



Universitat Autònoma  
de Barcelona

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia  
i de Medicina Preventiva

Curso de Doctorado en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica

# ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN MAYOR: DIFERENCIAS INTERNACIONALES Y POR NIVEL ASISTENCIAL

*Tesis presentada por*  
Ana Fernández Sánchez  
Para optar al grado de Doctora

*Director de tesis:* Dr. Josep Maria Haro Abad  
*Co-Director de tesis:* Dr. Jordi Alonso Caballero  
*Tutora de la tesis:* Dra. Montserrat Ferrer Fores

*A mis abuelas, Ana y Antonia,  
doctoras en tantas cosas....*

*A mi padre, Rafael, y a mi madre, Ana,  
que me han enseñado la importancia de no rendirse nunca,  
de luchar por lo que uno quiere,  
de ser leal y coherente.*

*A Jordi,  
que con su "natural pacífico"  
siempre apacigua mi "tormentoso atlántico".*



*Además de las financiaciones específicas de cada uno de los proyectos que forman esta tesis, durante el proceso de doctorado he recibido financiación, como técnica pre-doctoral, de las siguientes redes: **IRYSS** (Investigación en servicios sanitarios para la toma de decisiones en el sistema nacional de aplicación práctica a las listas de espera Investigación de resultados de salud y servicios sanitarios G03/2002; Instituto de Salud Carlos III) y de la **rediAPP** (Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. RD06/0018/0017; también del Instituto de Salud Carlos III). Muchas gracias.*



# AGRADECIMIENTOS

Hay muchas personas a las que me gustaría dar las gracias. Inversamente proporcional al espacio del que dispongo. Así que seré breve.

En primer lugar muchas gracias a Jaume Autonell, gran maestro. Sin esas clases, esos sabios consejos y tu atenta escucha no creo que hubiese llegado hasta aquí. En segundo lugar a mis directores, Josep Maria Haro y Jordi Alonso, y a mi tutora, Montserrat Ferrer, que han cedido gran parte de su tiempo para acompañarme durante este camino. Muchas gracias Josep Maria por dejarme hacer la tesis como yo quería y contar conmigo. En tercer lugar a todos los co-autores de los artículos, en especial a Juan Bellón por el curso CCC de estadística “avanzada” y tantas otras enseñanzas. Y muchas gracias también a Toni Serrano, por hacer que más que un grupo que trabaja en investigación, seamos un grupo de amigos que se divierten investigando (Alejandra, María Rubio y Juan Vicente Luciano también son responsables de esto).

No creo que nunca lleguen a saberlo, pero también quisiera dar las gracias a los revisores anónimos que me aceptaron los artículos y que con sus comentarios los mejoraron, así como, muy especialmente, a todas esas personas que desinteresadamente decidieron participar en los estudios que forman esta tesis.

Y como no, a todas mis compañeras y compañeros de la URD. Las que están (Iris, Iria, Elena H, Susana, Judith, Alexandrina, Aida, “Raqueles”, Ferran, Cristian, Gildas, Jordan, “Jaumes”, Victoria M, Pilar, Nuria, Isabel) y las que estuvieron (Miriam, Vio, Mariola, Inma, Enric, Bibi, Leila, Fidel, Ari, David, Angel, Rai, Ana B...). Pero en especial a aquellos amigos con los que compartimos (y seguimos compartiendo de algún modo) el tiempo del *Year Book*: Elena R, Nieves, Juanvi, Alejandra, Marcelo, Janina, Vicky, Marta... Ojalá, estuvieras aquí.

Sin olvidarme de mis amigos y amigas: Montse (siempre a mi lado, y que dure), María S, Cristina, Erika, Mónica, Roger, Carol y Albert (ya os queda menos a vosotros)... y podría seguir hojas y hojas. Ya sabéis quienes sois. Y a Esther y las “formigues”. Allá donde estés. A todos y todas, muchas gracias.



# INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>PRESENTACIÓN</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>RESUMEN</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....  | <b>15</b> |
| 1.1. LA DEPRESIÓN MAYOR COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....  | 16        |
| 1.2. ¿DÓNDE SE TRATA LA DEPRESIÓN? .....  | 18        |
| 1.3. ¿QUÉ TRATAMIENTOS SON EFECTIVOS PARA LA DEPRESIÓN? .....   | 20        |
| 1.4. EL MARCO CONCEPTUAL DEL ESTUDIO DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO.....                                  | 21        |
| 1.5. REVISIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS DE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.                | 24        |
| 1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS .....  | 53        |
| <b>2. HIPÓTESIS</b> .....   | <b>54</b> |
| <b>3. OBJETIVOS</b> .....   | <b>55</b> |
| <b>4. METODOLOGÍA</b> .....   | <b>56</b> |
| 4.1. ESTUDIO: EUROPEAN STUDY OF THE EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS (ESEMED) .....                         | 56        |
| 4.1.1. Diseño y muestra .....   | 56        |
| 4.1.2. Medidas.....   | 58        |
| 4.1.3. Definición de tratamiento mínimamente adecuado.....  | 59        |
| 4.1.4. Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el Episodio Depresivo Mayor.....       | 59        |
| 4.1.5. Análisis Estadísticos .....  | 61        |
| 4.2. ESTUDIO EFECTIVITAT DEL TRACTAMENT ANTIDEPRESSIU EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT (ETAPS) ..               | 62        |
| 4.2.1. Diseño y muestra .....   | 62        |
| 4.2.2. Medidas.....   | 64        |
| 4.2.3. Definición de adecuación del tratamiento.....  | 65        |
| 4.2.4. Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el episodio Depresivo Mayor.....       | 66        |
| 4.2.5. Análisis Estadísticos .....  | 67        |
| 4.3. ESTUDIO: DETECCIÓ I AVALUACIÓ DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN SALUT (DASMAP)..... | 67        |
| 4.3.1. Diseño y muestra .....   | 67        |



|  |            |
|--|------------|
| 4.3.3. Definición de adecuación del tratamiento.....   | 71         |
| 4.3.4. Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el Trastorno Depresivo Mayor..... | 72         |
| 4.3.5. Análisis Estadísticos .....   | 73         |
| 4.4 ESTIMACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE PRECISIÓN Y DE POTENCIA .....                                      | 77         |
| <b>5. RESULTADOS .....</b>   | <b>85</b>  |
| ARTÍCULO 1: .....  | 86         |
| ARTÍCULO 2: .....  | 90         |
| ARTÍCULO 3 .....   | 97         |
| 5.2. RESULTADOS ADICIONALES .....  | 107        |
| 5.3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS .....   | 110        |
| <b>6. DISCUSION.....</b>   | <b>112</b> |
| <b>7. LIMITACIONES .....</b>   | <b>119</b> |
| <b>8. IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....</b>   | <b>121</b> |
| <b>9. CONCLUSIONES.....</b>  | <b>123</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>127</b> |

# INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión .....   | 39  |
| Tabla 2. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la submuestra utilizada en el estudio ESEMeD (N=372). ..... | 61  |
| Tabla 3. Dosis mínimas recomendadas por las guías clínicas. ....  | 65  |
| Tabla 4 Características sociodemográficas y clínicas del estudio ETAPS .....  | 66  |
| Tabla 5. Códigos diagnósticos utilizados para el diagnóstico de depresión del médico de AP....  | 70  |
| Tabla 6. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas del estudio DASMAP...73  |     |
| Tabla 7. Resumen de la metodología seguida en los 3 estudios .....  | 76  |
| Tabla 8. Precisión de los estudios para la hipótesis 1.....   | 77  |
| Tabla 9. Potencia de los estudios en base a la hipótesis 2.....   | 78  |
| Tabla 10. Potencia de los estudios para la hipótesis 3. ....  | 79  |
| Tabla 11. Potencia en base a la hipótesis 4.....  | 79  |
| Tabla 12. Potencias de los estudios en base a la hipótesis 5.....   | 82  |
| Tabla 13. Potencia de los estudios en base a la hipótesis 6.....  | 84  |
| Tabla 14. Factores asociados a recibir un tratamiento adecuado, estratificando por nivel asistencial en Europa. ....                    | 108 |
| Tabla 15. Factores asociados a recibir un tratamiento adecuado global en Europa.....  | 109 |
| Tabla 16. Resumen de los resultados de la tesis. ....   | 110 |
| <br>  |     |
| Figura 1. El estudio ESEMeD: reclutamiento y participantes.....   | 57  |
| Figura 2. El estudio ETAPS: reclutamiento y participantes.....  | 63  |
| Figura 3. El estudio DASMAP: reclutamiento y participantes.....   | 69  |
| Figura 4. Porcentaje de tratamientos adecuados para el episodio depresivo mayor, por país y nivel asistencial en Europa.....            | 108 |



## PRESENTACIÓN

La presente tesis doctoral se enmarca en la investigación en servicios sanitarios siendo la continuación de un estudio realizado durante los años 2004-2005 que tenía como objetivo estudiar la *“Adecuación del tratamiento de la depresión y la ansiedad en España”*. Este estudio obtuvo financiación del Instituto de Salud Carlos III (ETES 03/10109) y se llevó a cabo utilizando los datos del estudio ESEMeD-España (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*).

Como parte del equipo investigador de este proyecto, fui parte activa en la realización y explotación de los datos. Los resultados derivados de este proyecto formaron parte del trabajo de investigación presentado para optar al *Diploma de Estudios Avanzados* de este doctorado.

Brevemente, los datos señalaron que de cada 10 personas que cumplirían criterios para un diagnóstico de depresión o de ansiedad, 6 no estarían recibiendo atención sanitaria por este problema, y de las 4 personas restantes, tan sólo 1 recibiría una atención concordante mínimamente con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Otro de los datos que más nos sorprendió fue el hecho de no encontrar diferencias en función del nivel asistencial, atención primaria en salud comparada con atención especializada en salud mental, ya que contradice la literatura previa al respecto, que sistemáticamente señala que el sector especializado tiene una proporción mayor de tratamientos mínimamente adecuados.

## PRESENTACIÓN

Con el objetivo en mente de intentar dotar de más robustez a estos datos, continuamos estudiando la adecuación del tratamiento de los trastornos mentales, especialmente de la depresión, utilizando, de manera secundaria, otros estudios ya finalizados. Así, el estudio ESEMeD-Europa nos permitió contrastar los datos españoles con los de otros cinco países europeos. Con el estudio ETAPS (*Efectivitat del Tractament Antidepressiu en Atenció Primària de Salut*) explotamos datos longitudinales que nos permitieron estimar la adecuación del tratamiento de la depresión en la Atención Primaria (AP) catalana de manera más precisa. Finalmente, el estudio DASMAP (*Detecció i Avaluació de Problemes de Salut Mental a l'Atenció Primària de Salut*) nos permitió obtener otra medida de adecuación del tratamiento para la depresión mayor en AP, explorando, entre otros temas, el impacto que tiene el reconocimiento de la depresión por parte del médico de primaria en el subsiguiente tratamiento.

Con los datos que presentamos en este trabajo, y a pesar de las limitaciones del mismo, podemos ofrecer una foto aproximada de la calidad del tratamiento para la depresión que se está recibiendo en Europa, España y Cataluña, tanto en atención especializada en servicios de Salud Mental, como en Atención Primaria. El objetivo último de esta investigación es generar un conocimiento necesario y útil que permita implementar mejoras en las estrategias políticas relacionadas con la Salud Mental.

## RESUMEN

**OBJETIVOS:** El objetivo principal de esta tesis presentada como compendio de publicaciones es estimar la proporción de tratamientos adecuados para el episodio depresivo mayor en 6 países Europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España), comparando si existen diferencias tanto en el porcentaje global de adecuación del tratamiento en estos países, como en función del nivel asistencial (atención primaria comparada con atención especializada en salud mental). Además se exploraran qué factores sociodemográficos y clínicos se asocian a la adecuación del tratamiento, y si la fuente de información (paciente o historia clínica) influye en la estimación de la proporción de tratamientos adecuados. **MÉTODOS:** Se analizan de manera secundaria 3 estudios. El estudio ESEMeD es una encuesta poblacional que entrevistó a 21.425 personas y que detectó 372 personas con un diagnóstico de depresión mayor que se habían visitado en los servicios de salud, tanto a nivel de atención primaria como en los servicios especializados en salud mental de alguno de los 6 países europeos comentados. En el estudio ETAPS un total de 333 personas que iniciaron un tratamiento antidepresivo con su médico de familia fueron seguidas durante 6 meses. Finalmente, el estudio DASMAP evaluó 3.815 pacientes de la atención primaria catalana, de los cuales 339 cumplían criterios para un diagnóstico depresivo mayor. Los algoritmos de adecuación para el tratamiento del episodio de depresión mayor se han basado en las GPC publicadas. En general se considera adecuado si se ha prescrito un antidepresivo a dosis recomendadas por las GPC y se han realizado al menos 4 visitas en los últimos 12 meses. Si no se ha prescrito ningún fármaco, se considera adecuado

haber realizado al menos 8 visitas con un profesional de la salud, entendiendo que es una mínima asistencia para una terapia psicológica. Además, en los estudios ETAPS y DASMAP se crearon dos escenarios para evaluar la adecuación del tratamiento: escenario I: depresión según entrevista de investigación; escenario II: depresión según criterio del médico. Adicionalmente, en el estudio DASMAP estos dos escenarios se subdividieron en función de la fuente utilizada para obtener la información sobre uso de servicios y tratamiento (paciente/historia clínica). **RESULTADOS:** Uno de cada 2 europeos está recibiendo un tratamiento mínimamente adecuado independientemente del nivel asistencial. En España este porcentaje es menor: 28,43%. En los países del norte de Europa el porcentaje de tratamientos adecuados es mayor. Ni en España, ni en Bélgica, ni en Italia existen diferencias por nivel asistencial. En Alemania, Holanda y Francia las personas que reciben tratamiento en la Atención Primaria tienen una probabilidad menor de recibir un tratamiento adecuado. Centrándonos en la Atención Primaria Catalana, el porcentaje de tratamientos adecuados oscila ampliamente. En el estudio ETAPS, la adecuación del tratamiento oscila entre un 25%, cuando se evalúa tan solo en los pacientes con depresión según entrevista diagnóstica, y un 21%, si se tiene en cuenta el criterio del médico. En el estudio DASMAP, el porcentaje de tratamientos adecuados para aquellos casos con depresión según entrevista osciló entre algo más del 39% (información dada por el paciente) y un 55% (información extraída de la historia clínica). Al aplicar los algoritmos de adecuación en aquellos casos con depresión según el médico, el porcentaje se incrementaba. Respecto a los factores asociados a la adecuación, en ninguno de los modelos se ha hallado una asociación con alguna característica sociodemográfica. La concordancia entre el diagnóstico dado por el médico y el diagnóstico con entrevista estructurada, así como la gravedad del trastorno depresivo sí que se asocian con el hecho de recibir un tratamiento adecuado en la Atención Primaria. Haber consultado con un profesional especialista en salud mental también incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. **CONCLUSIONES:** El porcentaje de tratamientos adecuados para la depresión es bajo. Las diferencias internacionales pueden ser debidas a las diferentes en las políticas sanitarias y el grado de desarrollo de los servicios de salud mental. Por otro lado, los datos sugieren que se está dando una atención equitativa ya que no existen características sociodemográficas asociadas a la adecuación. Los datos centrados en la Atención Primaria sugieren que los médicos de este nivel tratan adecuadamente los casos de depresión si los detectan, especialmente los más graves. Estimular la cooperación entre ambos niveles asistenciales podría mejorar la calidad del tratamiento del episodio de depresión mayor.

