a la consulta del médico o enfermera de Atención Primaria por cualquier motivo y

pertenezca a uno de los grupos de riesgo de depresión definidos (Tabla 1).

- b. Criterios de exclusión: No podrán incluirse en el estudio a los pacientes en tratamiento antidepressivo, aquellos en tratamiento con psiquiatra o psicólogo y aquellos con discapacidad intelectual o la derivada de patología mental grave.

Sobre este grupo se estudiará el efecto de la intervención en la calidad de vida y síntomas depresivos, así como en la satisfacción con la atención recibida.

### 2.4. Descripción de la intervención: modelo de atención escalonada a la depresión

**Cuestiones preliminares: Selección del subtipo depresivo, gaps en la asistencia a la depresión y objetivos de mejora**

El grupo de expertos seleccionó el *episodio depresivo mayor unipolar leve o moderado* como objetivo de la intervención de mejora. La decisión se basó en la alta prevalencia de dicho subtipo depresivo en la Atención Primaria (mayor que la de otros subtipos depresivos), así como en la disponibilidad de alternativas de diagnóstico y tratamiento de eficacia probada y viables para su aplicación generalizada en dicho ámbito asistencial. Se consideró como un elemento reforzador de la decisión la existencia de una Guía de Práctica Clínica actualizada y avalada por el Sistema Nacional de Salud (13) que podría orientar en la toma de decisiones y dar especial solidez a las recomendaciones. Se consideró que el episodio grave debía ser atendido en la red de Salud Mental.

Por otro lado, se identificaron diversas áreas de mejora en la atención a la depresión, abarcando todas las fases del proceso asistencial (diagnóstico, tratamiento, etc). Se planteó la necesidad de diseñar una intervención que incluyera todas las fases del proceso asistencial y con los siguientes objetivos específicos:

- Mejora de la identificación del riesgo de depresión.
- Mejora de la fiabilidad diagnóstica.
- Mejora de la adecuación y calidad del tratamiento.

- Mejora de la coordinación entre profesionales a lo largo del proceso asistencial.

**Modelo de Intervención: Modelo Escalonado de Atención a la depresión**

Se definió un modelo de asistencia formado por 6 intervenciones independientes y consecutivas. La selección de las intervenciones se basó en criterios de eficacia o coste-eficacia según la evidencia disponible, sencillez en su aplicación, sostenibilidad potencial y viabilidad para su aplicación en nuestro contexto sanitario.

**I. Cribado de depresión**

*Descripción:* Realizar un cribado de depresión a todos los adultos que acudan a la consulta del médico o enfermera de Atención Primaria y pertenezcan a un grupo de riesgo de depresión (Tabla 1).

*Instrumento:* Cuestionario de Salud del Paciente 2 (Patient Health Questionnaire 2, PHQ-2) (14).

*Profesional implicado:* El cribado lo podrá realizar tanto el profesional médico como el de enfermería.

**Tabla 1: Grupos de riesgo de depresión, definidos por el grupo de expertos**

- Se considerará que un paciente pertenece a un grupo de riesgo de depresión si presenta:
- Antecedentes de depresión u otro trastorno mental.
  - Enfermedades físicas crónicas que causan dolor, disfunción o estrés.
  - Acontecimientos vitales estresantes recientes.
  - Síntomas sin explicación médica.
  - Toma de ansiolíticos a demanda.
  - Clínica de depresión.

**II. Diagnóstico y valoración de la gravedad de la depresión**

*Descripción:* Realizar una evaluación diagnóstica de depresión a todos los pacientes con un resultado positivo en el PHQ-2 (sospecha diagnóstica de depresión).

*Instrumento:* PHQ-9.

*Profesional implicado:* Dicha evaluación la realizará el médico de Atención Primaria.

- *Instrumento PHQ-9:* Instrumento de apoyo en el diagnóstico y seguimiento clínico de pacientes con depresión. Avalado por numerosos estudios científicos, presenta una sensibilidad y especificidad elevadas para el diagnóstico de la depresión en la Atención Primaria (cerca del 90%). Consta de 9 preguntas con 4 opciones de respuesta cada una. Puede ser autoaplicado. Permite evaluar la gravedad de la clínica depresiva y clasificar el episodio en leve, moderado o grave. El último ítem explora la ideación suicida (15,16,17).