# 1. INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 20 años han señalado la importancia de los trastornos mentales para la sociedad y la salud pública. A pesar de que la epidemiología psiquiátrica llevaba desarrollándose desde la finalización de la segunda guerra mundial, la ausencia de criterios comunes y operativos dificultaba la realización de comparaciones internacionales. Esta situación cambió con el desarrollo en el 1975 de la *International Classification of Diseases (ICD)* en su novena versión, pero sobretodo de la tercera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)* en 1980<sup>a</sup>. En estos manuales se establecían criterios diagnósticos claros para las principales enfermedades mentales. Esto facilitó el desarrollo de instrumentos estandarizados y de fácil administración, como la *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* o la *WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Estos instrumentos permiten realizar diagnósticos psiquiátricos basados en los criterios que se definen en estos manuales. La existencia de estas entrevistas ha facilitado la realización de estudios internacionales que estiman y comparan la prevalencia, severidad y uso de servicios de los trastornos mentales comunes (1).

---

<sup>a</sup> Con la creación del DSM-III la comunidad científica y clínica dispuso de un manual de consulta de los criterios de los trastornos mentales fácilmente operacionales y fiables que facilitaban el estudio de estas patologías.



### 1.1. *La depresión mayor como un problema de salud pública*

La depresión mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las sociedades industrializadas. Se caracteriza por ser un estado en el que la persona pierde la capacidad total y absoluta de sentir placer, de disfrutar. Desde el punto de vista del DSM-IV, esta anhedonia a de durar al menos 2 semanas. Además, para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor, esta pérdida de interés debe ir acompañada de al menos 4 síntomas de la siguiente lista: cambios en el apetito o en el peso; cambios en el sueño; agitación o enlentecimiento psicomotor; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad de pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, o ideación, planes o intentos suicidas. Estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día al menos durante dos semanas consecutivas y no deben ser explicados por los efectos fisiológicos de una droga o medicamento ni de una enfermedad física. Los síntomas tampoco se explican mejor por la presencia de un duelo. Por último, este estado anímico ha de producir un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o en cualquier otra área importante para la persona. Si no existe una historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, cuya característica esencial es un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, se denomina trastorno de depresión mayor (2). Siguiendo esta definición, el estudio ESEMeD-Europa<sup>b</sup> ha estimado que el episodio depresivo mayor tiene una prevalencia-año de 3.9% y una prevalencia vida de casi un 13% (3). En España, los datos son muy similares, con una estimación de la prevalencia-año del episodio depresivo mayor de aproximadamente un 4%. A lo largo de la vida se estima que algo más de un 11% de españoles sufrirá un episodio depresivo (4-6). Si traducimos estas cifras a personas afectadas, se estima que en Europa algo más de 21 millones de personas sufrirán un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida. Teniendo en cuenta que la depresión es un trastorno altamente discapacitante y con un impacto superior al de muchas enfermedades físicas crónicas, no es extraño que se la considere una prioridad para la salud pública (7).

En 1996 el estudio Global Burden of Disease (GBD), llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (8) señaló el alto coste social de la depresión mayor. El principal objetivo del GBD era proporcionar un conjunto de medidas que facilitaran información para las políticas de salud internacionales, incluso las no mortales. El estudio

---

<sup>b</sup> Los países que participaban en el proyecto ESEMeD-Europa fueron: Alemania, Bélgica, Francia, Italia, España y Holanda.

pretendía obtener valoraciones epidemiológicas no sesgadas. En consecuencia, el GBD desarrolló estimaciones sobre incidencia, prevalencia, duración y letalidad de 107 enfermedades y sus 438 consecuencias incapacitantes. Al cambiar el indicador de mortalidad por el de por años de vida ajustados por discapacidad (*AVADS* o *Disability Adjusted Life Years, DALYs*), los trastornos mentales obtuvieron una puntuación tan alta como la de las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias, superando incluso a la combinación de enfermedades relacionadas con el cáncer y el SIDA. Además, si se tenía en cuenta únicamente los años vividos con discapacidad, los trastornos depresivos, como categoría diagnóstica, eran la causa principal de discapacidad en todo el mundo. El GBD reveló la magnitud del impacto, durante tantos años subestimado, de los trastornos relacionados con la salud mental. Las proyecciones de los trastornos depresivos, vistos a la luz de la transición demográfica y epidemiológica (con un cambio en el patrón de las enfermedades, de las contagiosas a las crónicas) plantearon que en el 2020, la depresión mayor sería la 2ª causa de discapacidad en el mundo (9).

Una década después de la publicación del GBD, Paykel y colaboradores (10) señalaron que la depresión fue por sí sola la cuarta causa de discapacidad en el año 2000 en todas las sociedades occidentales, la tercera en Europa (siendo responsable ella sola del 6% del total de discapacidad generada) y la primera en los Estados Unidos. Nuevas proyecciones realizadas por la OMS auguran que en el año 2030 la depresión será la primera causa de discapacidad (11).

Además del coste social, los trastornos depresivos tienen asociado un alto coste económico. Estos costes se generan tanto de manera directa, por ejemplo a través del uso de servicios sanitarios, como de manera indirecta, a través de los costes asociados al absentismo laboral que provoca. La Comisión de las Comunidades Europeas (12) estimó que el coste asociado a las enfermedades mentales era de aproximadamente el 3%-4% del Producto Interior Bruto (PIB). Este coste estaría asociado con el descenso de la productividad, la jubilación anticipada y las percepciones de pensiones por discapacidad. De hecho, en muchos países europeos la depresión es la primera causa de jubilación anticipada y absentismo laboral (13). Además, es el trastorno mental con más costes asociados, explicando la depresión por sí sola un 33% de los costes asociados a los trastornos mentales (14).

## INTRODUCCIÓN

Un reciente estudio realizado en Catalunya, el estudio COSTDEP (15) ha estimado que el coste de la depresión en Catalunya fue de 736.003.083 euros, que equivale al 0,38 % del PIB del año 2006 (que fue el año de referencia para este estudio). Los costes directos ascendieron a 156,2 millones de euros. Desde la perspectiva del pagador público, estos costes son de 1.152,7 millones de euros (lo que supone un 1,9% del presupuesto público de salud de Catalunya en el 2006). Los costes indirectos por incapacidad laboral se estimaron en 552.926.045 euros y los costes por mortalidad prematura (suicidio atribuido a depresión) ascendieron a 26.855.628 euros. Los costes indirectos representaron el 78,8% de los costes totales.

Todos estos datos demuestran que la depresión genera una gran discapacidad y causa un coste elevado tanto para el sistema sanitario como para la sociedad en su conjunto. Por ello, un adecuado abordaje de la depresión constituye uno de los objetivos prioritarios de la Unión Europea (16).

### *1.2 ¿Dónde se trata la depresión?*

Contestar a esta pregunta es complejo. El uso que hacen las personas con problemas mentales de los servicios sanitarios difiere entre países. Estas diferencias no se deben únicamente al número de recursos que se destinen a la salud mental, sino también el modelo sanitario que tenga el país en cuestión y la percepción cultural que se tenga de la salud mental. Por otro lado, desde finales de la década de los 70 se están produciendo, sobre todo en los países occidentales, reformas en la asistencia psiquiátrica. Estas reformas tienen 2 objetivos principales: 1) el cierre de los grandes hospitales monográficos (la desinstitucionalización), y 2) el desarrollo de unos servicios de salud mental comunitarios (17). Así, el grado de desarrollo de estas reformas también influirá en cómo se tratan los problemas mentales en los diferentes países.

Siguiendo la propuesta, ya clásica, de Goldberg y Huxley (18) sobre la asistencia a la Salud Mental en la red de asistencia sanitaria pública, existirían básicamente 3 niveles asistenciales: 1) Atención primaria de salud, 2) Atención especializada en salud mental en centros comunitarios; y 3) hospitalización en servicios de salud mental. Para pasar a cada uno de estos niveles existirían 4 filtros. El primero hace referencia a la decisión individual de buscar o no buscar asistencia por sus problemas mentales. Sabemos que en España el 64,5% de aquellas personas que presentarían un trastorno mental grave estaría recibiendo tratamiento, mientras

que solo el 37,9% de los que presentarían un trastorno de gravedad moderada y el 35.2% de los que sufrirían un trastorno leve estarían recibiendo algún tipo de asistencia (19). Concretando en el caso de la depresión, algo más de un 40% no recibe ningún tipo de asistencia sanitaria, es decir, no pasarían el primer filtro (6). Entre las causas más comunes de no recibir tratamiento, la literatura científica ha señalado: a) el desconocimiento de que la depresión puede ser tratada efectivamente; b) el no saber dónde acudir; ó c) el estigma aún asociado a padecer una enfermedad mental (20;21). Teóricamente, una vez que la persona decide tratar su problema, el primer nivel asistencial donde consultaría sería el de la Atención Primaria en Salud. El médico de familia sería su primer contacto con el sistema y el encargado de detectar la depresión (segundo filtro) y, en función de la gravedad, tratarla. Si el médico de familia considerara que el trastorno es grave, lo derivaría (tercer filtro) a los servicios comunitarios especializados en Salud Mental, donde sería el psiquiatra o el psicólogo el que se encargaría del tratamiento. Por último, en caso de que fuese necesario, sería el psiquiatra el que decidiría la hospitalización de la persona (cuarto filtro).

El médico de familia, como primer contacto se encargaría de los casos leves y moderados, dejando solo para la especializada los más graves. Si esto fuese así, la depresión se trataría, principalmente, por el médico de familia y sólo en los casos más graves por los especialistas en salud mental Según este modelo, el papel del médico de familia en la atención de los problemas mentales es bastante relevante. Además se ha de tener en cuenta que la depresión se encuentra entre los trastornos que con mayor frecuencia se consultan en la Atención Primaria en Salud(22-25). En Catalunya, la prevalencia de pacientes de Atención Primaria que cumplirían criterios para un trastorno depresivo mayor se sitúa alrededor del 10%. Este dato se incrementa hasta el 30% para cualquier trastorno mental común (26). A pesar de esto, un reciente meta-análisis (27) ha señalado que en la Atención Primaria sólo se reconocen el 40% de las depresiones.

En España, se ha estimado que un 39 % de las personas que tienen depresión han buscado asistencia en la Atención Primaria, mientras que un 37.9% lo han hecho en el sector especializado en salud mental, público o privado (6).

### *1.3. ¿Qué tratamientos son efectivos para la depresión?*

Recibir asistencia sanitaria no significa estar recibiendo un tratamiento que sea útil, en el sentido de que sea efectivo. Por ello, además de saber si la persona recibe asistencia, el siguiente paso es evaluar el grado de idoneidad de la atención recibida.

Para poder estudiar la proporción de tratamientos adecuados, es necesario conocer qué tratamientos son eficaces.

En la actualidad existen numerosos tratamientos que han demostrado su eficacia para la depresión. Brevemente, las guías de práctica clínica (GPC) señalan que en depresiones con una gravedad leve, el uso de la medicación antidepresiva estaría desaconsejado a no ser que el paciente la demandara y contara con una historia de depresiones pasadas. El tratamiento de elección en estos casos sería una terapia centrada en la depresión y de orientación cognitivo-conductual que durara entre 6-8 sesiones, realizadas a lo largo de unos 3 meses. En estas GPC también se explicita que si el paciente no quiere ningún tipo de tratamiento, se respete esta opción y se le dé cita al cabo de 2 semanas para realizar un seguimiento. La evidencia que respalda estas recomendaciones está catalogada en las GPC como moderada o leve (nivel de recomendación B/C)<sup>c</sup>. Si la depresión es moderada o grave, la terapia de elección es la farmacológica, explicitando que se debe de ofrecer antes de empezar cualquier tratamiento psicológico. El tratamiento farmacológico de elección las GPC y que cuenta con un grado de evidencia alto (nivel de recomendación A) sería cualquier antidepresivo de la familia de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), aunque no se descarta el uso de antidepresivos tricíclicos o de otros antidepresivos siempre que estos estén supervisados por un psiquiatra. También se recomienda con un nivel B de evidencia la psicoterapia, bien cognitivo-conductual o bien interpersonal, si el paciente así lo requiere. Se recomienda que la intensidad de esta terapia sea entre 16 a 20 sesiones durante un periodo de 9 meses (28).

---

<sup>c</sup> Los niveles de recomendación según la NICE se pueden dividir en 4 grados: GRADO A: Estrategia extremadamente recomendable ya que la evidencia proviene de meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados, o al menos de un ensayo clínico aleatorizado; GRADO B: Recomendación favorable ya que la evidencia proviene de estudios controlados, sin aleatorizar o bien de estudios de cohortes; GRADO C: Recomendación favorable pero no concluyente. La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados o bien de estudios caso-control; GRADO D: Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.

#### *1.4. El marco conceptual del estudio de la adecuación del tratamiento*

Cuando se estudia la adecuación de un tratamiento se supone que recibirlo conlleva más beneficios para la salud que efectos adversos. Así, si para una patología concreta no existiera evidencia de que un tratamiento es beneficioso, no tendría sentido estudiar qué proporción de pacientes recibe el tratamiento efectivo. En otras palabras, entendemos por idoneidad o adecuación del tratamiento que *“el paciente adecuado ha recibido el tratamiento adecuado en el momento adecuado por el profesional adecuado”* (29).

La adecuación del tratamiento formaría parte en el ámbito de la investigación de servicios, de la *“evaluación del proveedor”*, que juntamente al estudio de la proporción de detección de casos y la precisión diagnóstica, el estudio de la efectividad, la evaluación del cumplimiento terapéutico por parte del paciente, y la evaluación de la cobertura y la aceptabilidad de los servicios sanitarios, nos daría una idea global de la efectividad de un tratamiento en la comunidad (30)

En 1996 Sharpe y Faden (31) diseñaron un marco conceptual para el estudio de la adecuación de la atención médica que reciben los pacientes. A pesar de que se centra en la adecuación de los procedimientos quirúrgicos también resulta válido para contextualizar el estudio de la adecuación de cualquier procedimiento terapéutico. En este trabajo los autores proponen tres aspectos a tener en cuenta cuando se valora la adecuación. El primero de ellos es el punto de vista clínico. Se supone que el tratamiento que se prescribe está basado en una amplia evidencia científica. Es más, en el contexto de la práctica diaria la elección del tratamiento se basa en los siguientes 4 factores: 1) el perfil del paciente; 2) las habilidades del equipo médico; 3) la calidad de la evidencia científica que avala el tratamiento; y 4) la relación beneficio/daño que tiene el procedimiento o tratamiento evaluado. Así, desde el punto de vista clínico si se aplica un tratamiento inconsistente con la representación clínica del paciente, o bien el equipo que provee el tratamiento no dispone de las habilidades terapéuticas necesarias, el tratamiento, aunque disponga de evidencia científica que le avale, debiera ser considerado como inadecuado.

Un segundo aspecto que debe tenerse en cuenta es el punto de vista del paciente. Según estos autores hay que tener en cuenta hasta qué punto el paciente considera que la

## INTRODUCCIÓN

intervención es “deseable” y si la intervención mejorará su situación. Es decir, si la intervención en vez de incrementar su calidad de vida la disminuye, independientemente que desde el punto de vista clínico sea apropiado, o bien si el paciente no está dispuesto a asumir los riesgos y se realizase la intervención, el tratamiento se consideraría inadecuado.

Por último, Sharpe y Faden, proponen una tercera consideración. El punto de vista de la sociedad, entendiendo la adecuación del tratamiento en términos de “coste-efectividad”; es decir hasta qué punto a pesar de ser adecuada, es necesaria. Ya que, para bien o para mal, el sistema de salud ha de tener en cuenta los aspectos económicos y de coste, y forma parte de la globalidad de la economía de un país.

La propuesta de estos autores es ambiciosa y no siempre se dispone de toda la información para poder evaluar la adecuación de un tratamiento. Así, la mayoría de los estudios se limitan a evaluar la adecuación según la evidencia científica disponible, es decir, teniendo sólo en cuenta si el tratamiento es el más efectivo. En este sentido, y simplificando el modelo de estos autores, podemos hablar de dos tipos diferentes de adecuación: (i.) la adecuación de la atención y (ii.) la adecuación de nivel. El primero de ellos hace referencia a lo ya mencionado: que el beneficio es mayor que los efectos adversos, centrándose básicamente en el paciente; sus necesidades, sus características y su punto de vista. Desde esta perspectiva no se tienen en cuenta los costes asociados a la intervención. Se centran en un tipo específico de paciente, y en cómo un tratamiento efectivo se aplica a un paciente que lo necesita. Es decir, tiene en cuenta el diagnóstico, los síntomas físicos y las pruebas médicas que confirman la patología y, en consecuencia, se evalúa que esté recibiendo el tratamiento que dadas ciertas características del paciente las GPC recomiendan. Al discutir este tipo de adecuación no se hace ningún esfuerzo en intentar valorar si el beneficio que se consigue es coste-efectivo. Por su parte, el segundo concepto, la adecuación de nivel, está muy relacionado con el concepto de coste efectividad. Este concepto también tiene en cuenta las características clínicas del paciente y la gravedad de los síntomas, pero se centra en evaluar la atención que recibe en un contexto determinado. Por ejemplo, los días que ha pasado ingresado en la unidad de agudos de un hospital dada cierta patología o el grado de hospitalizaciones adecuadas de la unidad de agudos de determinado hospital(32).

Uno de los métodos más utilizados de evaluar la adecuación de la atención es a través de la revisión detallada de historia clínicas, evaluando las indicaciones, factores de riesgo y comorbilidades y comparando esto con un listado de criterios sobre si el tratamiento que se ha recibido es adecuado o no. Esta metodología ha sido desarrollada principalmente por el grupo RAND<sup>d</sup>. El listado de criterios relacionados con la adecuación de un tratamiento se realiza a partir de la revisión de la evidencia científica y del consenso de un panel de expertos que se reúnen y puntúan una serie de escenarios clínicos en los que se podría recomendar la intervención (lo que se conoce como grupo Delphy). Las puntuaciones van del 1 al 9 y se agrupan de la siguiente manera: 1-3: inadecuado; 4-6: inciertas; 7-9: adecuado. En una primera fase, los expertos puntúan cada uno de los escenarios clínicos, y en una segunda fase se ponen en común intentando llegar al consenso. Siguiendo esta metodología consiguen un listado de criterios para un tratamiento específico. Las críticas más comunes que se hacen a esta forma de valorar la adecuación es que su validez es muy dependiente de la evidencia disponible y es un método altamente complejo.

Los métodos de adecuación de nivel son aplicables a la mayoría de los diagnósticos y tratamientos. Sin embargo, se ha desarrollado básicamente en la aplicación de criterios para valorar la hospitalización en agudos. Destacan dos instrumentos: el *Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)* (33;34) y el *Intensity of Services, Severity of Illness and Discharge Screen (ISD-A)* (35). El AEP evalúa la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria a partir de 17 criterios de ingreso y 27 de estancia, pudiendo ser aplicado independientemente de la patología que presente el paciente. El ISD-A también evalúa la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria. A pesar de lo ampliamente utilizados que son ambos cuestionarios, algunos estudios critican su validez y su fiabilidad cuando se comparan con las puntuaciones dadas por un panel de expertos (32;32;36). Sin embargo, se han de tener en cuenta los diferentes usos que tiene este instrumento en función del país donde se aplique. Así mientras que en EUA el instrumento se está utilizando, fundamentalmente para la gestión hospitalaria, en Europa, normalmente se utiliza sólo con propósitos relacionados con la investigación evaluativa, con el objetivo de conocer las limitaciones de los sistemas sanitarios (37).

---

<sup>d</sup> RAND es una asociación estadounidense sin ánimo de lucro que se centra en desarrollar estrategias que apoyen y faciliten la toma de decisiones políticas, basadas en la evidencia científica. Disponen de diferentes divisiones, entre ellas la salud. Se puede obtener más información en: <http://www.rand.org>



Otra manera de evaluar la adecuación del tratamiento es mediante la explotación secundaria de grandes bases de datos que tengan información sobre los aspectos que definen qué se considera un tratamiento adecuado. Estas bases de datos pueden ser administrativas o creadas a partir de estudios epidemiológicos, observacionales o ensayos clínicos. Una vez que se ha definido qué se va a considerar adecuado se elabora un algoritmo. Este es uno de los métodos más utilizados en epidemiología psiquiátrica. Incluso existe un algoritmo computarizado para estimar la adecuación del tratamiento antidepresivo de la depresión basado en la *Antidepressant Treatment History Form (ATHF)*. La ATHF es una escala desarrollada por Sackeim y colaboradores para evaluar los tratamientos psicofarmacológicos antidepresivos (38;39). Este algoritmo asigna una puntuación que oscila de 0 a 5, teniendo en cuenta el antidepresivo prescrito, la dosis, la duración y el cumplimiento que hace el paciente. Las dosis se consideran adecuadas si son las recomendadas por la *U.S. Food and Drug Administration*. La duración se considera adecuada si es al menos de 4 semanas. Un 0 indicaría que no se ha prescrito un antidepresivo. Una puntuación de 1-2 indica que el tratamiento es inadecuado. Una puntuación igual o mayor de 3 indica que el tratamiento es adecuado.

Otro método para valorar la adecuación del tratamiento en los trastornos mentales es la elaboración de indicadores específicos de cada una de las recomendaciones de las GPC (40;41).

El uso de algoritmos en grandes bases de datos es relativamente fácil de realizar. Sin embargo tiene una gran limitación: es muy dependiente de la información que se haya recogido en la encuesta. Esto hace que muchas veces se reduzca a una estimación de la proporción de tratamientos que cumplen los requisitos mínimos para no ser considerados claramente inadecuados.

### *1.5. Revisión sobre los estudios de adecuación del tratamiento de los trastornos depresivos*

A pesar de que el interés por estudiar el nivel de adecuación del tratamiento de la depresión es relativamente reciente, existe una gran producción de literatura al respecto desde la última década del s. XX. Los trabajos que han estudiado la adecuación del tratamiento lo han hecho básicamente a través de alguno de estos 4 métodos: 1) La revisión de historias clínicas informatizadas; 2) Estudios longitudinales donde se evalúa el tratamiento que realiza el profesional, utilizando la información que él mismo registra en cuadernos diseñados por el equipo investigador a tal fin; 3) Mediante el análisis secundario de otros estudios.

Normalmente se trata de encuestas epidemiológicas que evalúan la prevalencia de los trastornos mentales en población general y han preguntado acerca del uso de servicios, pero también se han utilizado estudios observacionales que comparaban dos tratamientos. Se diferencia del anterior porque en este caso la información sobre el tratamiento la da el participante/paciente. 4) Utilizando “viñetas” o “vídeos” que simulan personas con una depresión y se entrevista al profesional sobre cómo lo trataría. La tabla 1 resume estos estudios.

#### **1.5.1. Adecuación del tratamiento de los trastornos depresivos a través de la revisión de historias clínicas informatizadas**

Uno de los primeros trabajos en estudiar la adecuación del tratamiento que reciben las personas con problemas emocionales, fue el de Katon et al., publicado en 1992 (42). Los autores señalaron que sólo el 11% de una muestra de 119 pacientes hiperfrecuentadores de APS y con problemas emocionales recibían un tratamiento antidepresivo adecuado, en duración y dosis. Los médicos de estos pacientes fueron aleatorizados a dos grupos: a un grupo se le aconsejó que revisase la medicación de sus pacientes, mientras que a los médicos del otro grupo no. A pesar de que los médicos que fueron aconsejados prescribieron más antidepresivos a pacientes que se beneficiarían de ello, no se detectaron cambios en la adecuación ni de la dosis ni de la duración entre ambos grupos, 37.1% vs 27.9% respectivamente.

Por su parte, Keller et al.(43), en un trabajo publicado en 1995, evaluaron 195 pacientes con depresión crónica. Consideraron que el tratamiento era adecuado si los pacientes habían recibido la dosis recomendada de imipramina y sertralina durante al menos 4 semanas. El 25.3% de los pacientes cumplían con esta definición.

Dos años más tarde, Lin et al. publicaron otro estudio realizado en los centros de Atención Primaria de Estados Unidos (44). El objetivo de este estudio era determinar/evaluar si una intervención educativa para los médicos de Atención Primaria incrementaba la adherencia a las GPC. Se consideró como adecuado recibir la dosis recomendada de antidepresivos durante al menos 3 meses. Los autores hallaron un porcentaje de tratamientos adecuados del 44%, sin encontrar diferencias en pre-post intervención, ni entre el grupo control o el de intervención.

## INTRODUCCIÓN

Cinco años después, el grupo de Weilburg , analizaron 15.476 prescripciones de antidepresivos realizadas a 1.550 pacientes de centros de Atención Primaria entre 1996-1999 (45). Utilizando la misma definición, estimaron que la adecuación del tratamiento era del 46%. Esta definición oscilaba entre un 31% si la prescripción la había realizado sólo el médico de primaria hasta un 61% si había sido revisada por un psiquiatra.

Dobscha et al publicaron en el 2003 un artículo utilizando una metodología similar (46). Los autores revisaron las historias clínicas de centros de veteranos, evaluando la adecuación del tratamiento de 111 pacientes que fueron tratados durante el año 2001. Siguiendo con la misma definición, sus resultados señalaron que un 63% de los pacientes tomaban un antidepresivo, y que de estos, un 73% lo hacía a dosis adecuadas.

En ese mismo año, el equipo de Charbonneau (47) publicó un estudio muy parecido. Se revisaron las historias clínicas de 12.678 pacientes con un diagnóstico de depresión mayor, que tomaban antidepresivo y que se habían visitado en algún centro de veteranos (N=14) durante el 1997-1999. Definieron diferentes tipos de adecuación: 1) *adecuación de dosis*: estar tomando durante los 3 primeros meses después del diagnóstico un antidepresivo a la dosis recomendada; 2) *adecuación de la duración*: se considera adecuado si se ha tomado la medicación durante más de 3 semanas en los 3 primeros meses; 3) *adecuación de las visitas*: haber realizado al menos 3 visitas durante los primeros 3 meses. Los resultados señalaron que el 90% recibía la dosis adecuada, pero solo el 45% la duración adecuada. Un 62% habían realizado más de 3 visitas. En otra publicación derivada de este estudio, Charbonneau et al (48) estudiaron si existía una relación entre la adecuación del tratamiento para la depresión y el hecho de que los centros de salud tuvieran implementados programas de mejora “continúa de la calidad” [*continuous quality improvement (CQI)*]. A pesar de que sí que detectaron diferencias en el porcentaje de adecuación entre los 14 centros, no hallaron ninguna asociación entre el grado CQI y los porcentajes de tratamientos adecuados.

Busch et al revisaron las historias clínicas de 27.713 pacientes que habían recibido atención en un centro de veteranos y de 4.852 que lo habían hecho en centros privados, durante octubre del 2000 y septiembre del 2001 (49). Se consideró adecuado si los pacientes habían recibido un antidepresivo a dosis recomendada durante al menos 84 días (fase aguda) y durante 181 días (fase de continuación). En la fase aguda, el porcentaje de tratamientos adecuados fue de 87%

(centro veteranos) y de 81% (centros privados). A los 181 días estos porcentajes se reducían al 53,9% y 50,9%, respectivamente.

En esta misma línea, comparar los niveles de adecuación de diferentes proveedores de salud mental, está el reciente estudio de Stiles y colaboradores (50). Los autores revisaron la información sobre el tratamiento recibido para la depresión de 146 pacientes durante los años 1997-2000 en Estados Unidos. Se comparó la adecuación del tratamiento de 3 proveedores: 1) Un programa de pre-pago en Salud Mental [*PrePaid Mental Health Programm (PPMHP)*]; 2) Una organización de servicios básicos de salud [*Health Maintenance Organization (HMO)*]; y 3) el pago directo por servicios. Se clasificaron las depresiones en agudas o no agudas. Para la depresión aguda se consideró adecuado si el paciente estaba tomando un antidepresivo y había recibido un tratamiento intensivo (hospitalización, terapia individual, urgencias o terapia electroconvulsiva). Para la depresión no aguda el criterio fue el mismo, pero incluía en el tratamiento los servicios comunitarios de salud mental. Para la depresión aguda la adecuación osciló entre un 15,2% en la HMO y el 60,0% cuando el paciente paga directamente por el servicio. Para la no aguda el porcentaje de adecuación osciló entre el 70,6% cuando el pago fue directo y el 96,3% cuando la organización era de pre-pago.