**III. Evaluación del riesgo de suicidio**

*Descripción:* Realizar una evaluación del riesgo de suicidio en los pacientes que puntúen positivo en la pregunta 9 del PHQ-9.

*Instrumento:* Cuestionario de valoración del riesgo suicida (Suicide RiskAssessment).

*Profesional implicado:* Dicha evaluación la realizará el médico de Atención Primaria.

*Resultado:* Pacientes con riesgo alto → Derivación a Urgencias hospitalarias; Riesgo moderado → Derivación Urgente al CSM; Riesgo bajo → Interconsulta al CSM.

- *Cuestionario de valoración del riesgo suicida:* Se trata de un cuestionario de 4 ítems y respuesta sí/no. Evalúa el riesgo de suicidio y ofrece una valoración en términos de riesgo alto, medio o bajo. Fue seleccionado por el grupo de expertos debido a su sencillez, fácil aplicabilidad y buena aceptación entre los profesionales en el entorno internacional. Debido a la inexistencia de una versión traducida en castellano se realizó una traducción consensuada por el grupo de expertos (18).

**IV. Tratamiento de los pacientes con depresión leve**

*Descripción:* Realizar una intervención psicoeducativa grupal (o individual) en los pacientes diagnosticados de depresión leve, según el PHQ-9.

*Instrumento:* Programa de Intervención psicoeducativa grupal para depresión del Institut Català de la Salut (ICS) (19).



**Profesional implicado:** La intervención será indicada por el profesional médico pero realizada y coordinada por el personal de enfermería de Atención Primaria, teniendo como referente a la enfermería de Salud Mental.

- **Programa de Intervención psicoeducativa en depresión del ICS:** Intervención elaborada por profesionales del ICS y desarrollada en diversos centros de Atención Primaria de Cataluña desde 2010. Incluye 12 sesiones semanales de 90 minutos de duración y abarca diversas áreas incluyendo: Hábitos de autocuidado, resolución de problemas, activación conductual o asertividad. Es aconsejable recibir una formación específica para su realización.

## V. Tratamiento de los pacientes con depresión moderada

**Descripción:** Tratamiento farmacológico con antidepresivos, según las recomendaciones reflejadas en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (13) (Tabla 2) (Figura 3). En los pacientes que no responden a la estrategia farmacológica, tratamiento combinado con un módulo de psicoterapia individual (o grupal) de orientación cognitivo conductual (TCC).

**Instrumento:** Adaptación del algoritmo de tratamiento farmacológico de la depresión de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, para su uso en el contexto de la Atención Primaria. Programa de psicoterapia cognitivo conductual por definir.

**Profesional implicado:** El tratamiento farmacológico será pautado y controlado por el médico de Atención Primaria. La psicoterapia será realizada por un profesional de la Salud Mental, preferentemente un psicólogo.

**Tabla 2: Resumen de las recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la depresión**

1. Indicación de antidepresivo: Episodio depresivo moderado o grave.
2. Selección del antidepresivo: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS).
  - Si intolerancia: Cambiar a otro ISRS. Si persiste: Cambiar a nuevos antidepresivos o tricíclicos.
  - Considerar: Respuesta previa a antidepresivos, también en familiares de primer grado y efectos secundarios concretos.
  - Informar al paciente sobre latencia, efectos secundarios y duración del tratamiento.
3. Seguimiento: Estrecho, en especial el primer mes. Primera visita al menos en 2 semanas.
4. Duración: Al menos 6 meses tras remisión. Considerar mantenimiento más largo: 12 meses si 1 episodio previo o síntomas residuales, 24 meses si 2 o más episodios. Usar misma dosis que en fase aguda.
5. Falta de respuesta a ISRS: Si mejoría nula a las 3-4 semanas, cambio de antidepresivo (otro ISRS o ISRSN). Si mejoría parcial, aumentar la dosis del antidepresivo o esperar a 8ª semana. Si persiste mejoría insuficiente en la 8ª semana, valorar estrategia de combinación. Reevaluar cumplimiento, diagnóstico y posología en no respondedores.