En el 2004 se publicó otro estudio cuyo objetivo era evaluar la adecuación del tratamiento para la depresión realizado por psiquiatras residentes en Estados Unidos (51). Dew et al., revisaron 285 historias clínicas informatizadas de pacientes que se visitaron durante el año 2000 en el centro de salud mental. De estas seleccionaron 112, que correspondían a pacientes con depresión tratados principalmente por residentes. Para valorar la adecuación del tratamiento antidepresivo utilizaron el ATHF. El 49,1% de los pacientes igualaron o superaron la puntuación de 3 que se considera como adecuada.

Kniesner et al (52) exploraron las historias clínicas informatizadas de centros privados de salud de los Estados Unidos. Estos autores seleccionaron las historias clínicas entre los años 1990-1994. Los pasos que siguieron fueron: 1) identificar los pacientes con depresión y 2) evaluar el tratamiento que reciben durante los 12 meses posteriores al diagnóstico. La muestra la forman un total de 5.562 pacientes. Los autores consideraron adecuado haber tomado un antidepresivo durante al menos los 6 meses posteriores al reconocimiento del diagnóstico, y haber realizado al menos 4 visitas en este tiempo. Si no se había prescrito ningún

## INTRODUCCIÓN

antidepresivo, el tratamiento se consideró adecuado haber realizado al menos 6 visitas en los 6 meses. El 57% cumplió con los criterios de adecuación. Los porcentajes oscilaron entre un 20% para los terapeutas, hasta un 88% para los psiquiatras. Los médicos generales obtuvieron un porcentaje del 49% y los psicólogos del 37%.

En 2005 se publicó un estudio realizado en Finlandia (53) que analizaba los datos de 198 pacientes con depresión que fueron seguidos durante 18 meses a través de la historia clínica. Estos pacientes estaban siendo atendidos en centros de psiquiatría comunitaria. Se consideró adecuado si se había prescrito un antidepresivo a dosis adecuadas durante los 3 primeros meses subsiguientes al diagnóstico. El nivel de adecuación fue del 78%. Otro estudio finlandés (54) analizó las historias clínicas informatizadas de 4 centros de salud mental comunitaria. Se seleccionaron aquellos pacientes que iniciaron tratamiento para la depresión mayor en 1989 (N=74), 1992 (N=80), 1995 (N=78), 1998 (N=132) y 2001 (N=167), y se revisó las historias clínicas de los pacientes de cada una de las cohortes. Se consideró un tratamiento como adecuado si los pacientes tenían prescrito un antidepresivo a dosis adecuadas. Los porcentajes de adecuación se incrementaron de un 30% en 1989 hasta un 85% en 2001. Honkonen et al (55) también en Finlandia, estudiaron el tipo de tratamiento que recibían las personas con depresión, antes de recibir una pensión por discapacidad, en dos cohortes separadas por 10 años: 1993-1994 y 2003-2004. Relacionado con la adecuación del tratamiento, su definición tiene en cuenta o bien haber recibido la dosis recomendada de antidepresivo o haber recibido psicoterapia, definida como al menos 1 sesión durante 10 semanas. En la cohorte de 1993-1994, el 75,6% recibe una dosis antidepresiva adecuada, y el 8,7% psicoterapia. Diez años después estos datos se incrementan al 85,0% para la adecuación de dosis ( $p=0,02$ ) y al 10,6% para la psicoterapia ( $p=0,45$ ).

Jones y colaboradores realizaron un estudio que tenía como objetivo evaluar el porcentaje de tratamientos adecuados para la depresión en una muestra de 2.332 pacientes con depresión tratados en centros de salud de veteranos durante enero 1997 hasta el 30 de abril del 2005 (56;57). De estos pacientes, 773 tenían además un diagnóstico de diabetes mellitus. Los autores también tenían como objetivo estudiar si el hecho de presentar un diagnóstico de diabetes mellitus comorbido se asociaba con la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. La adecuación del tratamiento se definió como recibir una dosis de antidepresivo adecuada, durante al menos el 80% del tiempo que se recomienda (en la fase aguda 84 días,

en la fase de continuación 180 días). También se estudió la adecuación del seguimiento por parte del médico de la siguiente manera: a) haber realizado al menos 1 visita durante las primeras dos semanas del tratamiento; b) haber realizado al menos 3 visitas durante la fase aguda (84 días subsiguientes a la primera visita). Los resultados señalaron que durante la fase aguda, el 87,7% recibe una dosis adecuada (91,2% entre los que tienen diabetes y 85,9% entre los que no tienen diabetes,  $p < 0,001$ ), pero sólo un 8,9% lo hace con una duración adecuada, sin hallarse diferencias entre ambos grupos. En la fase de continuación, el 58,3% recibe la dosis adecuada (63,5% de los que tienen diabetes vs el 55,7% de los que no,  $p < 0,001$ ). Tan solo un 1,3% lo recibe a una duración adecuada, de nuevo sin hallarse diferencias entre grupos. En lo que respecta a la adecuación del seguimiento, el 23% realizó al menos una visita durante los primeros 14 días del tratamiento, sin hallarse diferencias entre grupos. El 27% realizó al menos 3 visitas durante la fase aguda del tratamiento, teniendo las personas con diabetes un 36% más de probabilidades de recibir un seguimiento adecuado.

Sewitch et al analizaron 3 bases de datos sanitarias de Quebec (*Régie de l'assurance maladie du Quebec*) que habían recogido datos entre los años 1999 y 2002 (58). Se seleccionaron 2.047 pacientes con un episodio depresivo mayor que empezaban tratamiento farmacológico. Para cada uno de los pacientes se dispuso de información sobre su uso de servicios durante el año previo al diagnóstico de depresión, y el año posterior. En este estudio tan sólo un 8% habían recibido un antidepresivo a dosis adecuadas durante un mínimo de 150 días

Utilizando el ATHF, el grupo de Kocsis (59) analizó de manera secundaria el tratamiento previo que habían recibido los 801 participantes con depresión crónica de un estudio sobre el valor de una estrategia de tratamiento que combina el tratamiento farmacológico con la psicoterapia. Los autores señalaron que un tercio de los pacientes habían recibido al menos un tratamiento adecuado.

Cully et al analizaron los datos de las HCI de 205.165 veteranos (Estados Unidos) que habían desarrollado un episodio depresivo y recibían medicación antidepresiva(60). Los casos habían sucedido entre 1999-2005. Un 48,2% habían recibido el tratamiento antidepresivo al menos durante 84 días. Por otro lado, un 31% habían realizado al menos 3 visitas en ese mismo tiempo.

## INTRODUCCIÓN

En el 2009 Ani et al.(61) publicaron un estudio cuyo objetivo era estimar el impacto de las enfermedades físicas crónicas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión en centros de Atención Primaria estadounidenses. Un miembro del equipo investigador contactaba en el centro de salud con el paciente. Los que aceptaron participar, contestaron el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Aquellas personas que puntuaron en el PHQ-9 como posible caso de depresión entraron en el estudio. Un total de 315 participantes formó la muestra final del estudio. Finalmente, se revisaron las historias clínicas informatizadas de esos pacientes registrando si se había detectado la depresión y que tratamiento había recibido. Los autores estratificaron a los pacientes según la puntuación en el PHQ-9. Se generaron dos criterios: 1) *Tratamiento adecuado*: para aquellos con una puntuación en el PHQ-9 entre 10-14 se consideró que el tratamiento era adecuado si se había realizado una intervención educativa en la sesión donde se había diagnosticado la depresión. Para los casos con 15 o más en la PHQ-9 se consideró adecuado si se había prescrito un antidepresivo o se había iniciado un tratamiento psicológico. 2) *Adecuación del seguimiento*: para aquellos participantes entre 10-14 puntos se marcó como adecuado si se realizaba el seguimiento en las 4 primeras semanas; para los que puntuaron entre 15-20 fue en las 2 primeras semanas, y para los que puntuaron más de 20 en la primera semana. Un 32,7% de los participantes cumplieron con el primer criterio, mientras que sólo un 16,3% tuvieron un seguimiento adecuado. Cuando el tratamiento coincidía entre el médico y el PHQ-9, el porcentaje de tratamientos adecuados se incrementaba al 74%.

Dos artículos recientes realizados en Holanda en el marco del estudio NESDA (*Netherlands Study of Depression and Anxiety*) (62;63) ha señalado que un 42% de los pacientes que se visitaban en Atención Primaria por un problema de depresión y un 29% de los que se visitaban por un problema de ansiedad, recibieron un tratamiento adecuado. Los autores siguieron a una cohorte de 721 pacientes con alguna de estas patologías. Se preguntó a los pacientes información sobre: a) percepción de necesidad de atención de salud por sus problemas; b) su percepción de cuan accesibles son los servicios de salud; y c) aspectos sociodemográficos. La información relacionada con el uso de servicios se extrajo de las historias clínicas informatizadas. Un tratamiento se consideró adecuado si: 1) el paciente había recibido al menos 5 visitas en las 15 semanas siguientes al reconocimiento del diagnóstico; o 2) se le había prescrito un antidepresivo con una duración mínima de 5 meses y al menos un

seguimiento al cabo de 6 semanas sobre el efecto del medicamento; o 3) haber sido derivado al especialista en Salud Mental.

### 1.5.2 Adecuación del tratamiento de los trastornos depresivos a través del análisis de estudios longitudinales donde la información la da el médico

Balestrieri et al (64) estudiaron la intención de tratar del 25 médicos de 5 centros de la Atención Primaria Italiana. Durante dos semanas, el equipo investigador preguntó a todos los pacientes que acudían a estos centros (N=2.093) si querían participar en una investigación. A los que aceptaron se les administró el cuestionario PHQ-9, para detectar posible caso de depresión. Las personas que puntuaban más de 9 puntos (N=273) fueron incluidas en el estudio y pasaban a la segunda fase. La segunda fase consistía en que el médico después de visitar a estos pacientes, debía completar un cuestionario que recogía aspectos relacionados con: 1) presencia o ausencia de depresión; 2) tratamiento prescrito. Los pacientes también completaron la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). Al cabo de 3 meses el equipo volvía a contactar con los pacientes. Para evaluar la adecuación del tratamiento sólo se utilizaron aquellos pacientes que tenían un diagnóstico concordante entre el médico y la PHQ, y una puntuación mayor de 13 en la HRSD y que en ese momento no tomaban medicación (N=62). Sólo un 12,9% inició un tratamiento farmacológico. De los 36 pacientes que tomaban medicación, se revisó un total de 116 prescripciones farmacológicas. El 92% eran antidepresivos. El 95% de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) se habían prescrito a dosis adecuadas. En el caso de los antidepresivos tricíclicos (AT), este porcentaje bajaba al 66%.

Joo et al (65) siguieron durante tres meses (en el 2002 en Estados Unidos) el tratamiento de 329 pacientes con depresión que se visitaban en centros privados de Atención Primaria. La información sobre el tratamiento la daba el médico. Se consideró adecuado si: 1) el tratamiento antidepresivo prescrito tenía una puntuación igual o mayor de 3 en el ATHF; o si 2) el médico había revisado la medicación en función de la gravedad o los efectos secundarios, o bien había tenido en cuenta la posibilidad de derivar la paciente si tras 4 semanas los síntomas no habían desaparecido. Un 71% de los casos cumplieron con la primera condición y un 75% con la segunda.



## INTRODUCCIÓN

Uno de los pocos estudios que ha evaluado la adecuación del tratamiento de los pacientes con depresión hospitalizados es el de Schneider et al (66). Estos autores revisaron la calidad del tratamiento de 1.202 pacientes con depresión de 10 hospitales alemanes entre diciembre de 2001 y febrero de 2003. Los pacientes se seguían durante su estancia en el hospital. Los investigadores pidieron a los psiquiatras que registrases (al menos una vez a la semana) el tratamiento que daban a sus pacientes. Se consideró adecuado si se había recetado un antidepresivo a dosis adecuadas. La adecuación osciló entre un 67% para los inhibidores de monoaminoxidasas (IMAOs) y 98% para los ISRS.

### **1.5.3. Adecuación del tratamiento de los trastornos depresivos a través del análisis secundario de estudios donde la información la da el paciente/participante**

Utilizando los datos de encuestas poblacionales realizadas en 1990, Katz et al (67) compararon la proporción de tratamientos adecuados para la depresión entre Estados Unidos (N=188) y Ontario (N=124), por nivel asistencial. Se consideraba que un tratamiento era adecuado si la persona refería tomar un antidepresivo y había realizado al menos 4 visitas con un profesional sanitario en los últimos 12 meses. El porcentaje de tratamientos adecuados en el nivel de Atención Primaria fue de 13,8% en Estados Unidos y de 21,3% en Ontario. En el nivel especializado fue de 29% y 32,1%, respectivamente. A nivel global, las personas que recibían la asistencia en el nivel de atención especializada, tenían una mayor probabilidad de recibir un tratamiento adecuado.

Wang et al (68), utilizando datos de otra encuesta poblacional realizada en los Estados Unidos en 1996, señalaron que el porcentaje de tratamientos adecuados en la Atención Primaria de salud era del 31,7%, mientras que en el sector especializado se incrementaba hasta casi el 46%. La definición de adecuación incluía: la prescripción de un medicamento psicotrópico por parte de algún médico más la realización de 4 visitas en los últimos 12 meses. Si no tomaba medicación, se consideraba adecuado haber realizado al menos 8 visitas con un profesional de la salud mental. Phillip S Wang es uno de los investigadores que más ha estudiado el tema de la adecuación del tratamiento para los trastornos mentales en general. En el 2002 (69) publicó otro estudio, esta vez utilizando datos de una encuesta poblacional realizada entre el 1990-1992, también en los Estados Unidos. En este estudio, y utilizando una definición similar (la única modificación es que se explicita que el fármaco ha de ser un antidepresivo), el

porcentaje de tratamientos adecuados fue del 21,8% para aquellos que sólo recibían asistencia en los servicios de Atención Primaria, de 58% para que sólo la recibían en el sector especializado y de 44,8% para aquellos que la recibían en ambos. En el 2003, Kessler y colaboradores (70), publicaron un estudio centrado únicamente en la depresión con los datos referentes a la encuesta poblacional *National Comorbidity Survey-Replication* (NCS-R), cuyo trabajo de campo tuvo lugar entre el 2001-2003. En este trabajo la definición de adecuación se modificó: no sólo es necesario que la medicación sea un antidepresivo, sino que se ha de haber tomado durante al menos 1 mes (como proxy de lo que recomendó el médico). Con esta definición, los porcentajes de adecuación fueron del 41,3% en el nivel de Atención Primaria y de 64,3% en el nivel asistencial especializado en Salud Mental. Dos años más tarde, Wang et al (71) publicaban otro trabajo, también con datos extraídos de una encuesta en población general realizada entre 2001-2003. Modificaron la definición utilizada por Kessler (70), volviéndola más restrictiva ya que el antidepresivo debía haber sido tomado durante al menos 2 meses. Los porcentajes de adecuación fueron de un 14,8% para la Atención Primaria, y de un 52% para la Atención Especializada. En el 2007, en el contexto del *WHO Mental Health Survey Consortium*, el mismo grupo publicó en Lancet datos sobre uso de servicios de las personas con trastornos mentales (ansiedad, ánimo y/o sustancias) en 17 países (72). La definición de adecuación se modifica de nuevo: en este estudio se considerará adecuado si la medicación se ha tomado durante al menos un mes. Es decir, el criterio se hace menos exigente. A pesar de que este artículo no hace diferencias en función de la patología o el nivel asistencial, resulta interesante conocer los porcentajes: estos oscilaron entre un 10,4% en Nigeria y un 42,3% en Francia.