## VI. Distribución de material informativo y educativo

*Descripción.* Incluye dos tipos de intervenciones:

- 1) Entrega de material educativo sobre depresión a pacientes con depresión, síntomas depresivos menores o pertenecientes a los grupos de riesgo y familiares. Lectura acompañada del material.
- 2) Distribución en el centro de Atención Primaria de material informativo sobre la depresión para aumentar la autoconciencia y disposición a solicitar ayuda en el paciente con depresión.

*Instrumento:* Material educativo: Anexo 5 de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (13). Materiales informativos, incluyendo dípticos y posters.

*Profesional implicado:* Profesional médico y de enfermería de Atención Primaria.

## VII. Coordinación con Salud Mental

*Descripción:* Despliegue de un Modelo concreto de Interconsulta entre primaria y el CSM, seleccionado por cada equipo participante entre un conjunto de propuestas.

*Instrumento:* Conjunto de propuestas de coordinación, seleccionadas en base a su buen funcionamiento en unidades clínicas concretas de la CAPV.

- Interconsulta no presencial a través de E-Osabide, Osabide Global, Teléfono, Correo-e, etc.
- Interconsulta presencial con fines de formación y consulta de casos, al menos una vez al mes.

*Profesional implicado:* Todos los profesionales de cada equipo participante.

### 2.5. Evaluación

Se trata de un estudio de intervención prospectivo, con medición antes después de las variables de interés y sin grupo control.

Se han definido un número de indicadores de proceso y resultado que permitirán evaluar el resultado del proyecto. Estos incluyen:

#### Indicadores de resultado:

- Síntomas depresivos: Instrumento PHQ-9. Determinación basal, mes 3, 6 y 12.

- Calidad de vida: Instrumento SF12v2 (20). Determinación basal, mes 6 y 12.
- Satisfacción global de los pacientes: Instrumento CSQ8 (21). Determinación a los 12 meses.
- Satisfacción de los pacientes con la intervención psicoeducativa/TCC: Instrumento cuestionario específico. Determinación a los 12 meses.
- Satisfacción de los profesionales: Instrumento cuestionario específico. Determinación a los 12 meses.
- Conocimiento y uso del Modelo de Atención a Crónicos por los profesionales: Instrumento ACDM (Assessment of Clinician Depression Management in Primary Care) (22). Determinación basal y a los 12 meses.
- Colaboración entre niveles asistenciales por los profesionales: Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención. Determinación basal y a los 12 meses (23).

#### Indicadores de proceso:

Registro semanal de información de la actividad realizada relativa al Cribado, Diagnóstico, Evaluación del riesgo suicida, Intervención psicoeducativa grupal, TCC, Distribución de material informativo y Coordinación entre niveles asistenciales.

La recogida de información para la evaluación la realizará el equipo de Atención Primaria en una serie de registros específicos desarrollados a tal efecto. Cada equipo participante cuenta con el apoyo de un metodólogo que asesorará sobre posibles dificultades en la recogida o codificación de la información, y que será responsable de enviar de forma periódica al equipo un informe de actividad.

### 2.6. Aspectos éticos

El protocolo del estudio ha sido presentado al Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi. Cada participante recibe una hoja de información sobre el estudio y es un requisito imprescindible para su participación la firma de un consentimiento. Los datos recogidos son tratados de forma confidencial y siguiendo la normativa sobre protección de datos exigida por la Agencia Vasca de Protección de Datos (AVPD).

### 3. Situación actual

#### 3.1. Datos disponibles

Tras el lanzamiento del proyecto en su fase de implementación a mediados de abril, los equipos de Atención Primaria han ido registrando en papel los casos objeto de estudio. En la actualidad el equipo de investigación no dispone de datos ya que el registro electrónico de los mismos no ha sido posible hasta la primera semana de junio. Los requisitos establecidos por la AVPD en relación a la protección de datos de pacientes, ha obligado a crear un volumen compartido con una serie de carpetas de acceso restringido según permisos de utilización de los equipos participantes en un servidor del Sistema Sanitario Vasco. Por ello se prevé que hasta mediados de julio no se dispondrá de los primeros informes en relación a captación de casos.

Sin embargo, sí se dispone de datos relativos al primer grupo de psicoeducación puesto en marcha en la Comarca Bilbao para pacientes con depresión mayor leve. Participan un total de 9 pacientes, éste grupo es conducido por dos enfermeras del Centro de Salud de San Ignacio, con la supervisión de una enfermera de Salud Mental experta en terapia grupal. Esta iniciativa sirve además como formación de 9 enfermeras que participan como observadoras de las sesiones que se llevan a cabo semanalmente.

#### 3.2. Primeras impresiones de los profesionales

Las impresiones en relación al impacto del proyecto BTS Depresión varían mucho en función del perfil del profesional participante en el mismo. Así, *los gestores* y *“sponsors”* (o promotores del proyecto desde las Instituciones) implicados en el proyecto perciben la implementación de mejoras basadas en la evidencia científica como una estrategia de eficiencia y una oportunidad para aminorar la brecha entre la mejor práctica posible y la que se está llevando a cabo en la actualidad. El desarrollo y utilización de modelos que facilitan la integración asistencial y la colaboración entre niveles asistenciales son percibidos como elementos que favorecen la sostenibilidad del Sistema Sanitario Vasco. Asimismo, perciben que el proyecto está contribuyendo a generar una dinámica de proyectos de investigación entre los equipos participantes, favoreciendo una cultura de evaluación, colaboración y difusión de

resultados. Por último, los gestores prevén una posible optimización de recursos terapéuticos como consecuencia de la utilización de alternativas a los tratamientos farmacológicos.

En cuanto a los *equipos de Atención Primaria*, si bien al principio acogieron el proyecto con ciertas reservas a día de hoy lo perciben con entusiasmo y como una posibilidad real de mejorar la asistencia a sus pacientes con depresión así como la colaboración con los equipos de Salud Mental. Las herramientas de cribado y diagnóstico suponen una ayuda importante de cara a ordenar el percibido como “barullo” de pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria con síntomas depresivos y a los que en ocasiones no es fácil orientar desde el punto de vista clínico. La posibilidad de usar alternativas a las estrategias farmacológicas ha ilusionado especialmente a los equipos participantes, en este sentido el rol de la enfermería de primaria mejora al tener un papel protagonista en la organización y liderazgo de intervenciones de psicoeducación grupal e individual.

Desde la perspectiva de los *profesionales de Salud Mental* se percibe el proyecto como una oportunidad para aliviar la presión asistencial y una posibilidad de optimización de la demanda en el nivel especializado. La existencia de un equipo integrado en el que participan profesionales de ambos niveles asistenciales favorece la conexión y colaboración entre los mismos permitiendo a los profesionales de la especializada apoyar a sus colegas de la primaria en la gestión, seguimiento y control de casos.

### 4. Conclusiones

Los proyectos colaborativos aparecen como una propuesta elaborada y característica de los contextos sociosanitarios actuales, comunitarios y no “hospitalocéntricos”, con un funcionamiento en red promovido por varios motores: La medicina basada en la evidencia, las tecnologías de comunicación y la gestión descentralizada y compleja del conocimiento.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad y los modelos que la sustentan aparecen también como fondo en la elección de aquellos problemas de salud que por su peso epidemiológico,



características evolutivas y gasto sanitario, las hacen susceptibles de enfoques específicos y sostenibles.

La depresión en el ámbito de la Atención Primaria cumple estas características descritas y añade un factor de complejidad determinado por la consistencia de su diagnóstico a partir de síntomas subjetivos y no de signos objetivos (más cercanos a la experiencia de la práctica médica habitual), pero no por ello menos presentes en la Atención Primaria.

La metodología BTS es continente para este tipo de problemas, da un sentido a todos los ámbitos en los que se plantea el diagnóstico y tratamiento de la depresión leve y moderada y además genera una serie de efectos secundarios, consistentes con su modelo.