Young et al (73) utilizando los datos de una encuesta telefónica realizada entre 1997-1998 analizaron el porcentaje de tratamientos adecuados de 883 participantes con posible diagnóstico de depresión mayor y sin comorbilidad de ansiedad, así como de 439 participantes con posible comorbilidad ansiedad/depresión. Para estos autores, se consideró adecuado si el paciente informaba de haber tomado un antidepresivo a la dosis recomendada durante al menos 2 meses o bien había realizado 4 sesiones con un profesional sanitario. Entre aquellos que sólo tienen depresión, un 25,3% cumplían alguno de los dos criterios, este porcentaje se incrementa al 46% entre aquellos que presentaban comorbilidad.

## INTRODUCCIÓN

En 1999 Maria Oquendo et al, publicaron un trabajo cuyo objetivo era estudiar si los pacientes con depresión mayor y riesgo suicida recibían un tratamiento más adecuado que los que no tenía riesgo suicida. Para ello se entrevistó a 171 pacientes que habían sido ingresados por depresión, y retrospectivamente se evaluó el tratamiento antidepresivo que habían recibido en los 3 meses anteriores. Para hacerlo utilizó la ATHF. Los resultados indicaron que sólo 47 pacientes de los 171 (27,48%) habían recibido en algún momento de los 3 meses previos a la hospitalización un tratamiento antidepresivo adecuado(74). Algunos años más tarde, la misma autora publicó la continuación de este estudio. En este nuevo trabajo el objetivo principal era estudiar el riesgo y los factores asociados a las conductas suicidas de ese grupo de pacientes con depresión, tras haber sido dados de alta de su hospitalización y recibir tratamiento comunitario (75). Los pacientes fueron evaluados a los 3, 12 y 24 meses (N=136). Uno de los factores que estudiaron fue la adecuación del tratamiento farmacológico utilizando el ATHF. La media de tratamientos adecuados (el ATHF considera adecuado una puntuación  $\geq 3$ ) durante el seguimiento fue de 2.1 ( d.e.=1.4).

En el 2004 el grupo LIDO (*Longitudinal Investigation of Depression Outcomes*) publicó un artículo donde se estimaba el porcentaje de tratamientos adecuados para la depresión en el nivel asistencial de Atención Primaria (76). Se trata de un estudio longitudinal realizado en 6 ciudades: Barcelona (España), Be'er Sheva (Israel), Melbourne (Australia), Porto Alegre (Brasil), San Petersburgo (Rusia) y Seattle (Estados Unidos), durante los años 1998-2002. Para estos autores un tratamiento era adecuado si: 1) el médico de Atención Primaria había prescrito un antidepresivo a dosis adecuadas; o 2) se habían realizado 3 visitas en 3 meses con un especialista en salud mental. El porcentaje de participantes que tenían uno de los dos criterios como adecuados fue: 1% en San Petersburgo; 10% en Be'er Sheva; 11% Porto Alegre; 24% en Barcelona; 24% en Melbourne y del 40% en Seattle.

En este mismo año, Harman et al (77) tras explotar los datos recogidos en una encuesta poblacional en el 2000 en Estados Unidos concluyeron que la adecuación del tratamiento para la depresión era del 57%. En este estudio la definición fue: tomar antidepresivo a dosis adecuadas más haber realizado 4 visitas con un médico o bien 8 visitas con un profesional sanitario. Los investigadores no diferenciaban por nivel asistencial. Un año más tarde, publicó otro artículo utilizando la misma definición, pero analizándola en la muestra de un estudio

longitudinal a 1 año (2000-2001). En este caso la adecuación del tratamiento bajó a un 34%(78).

En el 2006, Van Os et al publicaron resultados secundarios sobre adecuación, basados en un estudio longitudinal de un año realizado en la Atención Primaria de Holanda durante el 1991(79). Un total de 17 médicos y 264 de sus pacientes con depresión participaron en el estudio. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: 1) pacientes con depresión resistente (N=78); y 2) pacientes con depresión no resistente (N=186). Se consideró tratamiento adecuado si la depresión había sido reconocida y si, una vez diagnosticados, a los pacientes se les prescribía un antidepresivo a dosis recomendada durante al menos 6 meses o bien habían sido derivado a los especialistas en Salud Mental. Para los pacientes mayores de 60 años, se consideró adecuado si la dosis de antidepresivo era al menos de la mitad de las recomendadas por las GPC. El porcentaje de casos que cumplieron la definición de adecuación fue de 35% para la depresión resistente y del 22% para la no resistente.

Esposito et al (80) realizaron durante los años 2005-2006 un estudio en Alberta (Canadá) cuyo objetivo era describir el patrón de tratamiento para la depresión mayor. Para hacerlo llamaron por teléfono a 3.345 ciudadanos a los que les pasaron la *Mini Neuropsychiatrics Diagnostic Interview* (MINI) así como un cuestionario sobre el uso de medicación y servicios. De ellos 157 cumplían con los criterios de depresión. Entre las personas con depresión mayor, un 40,5% tomaba antidepresivos. El 60,4% de las personas que tomaban antidepresivos por sus problemas de depresión lo hacían a dosis recomendadas y durante al menos 8 semanas, que fue lo que se consideró adecuado. Combinando los dos porcentajes, se concluye que aproximadamente un 25% de las personas con depresión mayor recibían un tratamiento adecuado.

Duhoux et al (81) también canadienses, analizaron la adecuación del tratamiento en base a los datos de la encuesta de salud de Canadá (*Canadian Community Health Survey*) realizada en el 2002. Se analizó la información de 831 canadienses con un diagnóstico de depresión mayor según la CIDI que habían hecho uso de servicios en los 12 meses previos a la entrevista. La definición de adecuación es muy similar a la utilizada en los estudios de Wang: se consideró adecuado tener prescrito un antidepresivo por un médico y haber realizado 4 visitas o bien si

## INTRODUCCIÓN

no toma medicación haber realizado 8 visitas con un profesional con formación en salud mental. El porcentaje de tratamientos adecuados fue del 55,7%.

El estudio de Hepner et al (40) resulta interesante porque los investigadores valoraron la adecuación del tratamiento de la depresión a través de 20 indicadores basados en las GPC. Estos indicadores habían sido consensuados por un panel de expertos. Los autores analizaron de manera secundaria las bases de datos de 3 ensayos clínicos aleatorizados que tenían como objetivo incrementar la calidad de la atención para la depresión en la Atención Primaria estadounidense. Estos estudios fueron realizados entre los años 1996-1998. El número total de pacientes fue 1.131. La información sobre estos indicadores se basó en información dada por el propio paciente. Los indicadores fueron los siguientes (entre paréntesis se indica el número de pacientes que tenían información sobre la presencia o ausencia del indicador):

- Educación básica al paciente: 100% de los pacientes (1003)
- El médico de Atención Primaria ha estado atento a los síntomas depresivos durante la fase aguda: 88% (743)
- El tratamiento se ha personalizado (6 meses) según el perfil y las preferencias del paciente: 84% (403)
- Los pacientes que empiezan un tratamiento con un antidepresivo nuevo han realizado al menos 3 visitas con un profesional en los siguientes 6 meses: 80% (147)
- Si existía comorbilidad con un trastorno de ansiedad, los pacientes han recibido un tratamiento adecuado (y no más de 2 meses de benzodiazepinas): 80% (176)
- El médico de Atención Primaria detectó la depresión explícitamente: 79% (1.131)
- Los pacientes se visitaron en Atención Primaria al menos 2 veces durante los 6 primeros meses: 73% (1.131)
- Los pacientes con historia previa de depresión y en remisión, realizaban, al menos en los 6 meses siguientes a ésta una sesión de seguimiento: 59% (1.131)
- Los pacientes que acudían a servicios de Salud Mental y recibían psicoterapia, realizaron al menos una técnica cognitivo-conductual: 55% (295)
- Los pacientes que no eran tratados ni con fármacos ni con psicoterapia realizaron al menos 3 sesiones de control: 53% (799)
- Pacientes que han finalizado el tratamiento inicial (al menos 2 meses de antidepresivo ó 4 visitas de psicoterapia): 46% (1.003). Este indicador es el que más se aproxima al que se ha utilizado en otros estudios

- Los pacientes que habían finalizado adecuadamente el tratamiento antidepresivo, abandonan progresivamente el tratamiento: 45% (109)
- Los pacientes que tras 6 meses de tratamiento adecuado continúan deprimidos, intensifican el tratamiento (nueva medicación, nueva dosis, adición de una terapia psicológica si no estaban recibiendo, hospitalización): 38% (640)
- Si existió ideación suicida, se consultó con un profesional en Salud Mental: 36% (219)
- El médico de Atención Primaria había evaluado la historia de la depresión del paciente y la presencia de síntomas maníacos: 34% (1.131)
- Los pacientes con comorbilidad de abuso/dependencia de alcohol fueron derivados a algún profesional de Salud Mental: 30% (110)
- Los pacientes con ideación suicida recibieron psicoterapia y una medicación antidepresiva de baja toxicidad: 28% (246)
- Las personas mayores recibieron un tratamiento adecuado: 26% (70)
- El médico de Atención Primaria evaluó la ideación suicida: 24% (1.131)
- El médico de Atención Primaria evaluó el abuso/dependencia de alcohol: 23% (1.131)

Esta aproximación al estudio de la adecuación del tratamiento es muy interesante ya que refleja la complejidad del tratamiento de la depresión y nos puede permitir identificar cuáles son las áreas críticas. Pero a su vez, es de muy difícil síntesis.

En el 2008 Fujita y colaboradores(82) publicaron un estudio realizado en 23 departamentos de psiquiatría japoneses. Entre diciembre de 1992 y diciembre de 1995, 1.968 pacientes fueron contactados, de los que finalmente participan en el estudio 126 con un trastorno del estado de ánimo. De estos, 95 tenían un trastorno depresivo mayor. Los pacientes fueron seguidos durante 10 años (1 vez al mes mientras estaban en tratamiento y cada 6 meses cuando el tratamiento se daba por finalizado) ya que el objetivo principal del estudio era observar la evolución de la depresión y la probabilidad de recaídas. El objetivo del artículo fue estudiar la adecuación del tratamiento farmacológico de la depresión durante los 6 meses después de la remisión del episodio, estrategia recomendada por las GPC. Los autores concluyeron que sólo un 36% recibía las dosis recomendadas en la fase de continuación.

Weinberger et al (83) examinaron el porcentaje de tratamientos adecuados de 166 pacientes con un diagnóstico de depresión que se visitaban en los centros de salud mental comunitarios

del condado de Westchester, New York, entre 1995 y 1997. Los pacientes fueron seguidos longitudinalmente durante 6 meses. Se evaluó la adecuación del tratamiento antidepresivo utilizando la escala *Composite Antidepressant Scale* (CAD). Se consideró adecuado si se obtenía una puntuación mayor de 3 (la escala oscila entre 0-5, durante un mínimo de 4 semanas, en los 3 primeros meses de seguimiento. Un total de 49% cumplieron este criterio.

### 1.5.4. Estudios de Viñetas

Los estudios de viñetas son útiles en el estudio de la adecuación porque nos dan información directa sobre qué haría el profesional ante determinadas situaciones. Tiemeier et al (84) realizaron en el 1998 un estudio de este tipo en Holanda. Los autores enviaron a 449 profesionales 22 casos hipotéticos de episodios depresivos mayores. Los profesionales tenían que contestar qué tratamiento era el indicado en función del caso. Las opciones eran las siguientes: 1) terapia combinada (psicoterapia + fármacos); 2) farmacoterapia; 3) psicoterapia reglada; 4) *counseling*; y 5) vigilancia (*watchful waiting*). Basándose en las GPC, 15 panelistas expertos decidieron que opción era la más adecuada para cada viñeta. Se comprobó el grado en que las repuestas de los profesionales coincidían con la opinión de los expertos. Los resultados fueron los siguientes; a) los médicos de AP tuvieron un 68% de las viñetas como adecuadas; b) los psiquiatras obtuvieron un 73%; c) los psicoterapeutas un 67%; y d) los psicólogos clínicos un 71%. Comparado con el resto de los profesionales, los psiquiatras tenían un porcentaje de adecuación estadísticamente mayor ( $p < 0,01$ )

Otro estudio de viñetas es el realizado por Epstein et al, publicado en el 2008 (85). Tras ver una representación de un posible paciente con depresión grabada en vídeo, 404 médicos de Atención Primaria fueron preguntados acerca de qué decisiones terapéuticas tomarían si fuese un paciente real. Se realizaron 16 viñetas. Estas mostraban la misma gravedad clínica y los mismos síntomas pero diferían en los factores sociodemográficos. Algunas de las recomendaciones de tratamiento que dieron los médicos fueron las siguientes: un 85,9% recomendó un antidepresivo como tratamiento de elección. El 83,0% de los que recomendó un antidepresivo discutiría con los pacientes los potenciales efectos perjudiciales, pero solo un 57% recomendaría seguir tomando la medicación aunque se sintiera mejor, tal y como recomiendan las GPC. Un 46,8% comentó que lo derivaría al especialista en salud mental. Un 36% evaluarían ideación suicida y un 25,7% la historia de depresiones previas.

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión

| Estudio  | Muestra | Definición de tratamiento adecuado  | % de adecuación  |
|--|---------|---|--|
| <b>Estudios realizados utilizando los datos de las Historias Clínicas Informatizadas (registro de datos)</b> |         |   |  |
| Katon et al (1992)   | 119     | Dosis recomendada de antidepresivo  | 11%  |
| Keller et al (1995)  | 195     | Dosis recomendada de imipramina y sertralina durante al menos 4 semanas   | 25,3%  |
| Lin et al (1997)   | 148     | Dosis recomendada de antidepresivos durante al menos 3 meses  | 44%  |
| Weillburg et al (2003)   | 1.550   | Dosis recomendada de antidepresivos durante al menos 3 meses  | 46% (31% si sólo médico de Atención Primaria -61% si la revisa un psiquiatra)  |
| Dobscha et al (2003)   | 111     | Dosis recomendada de antidepresivos durante al menos 3 meses  | 63% toman antidepresivo, de estos 73% a dosis adecuadas  |
| Charbonneau et al., 2003   | 12.678  | 1) Dosis recomendada de antidepresivo 2) Tomar la medicación durante más de 3 semanas en los 3 primeros meses. 3) Haber realizado al menos 3 visitas durante los primeros 3 meses | 1) 90% dosis adecuada; 2) 45% duración adecuada; 3) 62% visitas  |
| Busch et al (2004)   | 32.565  | Antidepresivo a dosis recomendada durante al menos 84 días (fase aguda) y durante 181 días (fase de continuación)   | Fase aguda: 87% (centro veteranos) y de 81% (centros privados); Fase de continuación: 53,9% (centro de veteranos) y 50,9% (privados) |
| Dew et al (2004)   | 112     | ATHF  | 49,1%  |
| Kniesner et al (2005)  | 5.562   | Antidepresivo + 4 visitas (6 meses). Si no se había prescrito ningún antidepresivo, 6 visitas (6 meses).  | 57% (20% terapeutas-88% psiquiatras)   |
| Merlatin et al (2005)  | 198     | Dosis recomendada de antidepresivos durante al menos 3 meses  | 78%  |



INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión (continuación).

| Estudio                   | Muestra   | Definición de tratamiento adecuado  | % de adecuación   |
|---------------------------|---|---|---|
| Jones et al (2006a/2006b) | 2,332 (773 con diabetes)                                      | Antidepresivo a dosis adecuadas (fase aguda y continuación)<br>Duración de al menos un 80% del tiempo recomendado (fase aguda y continuación) Adecuación de seguimiento: a) haber realizado al menos 1 visita durante los 14 días subsiguientes al inicio del tratamiento; b) haber realizado al menos 3 visitas durante la fase aguda. | Adecuación de dosis fase aguda: 87.7% (91.2% diabetes vs 85.9% no diabetes); fase continuación: 58.3% (63.5% vs 55.7%)<br>Adecuación de duración fase aguda: 8.9% (no diferencias entre grupos); fase continuación: 1.3% (sin diferencias).<br>a)23% (sin diferencias entre depresión con y sin diabetes)<br>b)27% (personas con diabetes 36% más de probabilidad de recibir un seguimiento adecuado <sup>9</sup> ) |
| Sorvaniemi et al (2006)   | 74 (1989)<br>80(1992)<br>78 (1995)<br>132(1998)<br>167 (2001) | Antidepresivo a dosis adecuadas   | 30% (1989);<br>62% (1992);<br>72% (1995);<br>86% (1998);<br>85% (2001);   |
| Honkonen et al (2007)     | 277 (1993-1994)<br>265 (2003-2004)                            | a)Antidepresivo a dosis adecuadas<br>b) Haber realizado 10 sesiones semanales de psicoterapia.  | a) 75.6% (1993-1994); 85% (2003-2004)<br>b) 8.7% (1993-1994); 10.6% (2003-2004)   |

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión (continuación).

| Estudio               | Muestra                     | Definición de tratamiento adecuado   | % de adecuación  |
|-----------------------|-----------------------------|--|--|
| Sewitch et al (2007)  | 2,047                       | Antidepresivo a dosis adecuadas durante un mínimo de 150 días  | 8%   |
| Kocsis et al (2008)   | 801                         | Algoritmo ATHF   | 33%  |
| Cully et al (2008)    | 205,165                     | Antidepresivo durante al menos 84 días o al menos 3 visitas  | 48.2% duración-31%visitas  |
| Stiles et al. (2009)  | 146 pacientes con depresión | Depresión aguda: antidepresivo recibir un tratamiento intensivo (hospitalización, terapia individual, urgencias o terapia electroconvulsiva). Para la depresión no aguda el criterio es el mismo, pero incluyendo en el tratamiento los servicios comunitarios de salud mental   | Aguda: 15.2% HMO; 43.2% PPMHP 60.0% Pago Directo<br>No-aguda: 90.0% HMO; 96.3% PPMHP; 70.6% Pago Directo |
| Ani et al (2009)      | 315                         | 1) Tratamiento: PHQ-9 entre 10-14: intervención educativa en la sesión donde se había diagnosticado la depresión. PHQ-9 >=15: antidepresivo o se había iniciado un tratamiento psicológico. 2) Seguimiento: PHQ-9 entre 10-14 puntos realizar 1 seguimiento en las 4 primeras semanas; PHQ-9 entre 15-20 en las 2 primeras semanas, PHQ-9 >= en la primera semana. | 32.7% tratamiento-16.3%seguimiento   |
| Smolders et al (2009) | 423                         | 5 visitas en las 15 semanas siguientes al reconocimiento del diagnóstico; o antidepresivo con una duración mínima de 5 meses y al menos un seguimiento al cabo de 6 semanas; o 3) derivado al especialista en Salud Mental.  | 42%  |

INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión (continuación)

| Estudio   | Muestra | Definición de tratamiento adecuado  | % de adecuación   |
|---|---------|---|---|
| <b>Estudios realizados utilizando la información de los profesionales</b> |         |   |   |
| Balestrieri et al (2004)  | 62      | Antidepresivo a dosis adecuadas   | 95% ISRS; 66% (AT)  |
| Joo et al (2005)  | 329     | 1)Algoritmo ATHF; 2) revisión de la medicación o derivar si tras 4 semanas no mejoría         | 71% (algoritmo); 75% (revisión)   |
| Schneider et al (2005)  | 1202    | Antidepresivo a dosis adecuadas   | 98% ISRS; 67% IMAOS   |
| <b>Estudios realizados utilizando la información de los pacientes</b>     |         |   |   |
| Katz et al (1997)   | 312     | Antidepresivo + 4 visitas en los últimos 12 meses   | Atención Primaria: 13.8% (EEUU)-21.3% (Ontario); Salud Mental: 29% (EEUU)-32.1(Ontario) |
| Oquendo et al (1999)  | 171     | Algoritmo ATHF (adecuado >=3)   | 27.48%  |
| Wang et al (2000)   | 215     | Fármaco psicotrópico + 4 visitas en los últimos 12 meses; o 8 visitas en los últimos 12 meses | APS: 31.7% - SM:46%   |
| Young et al (2001)  | 1322    | Antidepresivo a dosis recomendadas + 2meses; o 4 visitas                                      | 25.3% (sólo depresión); 46% (depresión + ansiedad)                                      |
| Wang et al (2002)   | 250     | Antidepresivo + 4 visitas en los últimos 12 meses; o 8 visitas en los últimos 12 meses        | APS:21.8%-SM:58%- En ambos: 44.8%   |
| Kessler et al (2003)  | 293     | Antidepresivo+1 mes + 4 visitas en los últimos 12 meses; o 8 visitas en los últimos 12 meses  | APS: 41.3%-64.3% SM   |
| Oquendo et al (2003)  | 136     | Algoritmo ATHF (adecuado >=3)   | 2.1 (1.4)   |
| Simon et al (2004)  | 968     | Antidepresivo a dosis adecuadas ó >= 3 visitas en 3 meses con un especialista en SM           | 1% (Rusia)-40% (Seattle)  |
| Harman et al (2004)   | 938     | Antidepresivo dosis adecuadas + 4 visitas ó 8 visitas   | 57%   |

Tabla 1. Resumen de los estudios sobre adecuación del tratamiento para la depresión (continuación)

| Estudio   | Muestra | Definición de tratamiento adecuado   | % de adecuación  |
|---|---------|--|--|
| Harman et al (2005)                               | 498     | Antidepresivo dosis adecuadas + 4 visitas ó 8 visitas  | 34%  |
| Wang et al (2005)                                 | 322     | Antidepresivo+ 2 meses + 4 visitas en los últimos 12 meses; o 8 visitas en los últimos 12 meses  | APS:14.8%-52% SM   |
| Van Os et al (2006)                               | 264     | Reconocimiento de la depresión + antidepresivo a dosis recomendadas durante 6 meses o bien derivación a los especialistas en Salud Mental. Pacientes > 60 años dosis de antidepresivo era al menos de la mitad de las recomendadas por las GPC | 35% (depresión resistente); 22% (no resistente)  |
| Espósito et al (2007)                             | 157     | Antidepresivos a dosis recomendadas durante 8 semanas  | 25%  |
| Duhoux et al (2008)                               | 831     | Antidepresivo + 4 visitas ó 8 visitas últimos 12 meses   | 55.7%  |
| Hepner et al (2007)                               | 1131    | 20 indicadores basados en las GPC  | 24%-100%   |
| Fujita et al (2008)                               | 95      | Antidepresivo a dosis recomendada en la fase de remisión   | 36%  |
| Weinberger et al (2008)                           | 166     | Puntuación >3 en la CAD durante 4 semanas, de los 3 primeros meses   | 49%  |
| <b>Estudios realizados utilizando las viñetas</b> |         |  |  |
| Tiemeier et al (2002)                             | 449     | Adecuación de la respuestas en base a panel de expertos  | 67%terapeutas-73% psiquiatras  |
| Epstein (2008)                                    | 404     | Porcentaje que contesta recomendaciones GPC  | 25.7% (evaluación historia previa de presión)- 85.9% recomendación de un antidepresivo |

### 1.5.4 Factores relacionados con la adecuación del tratamiento en los trastornos mentales.

A **nivel teórico**, destacan los esfuerzos teóricos tanto del grupo de consenso para describir las causas del infra-tratamiento de la depresión (86) como los del sociólogo David Mechanic (20). En ambos estudios se señalaron que existen diversos factores que pueden actuar como barreras para recibir un tratamiento adecuado. Estos factores pueden estar relacionados con: los usuarios/pacientes, los profesionales, el contexto social y político, la educación así como con aspectos relacionados la organización del sistema de salud.

**Factores relacionados con los usuarios/pacientes:** Aquellos pacientes con un nivel educativo más alto y que han tenido experiencias previas en el tratamiento de la depresión, bien sea porque ellos mismos han sufrido otros episodios o porque tienen familiares o amigos que han recibido tratamiento, parece que son más “exigentes” con los profesionales acerca de su tratamiento. Son más conscientes de lo que necesitan y de lo que pueden pedir, y en este sentido se muestran en una situación de menos asimetría respecto al profesional. Con la llegada de internet pueden estar mejor informados sobre los tratamientos que son recomendados y pedir cierto tipo de estrategia terapéutica. En ocasiones, por miedo a sentirse estigmatizados, los pacientes pueden “esconder” sus problemas emocionales, o centrarse solo en los síntomas físicos, dificultando que el profesional pueda detectar la necesidad de este tratamiento. Otras veces, los pacientes piden explícitamente tratamientos que serían considerados como “inadecuados”, pero que los pacientes perciben como útiles. En esta situación, es donde es clave tener en cuenta el equilibrio entre el punto de vista científico y el punto de vista del paciente. Por otro lado, en países donde la cobertura sanitaria no es gratuita en el momento del uso, el nivel socioeconómico también parece influir en el tipo de tratamiento que reciben, siendo aquellos que están en una situación económica más desfavorecidas los que tienen mayores probabilidades de recibir un tratamiento que no cumple unos mínimos estándares de calidad.

**Factores relacionados con los profesionales de la salud:** Las bajas tasas de adhesión de los médicos de primaria a las GPC pueden ser debidas en parte a la poca importancia que se da a la patología mental en la formación de estos profesionales. Por otro lado, es posible que por su falta de formación, los médicos de primaria se sientan incómodos con este tipo de pacientes y no sepan cómo tratarlos. No hay que descartar que el estigma asociado a estas patologías

también esté influyendo en el modo en qué estos profesionales se comunican con los pacientes. Además, en muchos lugares los médicos de primaria se ven sometidos a una gran presión asistencial y trabajan bajo mucha presión, percibiendo a este tipo de pacientes como “bloqueadores” de su trabajo, ya que alargan las visitas y las complican. Por otro lado, los profesionales de la atención especializada, psiquiatras y psicólogos, pueden tener reticencias a aplicar las terapias recomendadas en las GPC por pertenecer a otra escuela o bien porque haya “líderes de opinión” en su lugar de trabajo cuyas actitudes explícitamente vayan contra las prácticas que se recogen en las guías clínicas (87). Garb (88) también sugiere como una barrera importante para aplicar tratamientos adecuados, el conflicto que puede existir entre la cultura de la ciencia por un lado, y los valores de flexibilidad clínica y de juicio clínico por el otro. Estos valores entran en conflicto cuando las pruebas científicas contradicen la experiencia clínica del profesional, y este prioriza su experiencia clínica. Un reciente estudio cualitativo que hemos realizado en Catalunya con el objetivo de conocer las opiniones de médicos de familia, psiquiatras y psicólogos acerca de las GPC para la depresión señala estos mismos aspectos (89).

**Factores relacionados con el contexto político:** Las ideas políticas pueden favorecer o no el desarrollo de investigación y de prácticas de medicina basada en la evidencia. También tienen un papel importante y decisivo a la hora de decidir en qué investigar y en qué no investigar. El papel de la corrupción política se ha de tener en cuenta, ya que, por intereses económicos (lobby farmacéutico, presiones de grupos de interés...) pueden decidir qué prácticas y qué programas aplicar, sin considerar ni las preferencias de la población ni de los usuarios/pacientes, ni la eficacia ni la efectividad(90). La dominancia del pensamiento a “corto-plazo”, de la necesidad de resultados rápidos (sin importar que se mantengan en el tiempo) también pueden favorecer la implementación de tratamientos inadecuados o que no hayan demostrado su utilidad (91).