- Crea un discurso de acercamiento progresivo y sistemático al problema planteado, con unas características de interdisciplinariedad y horizontalidad que ha servido para el replanteamiento de roles y la adquisición de nuevas habilidades escasamente desarrolladas.
- Genera un marco de colaboración interniveles con el respeto y el intercambio de saberes como telón de fondo.
- Es proactivo con la creación de una cultura de colaboración a partir de intervenciones ya experimentadas, en un marco naturalista y con vocación de permanencia.
- Por último la experiencia BTS de depresión en Atención Primaria se ha constituido en un formato de investigación amplio, accesible y amigable con unos resultados que pueden ser incorporados como mejoras desde el primer momento.

A falta de la evaluación más exhaustiva, dado su escaso recorrido, el colaborativo BTS ya ha tenido un efecto “normalizador” en el contexto de la relación interniveles en una muestra importante tanto de la Atención Primaria como de la Salud Mental en la CAPV, quedan por ver sus posibilidades como herramienta de mejora aumentando el nivel de precisión en el cumplimiento de objetivos y su capacidad como metodología efectiva en función de sus resultados finales.

## Referencias

1. Gabilondo A., Rojas-Farreras S., Vilagut G., Haro JM., Fernández A., Pinto-Meza A., Alonso J. Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *J Affect Disorders*. 2010 Jan; 120(1-3):76-85.
2. Gabilondo A Vilagut G., Pinto-Meza A., Haro JM., Alonso J. Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *General Hospital Psychiatry*. 2012. In press.
3. Eaton WW., 2008. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev*. 30, pp. 1-14.
4. Sobocki, P., Jonsson, B., Angst, J., Rehnberg, C., Cost of depression in Europe. *J. Mental Health Policy Econ*. 2006; 9 (2): 87-98.
5. Gabilondo A., Rojas-Farreras S., Rodríguez A, Fernández A., Pinto-Meza A, Vilagut G., Haro JM., Alonso J. Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *Psychiatr Serv*. 2011 Feb;62(2):152-61.
6. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S., Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374: 609–619.
7. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia. Sistema de Información y registro. Memoria 2009.
8. Información no publicada. Fuente: Red de Salud Mental de Bizkaia. Unidad de Gestión Sanitaria.
9. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope: [www.who.int/whr/2001/en](http://www.who.int/whr/2001/en)
10. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010. Disponible en: <http://cronicidad.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
11. Wagner, E. H., B. Austin and M. Von Korff. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank Quarterly*. 1996; 74(4): 511-44.
12. The Breakthrough Series: un modelo colaborativo para conseguir un avance innovador en el sector sanitario. En Bengoa R, Nuño R.

- Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. 2008. Elsevier España.
13. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N<sup>o</sup> 2006/06.
  14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care* 2003; 41: 1284-1294.
  15. Kroenke, K, Spitzer, RL, Williams, JBW: The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:606-613.
  16. Löwe, B, Unützer, J, Callahan, CM, Perkins, AJ, Kroenke, K: Monitoring Depression Treatment Outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Medical Care*. 2004; 42(12):1194-1201.
  17. Löwe, B, Kroenke, K, Herzog, W, Gräfe, R: Measuring Depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*. 2004; 81: 61-66.
  18. Cole, S, unpublished document. October 2003. Disponible en: <http://lphi.org/CMSuploads/SuicideRiskAssessment-06008-50330.pdf>
  19. Documento no publicado. Fuente: Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en Atención Primaria. Plo7/90712
  20. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996;34:220-33.
  21. Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., LeVois, M., Nguyen, T.D., Roberts, R.E. y Ster, B. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 1979; 2: 197-207.
  22. Donald E. Nease, Paul A. Nutting, W. Perry Dickinson, Aaron J. Bonham, Deborah G. Graham, Kaia M. Gallagher, Deborah S. Main. Inducing Sustainable Improvement in Depression Care in Primary Care Practices. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. May 2008; Vol 34 (5): 247-255.
  23. Berraondo I, Nuño R, Toro N, Sauto R, San Martín L. Cuestionario de valoración de la colaboración entre profesionales clínicos de distintos niveles de atención O+berri/Osakidetza, 2012.