**Factores relacionados con la el contexto social:** El “estigma” asociado a la depresión puede hacer que las personas que padecen síntomas depresivos se avergüencen por esto, no busquen tratamiento o bien, si lo buscan, se centren en los síntomas somáticos, dificultando el diagnóstico de la depresión y dificultando su correcta identificación, y en consecuencia, tratamiento. Por otra parte, el tratamiento que se dé en los medios de comunicación de la depresión puede hacer que las personas conozcan qué terapias son más efectivas y en

consecuencia poder reclamar a su médico ese tratamiento. Por ejemplo, se sabe que si personajes públicos respetados reconocen que padecen y están siendo tratados de una patología, las actitudes públicas hacia esa enfermedad se pueden modificar, como por ejemplo en el caso de Magic Johnson y el SIDA, o de Betty Ford, mujer del ex presidente estadounidense Gerald Ford, y el cáncer de mama (20).

**Factores relacionados con la educación:** La OMS en su informe del 2004 sobre como fortalecer los sistemas sanitarios(87), señalan que otro de los factores que pueden influir en la no aplicación de tratamientos efectivos en la práctica clínica puede ser debido a fallos en los currícula de las universidades que no promueven la práctica basada en la evidencia o bien que de una imagen de ella distorsionada, situándonos en los dos extremos, el que la menosprecia por creer que no representa la realidad y el que la idolatra como única manera de acercarse a ella, sin enseñar un punto de vista más crítico que enseñe a utilizarla y entenderla como lo que es. Una vez licenciados, la educación continuada no parece ser la más apropiada y puede estar condicionada por intereses comerciales que pueden suponer un sesgo en las actividades educacionales que se ofrecen. Por ejemplo, un informe de la *American Psychological Association* (92) señaló que sólo en un 50% de los programas de doctorado de las facultades estadounidenses se enseñaba al menos una terapia que hubiese demostrado su efectividad.

**Factores organizativos y relacionados con el sistema de salud:** Quizás sea este el punto clave. El sistema sanitario es cambiante. Y se ha sugerido que no está abordando bien los problemas mentales, entre ellos la depresión. La limitación del tiempo de las visitas, la importancia que se da al recorte de los costes que puede hacer que tratamientos adecuados y efectivos no se apliquen porque son más caros o la necesidad del sistema de ver la depresión como una enfermedad “aguda” y tratarla como un simple resfriado, sin la necesidad de tratamiento o seguimiento a medio largo plazo, son algunas de las barreras que impiden tratar de una manera adecuada a los pacientes(87;91;93)

A **nivel empírico**, los factores que se han asociado a recibir un tratamiento para la depresión concordante con las GPC incluyen tanto factores sociodemográficos como clínicos. Además de los relacionados con las actitudes de los pacientes, los profesionales y la organización del sistema de salud.

*Factores sociodemográficos* asociados a la adecuación del tratamiento para la depresión:

- **Género:** diferentes estudios han señalado que las mujeres tienen una probabilidad mayor de recibir un tratamiento adecuado tanto en el sector especializado en Salud Mental (68) como en general (73). Sin embargo, Jones et al. (56) señalaron que los hombres tenían una probabilidad mayor de recibir un antidepresivo a duración recomendada durante la fase aguda.
- **Edad:** las personas de menos de 65 años tienen una probabilidad mayor de recibir una dosis adecuada de antidepresivo (47) cuando se comparan con las de más de 65. Por otro lado, Weilburg et al (45) señalan que las personas entre 40 y 64 años tienen una probabilidad mayor de recibir un antidepresivo a dosis recomendadas, cuando se comparan con las que tienen entre 20 y 29 años. De manera similar, Harman et al (77) señalaron que tener entre 18 y 35 años disminuía la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado cuando se comparan con las personas entre 35 y 64 años. Por el contrario en Seattle (76) tener menos de 40 años se asoció a recibir un antidepresivo a dosis recomendada por el médico de Atención Primaria. Jones et al (56) señalaron que los mayores de 65 años tenían una probabilidad mayor de recibir un antidepresivo a dosis recomendada durante la fase aguda.
- **Estado civil:** Charbonneau et al (47) señala que no estar casado disminuye la probabilidad de tener prescritos antidepresivos tanto a dosis adecuadas como duración adecuada. Jones et al encontraron la asociación contraria, los casados tenían un odds menor de recibir una duración adecuada de antidepresivos durante la fase aguda (56).
- **Lugar de residencia:** Existe evidencia contradictoria al respecto. Mientras que Wang et al (69) señalan una asociación pro área rural, Fernández et al (94) señalan lo contrario. Es decir, la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado se incrementa en las áreas urbanas.
- **Educación:** A medida que los pacientes tienen un nivel educativo más alto, la probabilidad de recibir una atención concordante con las GPC se incrementa (79;94) y viceversa: a menos nivel educacional, disminuye (62;71). El estudio de Jones matiza esta asociación: aquellos con un nivel educación más alto tienen una probabilidad mayor de recibir una dosis adecuada de antidepresivo, pero menor de recibir la duración adecuada durante la fase aguda de tratamiento (56).



## INTRODUCCIÓN

- **Etnia:** el estudio de Young et al (2001), el de Charbonneau et al (47) y el de Jones (56) señalaron que las personas de raza negra tenían menos probabilidad de recibir un tratamiento adecuado que las personas de raza blanca. Si bien ser hispano se asociaba a recibir un tratamiento adecuado(71) . Es posible que este hecho esté relacionado con aspectos de estatus socioeconómico.

*Factores clínicos* que se han asociado con la adecuación del tratamiento para la depresión:

- **Gravedad del trastorno depresivo:** la gravedad del trastorno depresivo es uno de los factores que más evidencia ha recibido, en general a más gravedad se incrementa la odds de recibir un tratamiento adecuado (67;68;70;76;79;81;84). El estudio de Joo et al (65) matiza esta asociación puntualizando que la asociación seguiría un forma de U, siendo los menos graves y los más graves los que tienen una probabilidad mayor de recibir un tratamiento adecuado. Tan sólo el estudio de Ani et al.(61) haya una asociación inversa, disminuyéndose la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado en los casos más graves.
- **Presencia de comorbilidad:** tanto a nivel físico (56;68;76;78;81) como mental(56;70), la presencia de comorbilidad se asocia a incrementar la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. En parte, sería un posible indicador de más gravedad. En el estudio de Ani et al (61), realizado en Atención Primaria, esta asociación no se encontró.

*Factores relacionados con las creencias de los pacientes:* existe pocos trabajos que hayan incluido estos aspectos en el estudio de la adecuación del tratamiento. Destacan los hallazgos de tres estudios: el de Young et al (73), el de Simon et al (76) y el de Prins et al (62). El primero de ellos señaló que el 70% de aquellos que recibían un tratamiento inadecuado no sentían la necesidad de tratar sus problemas mentales (frente al 31% de los que recibían un tratamiento adecuado). Por otro lado, el estudio de Simon et al (76) señala que si el paciente describe algunas barreras para recibir un tratamiento adecuado (como el tiempo hasta el centro, el miedo al estigma o la preocupación por los efectos secundarios) la probabilidad de recibir un antidepresivo a dosis recomendadas en la Atención Primaria se incrementa. Por último, Prins et al (62) señalaron que una evaluación positiva de la accesibilidad del servicio, así como

percibir que se necesita tratamiento (sea farmacológico o psicológico) o que se necesita consultar con un especialista, incrementaba la posibilidad de recibir un tratamiento adecuado.

*Factores relacionados con características de los profesionales de salud:* Por otro lado, Epstein et al (85), en el estudio de viñetas realizado en los Estados Unidos, señalaron que aquellos médicos de mayor edad evaluaban menos si existían ideas de suicidio. Estos mismos autores señalan que los médicos europeos/estadounidenses comparados con los afroamericanos u de otras etnias, prescriben con más frecuencia antidepresivos. Un reciente estudio ha señalado que aquellos médicos de Atención Primaria en Salud que se sienten seguros sobre su capacidad de detectar la patología depresiva, no tienen percepción de falta de tiempo ni perciben barreras para la implementación de GPC. Además tienen una probabilidad mayor de realizar un tratamiento adecuado para la depresión (95).

*Factores relacionados con la organización de la asistencia:* En general, los estudios que han comparado el grado de tratamientos mínimamente adecuados entre diferentes profesionales señalan que los especialistas en Salud Mental tienen un mayor grado de concordancia con las GPC que los no especialistas, generalmente médico de Atención Primaria (45;47;52;67;81;84) especialmente cuando los pacientes presentan sintomatología más grave (67;84). Adicionalmente, Harman et al (77) señaló que aquellas personas que recibían un tratamiento combinado (fármacos + psicoterapia), también incrementaban las odds de tener un tratamiento adecuado. Por otro lado, la continuidad del cuidado, es decir, que sea el mismo profesional el que diagnostique y trate, también se asocia a incrementar la adecuación del tratamiento para la depresión (58).

El hecho de realizar más visitas de seguimiento también se relaciona con incrementar la probabilidad de recibir una duración de antidepresivo adecuado (56;57).

Por último, y esto es especialmente importante en los EEUU, tener **cobertura sanitaria**, independientemente del sector donde sea incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento para la depresión mínimamente adecuado (49;68;77).

### 1.5.6. ¿El hecho de recibir un tratamiento adecuado para la depresión mejora los resultados del paciente?

En el actual contexto sanitario las GPC son, en principio, una herramienta útil para los clínicos, ya que recogen aquellos tratamientos que son más efectivos. Así, asumimos que aquellos tratamientos que concuerden con las recomendaciones de las GPC, es decir, que sean adecuados, obtendrán mejores resultados que los que no.

A nivel empírico esta asunción no es del todo clara. La revisión realizada por Weinmann et al (96) sobre los efectos de las GPC psiquiátricas en los resultados de los pacientes concluye que los estudios no tienen suficiente calidad como para poder extraer conclusiones. En el mejor de los casos el impacto en los resultados sería pequeño y en todo casos temporales.

En el caso específico de la depresión, entre los resultados negativos destacan los de Dobscha et al (46) y Bermejo et al (97). El primero no encuentra diferencias en la mejoría de aquellos pacientes cuyos tratamientos son concordantes con las GPC para la depresión (comparados con los que no recibían un tratamiento adecuado). Por su parte Bermejo et al, realizaron un estudio que tenía como objetivo evaluar el impacto que tenía la implementación de las GPC para la depresión, no sólo en el manejo por parte de los profesionales de esta patología, sino también en los resultados de los pacientes. Los autores no hallaron diferencias significativas en los resultados de los pacientes entre los médicos que habían recibido la intervención y los que no. En realidad el manejo de la depresión tampoco había modificado la manera de aproximarse a la depresión, por lo que no podemos estar seguros de que un seguimiento de las recomendaciones de las GPC no mejore la salud de los pacientes.

A pesar de que Oquendo et al (75) no hallaron una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos que recibían un tratamiento inadecuado y el riesgo de suicidio, los pacientes con tentativas de suicidio tenían una media de tratamientos adecuados menor que los que no lo intentaban (1,9 vs 2,4;  $p=0,07$ )<sup>e</sup>.

---

<sup>e</sup> Recordamos que la adecuación fue evaluada con el ATHF (puntuación de 0 a 5). Una puntuación  $\geq 3$  se considera adecuado.

Stiles et al (50) encontraron una asociación negativa entre recibir un tratamiento adecuado y la mejoría de los pacientes. Si bien se ha de puntualizar que la definición de tratamiento adecuado de estos autores sólo exigía estar tomando un antidepresivo (a cualquier dosis) y haber contactado con algún tipo de servicio. No sorprende que esta definición tan poco restrictiva no halle diferencias en los resultados.

Por otro lado, el estudio de Hepner et al (40) señaló que una mayor adherencia a las GPC predecía de una manera estadísticamente significativa un menor número de síntomas depresivos a los 12, 18 y 24 meses de seguimiento. Los resultados de este estudio son especialmente relevantes porque evalúa un gran número de indicadores que se recomiendan en las GPC para la depresión. Además, el hecho de haber convertido el grado de adherencia en una medida cuantitativa, permite observar cómo a medida que la atención es mejor, también lo son los resultados. Por su parte, Cully et al (60) encontraron una asociación entre recibir un número “recomendado” de visitas de seguimiento relacionadas con la depresión (al menos 3) y una menor probabilidad de mortalidad por cualquier causa. En el estudio de Charboneau et al (98), recibir una duración adecuada de antidepresivo disminuía la probabilidad de ser hospitalizado por cualquier motivo (psiquiátrico o no psiquiátrico) en los subsiguientes 12 meses al inicio del tratamiento antidepresivo.

Andrews et al (99), tras realizar un estudio de modelos, señalaron que si los pacientes con depresión recibieran un tratamiento acorde a las GPC, se produciría un ahorro de un 23% en la carga medida en AVADS (Años Vividos Ajustados por Discapacidad). Esta disminución, de ser generalizable, tendría un impacto enorme en la sociedad. Este mismo autor ha sugerido que si la carga de la depresión persiste es por dos hechos: en primer lugar, porque muchas de las personas que sufren depresión no han buscado tratamiento pero, sobre todo, porque el tratamiento que reciben las personas con depresión dista mucho de ser el recomendado (100;101).

#### **1.5.7. Conclusiones tras la revisión de la literatura sobre adecuación del tratamiento de la depresión.**

Las diferentes metodologías utilizadas para evaluar la adecuación del tratamiento limitan las comparaciones entre estudios. Lógicamente, cuanto más restrictiva sea una definición, más

## INTRODUCCIÓN

bajo será el porcentaje de tratamientos adecuados. En general, la mayoría de los estudios coinciden en incluir en la definición de adecuación al menos la prescripción de un antidepresivo, aunque no en todas se considera obligatorio. A partir de aquí la definición se puede ir complicando añadiendo la dosis y la duración recomendada del fármaco; el número de visitas realizadas en un tiempo concreto; el tiempo en minutos por visita o las técnicas realizadas a nivel de terapia psicológica. E incluso se puede complicar más desarrollando un listado con todos los indicadores que se recomiendan en las GPC.

Al problema de las diferentes definiciones hemos de sumar una fuente de variabilidad adicional: el país en el que se realiza el estudio y el año. Pocos estudios han comparado, utilizando la misma definición, diversos países. Los que lo han hecho han encontrado diferencias significativas (67;72;76). Si se tiene en cuenta el año, parece existir una tendencia a que los porcentajes de tratamientos adecuados sean más altos a medida que los datos se han recogido en momentos temporales más recientes. El artículo de Sorvaniemi et al (54) se centra específicamente en observar la evolución temporal de la concordancia con las GPC para la depresión en 4 centros de salud mental comunitarios finlandeses. A medida que pasan los años, la concordancia con las GPC es mayor (de un 30% en 1989 a un 85% en 2001). Cully et al también estudiaron el efecto del tiempo (60). Estos autores concluyeron que entre 1999 y 2006 no se había modificado la proporción de personas que habían recibido la duración adecuada del antidepresivo, pero sí se había incrementado el porcentaje de personas que recibían el número recomendado de visitas de seguimiento. Estas observaciones no sorprenden si se tiene en cuenta que el paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia y el desarrollo de las GPC tienen su auge a mediados de la década de los 90. Por ello, cuanto más nueva es la fuente de información utilizada, el porcentaje de tratamientos considerados como adecuados se incrementa. También es posible que la progresiva “desestigmatización” de los trastornos mentales intervenga en esta mejora del tratamiento.

Por último, la fuente de información para estimar la adecuación, es decir si la información que se utiliza la da el paciente directamente o la da el profesional (directamente o a través de la historia clínica), parece condicionar también los resultados. Cuando la información es dada directamente por el paciente la proporción de adecuación oscila entre 0% 41,3% en la Atención Primaria, y entre 26% y 90%, en la especializada. Mientras que cuando se extrae de la historia clínica informatizada estas proporciones oscilarían entre 8% y 71% en la Atención

Primaria y 30% y 86% en la especialidad. Así la adecuación es más alta cuando la información se extrae de las historia clínicas.

### *1.6 Justificación de la tesis*

En la revisión de la literatura sobre adecuación del tratamiento de la depresión, llaman la atención diferentes factores: 1) a pesar de la existencia de bastante trabajos sobre el tema, los métodos de investigación y las definiciones de adecuación utilizadas son tan diferentes que es difícil la comparación entre estudios y extrapolación a otros países. Por ello, un estudio internacional que con una metodología común compare diferentes países puede ser altamente informativo y darnos información sobre, pero a un nivel muy exploratorio, el impacto de diferentes modelos de atención a la Salud Mental en la adecuación del tratamiento tanto en global como por nivel asistencial. 2) La mayoría de los estudios provienen de los Estados Unidos de América y se ha publicado poco sobre el tema en Europa, y menos en España. 3) Las fuentes de los datos (independientemente del año de publicación) son relativamente antiguas (mediados/finales de los 90-principios de los 2000) y no disponemos de estudios realizados con datos más actuales. 4) Según nuestro conocimiento, ningún estudio ha evaluado el impacto que puede tener la fuente de información (el propio paciente o historia clínica) en la estimación de la adecuación del tratamiento.

En la misma línea que lo anterior expuesto, apenas si tenemos datos sobre la adecuación del tratamiento de la depresión en Atención Primaria en España. Dado que los profesionales de la Atención Primaria son una pieza fundamental para la prevención, detección y manejo de la depresión, consideramos importante analizar este hecho en detalle. Más teniendo en cuenta que el Pla Director en Salud Mental de Catalunya (102) indicó que los trastornos mentales comunes (entre los que se encuentra la depresión) debían ser manejados en este primer nivel asistencial. Por todo ello, esta tesis dedica una parte importante de sus objetivos a intentar estimar el grado de concordancia entre el tratamiento que realizan estos profesionales y las GPC de la depresión y los factores asociados a esa relación.

Conocer la magnitud de tratamientos mínimamente adecuados que se realizan en un contexto determinado y los factores que se asocian a ellos puede resultar útil para evaluar la calidad del sistema y proponer estrategias para su mejora.

## 2. HIPÓTESIS

1. El nivel de adecuación global del tratamiento del trastorno de depresión mayor en Europa es bajo.
2. Existen diferencias en la proporción de tratamientos adecuados en función del país.
3. Existen diferencias en la proporción de tratamientos considerados como adecuados en función del sector donde recibe la atención: generalista (médicos de atención primaria) o especializado en salud mental (psiquiatras y/o psicólogos).
4. Las características sociodemográficas de los pacientes no se asocian a la adecuación del tratamiento.
5. Algunas variables clínicas se asocian a una mayor frecuencia de recibir un tratamiento adecuado. Estas son: la gravedad del trastorno, tener comorbilidad de enfermedades físicas crónicas y el reconocimiento de la depresión por parte del médico.

### *Hipótesis secundaria metodológica*

6. Existen diferencias en la estimación de la proporción de tratamientos adecuados, en función de la fuente de información para valorar la adecuación (paciente/participante versus médico/historia clínica informatizada).

### 3. OBJETIVOS

1. Estimar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor entre las personas que han acudido a los servicios de salud en España.
2. Estimar y comparar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor entre las personas que han acudido a los servicios de salud en un año determinado en Francia, Italia, Bélgica, Alemania y Holanda.
3. Estimar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor por nivel asistencial (Atención Primaria y Atención Especializada) en España.
4. Comparar la proporción de tratamientos adecuados realizados en la atención primaria con los de atención especializada en salud mental en España, Francia, Italia, Bélgica, Alemania y Holanda.
5. Identificar qué factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes se asocian a la adecuación del tratamiento en global y por nivel asistencial.

#### *Objetivo metodológico secundario*

6. Estimar la concordancia entre los resultados obtenidos utilizando la información dada por el paciente y la extraída de la historia clínica.



## 4. METODOLOGÍA

Para responder a estos objetivos se han realizado 3 estudios diferentes. A continuación se presenta brevemente la metodología de los 3 estudios.

### *4.1 Estudio: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*

#### **4.1.1. Diseño y muestra**

El proyecto ESEMeD es una encuesta personal domiciliaria de diseño transversal realizada en una muestra probabilística representativa de la población adulta (mayores de 18 años) y no institucionalizada de 6 países europeos: Alemania, Bélgica, Francia, España, Holanda e Italia con el objetivo principal de estimar la prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados a estos.

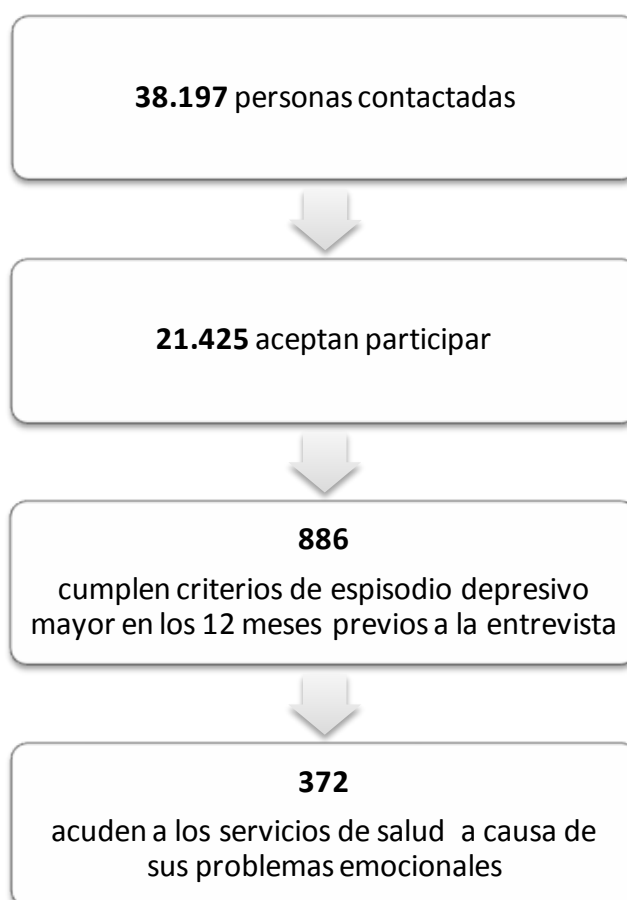
El muestreo se realizó mediante una selección probabilística, estratificada, multietápica sin reemplazo para asegurar: 1) la representatividad respecto a la población general y 2) que todos los individuos tuviesen una probabilidad conocida de selección. El trabajo de campo del proyecto se llevo a cabo entre enero del 2001 y agosto de 2003, entrevistando a un total de 21.425 personas. La tasa global de respuesta fue del 61,2% (Alemania 57,8%, Bélgica 50,6%, Francia 45,9%, España 78,6%, Holanda 56,4% e Italia 71,3%). Todos los participantes seleccionados recibieron una explicación completa del propósito del estudio y firmaron un

consentimiento informado en que se aseguraba la confidencialidad de los datos obtenidos y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Los comités de ética de cada uno de los centros que participaban en el estudio aprobaron el proyecto.

El estudio ESEMeD también forma parte del WHO *World Mental Health Survey* (103). Una explicación detallada de la metodología que se siguió en el estudio ESEMeD se puede consultar en Alonso et al (104;105).

La figura 1 muestra los pasos seguidos para seleccionar la muestra utilizada en el estudio de adecuación. Un total de 372 participantes componen la muestra utilizada, ya que estos son aquellas personas con un episodio depresivo mayor 12 meses que habían hecho uso de los servicios de salud durante los 12 meses previos a la entrevista.

Figura 1. El estudio ESEMeD: reclutamiento y participantes.



### 4.1.2. Medidas

#### 4.1.2.1. Evaluación del Episodio Depresivo Mayor

La presencia de un episodio depresivo mayor fue evaluada utilizando la *Composite International Diagnostic Interview 3.0* (CIDI 3.0)<sup>f</sup>. Este instrumento permite realizar diagnósticos psiquiátricos según criterios DSM-IV y CIE-10. La CIDI 3.0 es una entrevista computerizada, diseñada para ser aplicada por entrevistadores legos certificados, utilizando el software Blaise. Diferentes estudios han señalado que el diagnóstico realizado con la CIDI 3.0 presenta una buena concordancia con el diagnóstico independiente realizado por un clínico (103;106-108)

#### 4.1.2.2 Uso de servicios

A todos los entrevistados se les preguntó por la utilización que habían hecho de los servicios sanitarios en los últimos 12 meses previos a la entrevista a causa de sus "emociones o problemas de salud mental". A aquellos que respondían que habían utilizado algún servicio sanitario a consecuencia de sus problemas emocionales, se les preguntaba que indicaran qué tipo de profesional había visitado: psiquiatras, psicólogos, médico de primaria y/o cualquier otro médico especialista. Para cada uno de los profesionales visitados se pedía a los entrevistados que indicaran qué edad tenían en un primer y más reciente contacto, el número de visitas en los 12 meses previos a la entrevista, la duración media de estas visitas, si seguían visitándose o no, y en caso de que no lo hicieran si era porque el tratamiento se había finalizado o bien porque habían abandonado sin el consentimiento del profesional. Además de estas preguntas se indagaba sobre el tipo de tratamiento recibido: farmacológico, psicológico o ambos.

Con el objetivo de comparar los dos niveles asistenciales (primario vs especializado) los psiquiatras y psicólogos se agruparán formando el nivel de asistencia especializada mientras que los médicos de primaria junto al resto de médicos especialistas formaran el nivel de asistencia primaria.

---

<sup>f</sup> El estudio ESEMeD evaluó la presencia de diferentes trastornos mentales, no sólo el Episodio Depresivo Mayor, pero para facilitar la lectura de esta tesis nos centramos en describir cómo fue evaluado este.

#### 4.1.3. Definición de tratamiento mínimamente adecuado

Los criterios para considerar un tratamiento como mínimamente adecuado<sup>8</sup> para el episodio depresivo mayor se basaron en las definiciones de las GPC y los criterios de otros estudios epidemiológicos (69;70;109;110)

Estos criterios fueron:

- Haber recibido un antidepresivo durante al menos 2 meses, más al menos haber realizado 4 visitas con un psiquiatra, un médico de primaria u otro médico;
- si no estaba recibiendo terapia farmacológica, haber realizado en los últimos 12 meses al menos 8 sesiones de psicoterapia con un psicólogo o psiquiatra con una duración media de al menos 30 minutos.

El requerimiento de un mínimo de 4 sesiones combinadas con medicación para considerar un tratamiento como mínimamente adecuado está basado en el hecho de que al menos 4 sesiones son necesarias para poder evaluar, iniciar y realizar el seguimiento de la medicación.

Si la persona recibe tratamiento psicológico la evidencia disponible hasta el momento parece avalar que existen tratamientos psicoterapéuticos que han demostrado su efectividad con un mínimo de 8 sesiones, con una media de duración de unos 30 minutos.

#### 4.1.4 Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el Episodio Depresivo Mayor

Se analizaron las siguientes variables en relación al hecho de estar recibiendo un tratamiento mínimamente adecuado:

- **Sociodemográficas:** sexo; edad; nivel educativo (categorizados como <13 años y >13 años); situación laboral (categorizada como trabajo remunerado, y trabajo no

---

<sup>8</sup> Se utiliza la expresión “mínimamente adecuado” al tratarse de una definición de mínimos. Es decir, no podemos estar seguros de que el porcentaje de tratamientos que nosotros consideramos como adecuados realmente lo sea, si bien aquellos tratamientos que no cumplan estos mínimos serán claramente inadecuados.

remunerado); grado de urbanicidad, definida como vivir en una ciudad con < 100.000 habitantes ó > 100.000 habitantes, país de procedencia.

- **Nivel que provee el tratamiento:** Definido como el tipo de profesional que se consultó: atención especializada (profesionales implicados psiquiatras y psicólogos) o atención primaria (médicos de primaria u otros médicos).
- **Presencia/Ausencia de comorbilidad médica:** La existencia o no de al menos una de las siguientes enfermedades: artritis, enfermedad cardiaca, hipertensión, asma, tuberculosis, alguna enfermedad pulmonar crónica (EPOC), malaria u otra enfermedad parasitaria, diabetes, úlcera de estómago o intestinal, enfermedad de la tiroides, algún problema neurológico como esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson, infección por HIV o SIDA y/o cáncer. La presencia de comorbilidad médica se evaluó de manera autoinformada utilizando un listado.
- **Salud Autopercebida:** valorada con la escala visual analógica del cuestionario EuroQoL . Las puntuaciones oscilan entre 0-100, siendo 0 el peor estado de salud imaginable y 100 el mejor(111).

A continuación se muestra una tabla resumen (tabla 2) con los descriptivos univariados de las variables sociodemográficas y clínicas utilizadas en el estudio ESEMeD.

Tabla 2. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de la submuestra utilizada en el estudio ESEMeD (N=372).

| Variable  | % (N)        |
|---|--------------|
| <b>Genero</b>                                     |              |
| <i>Hombre</i>                                     | 29,1% (94)   |
| <i>Mujer</i>                                      | 70,8% (278)  |
| <b>Media edad (error estándar)</b>                | 43,6 (1,17)  |
| <b>Nivel educativo</b>                            |              |
| <i>&lt; 13 años</i>                               | 61,0% (227)  |
| <i>&gt; 13 años</i>                               | 38,9 % (145) |
| <b>Situación laboral</b>                          |              |
| <i>Trabajo reenumerado</i>                        | 43,0% (160)  |
| <i>Sin trabajo remunerado</i>                     | 56,9% (212)  |
| <b>Urbanicidad</b>                                |              |
| <i>&lt;100,000 habitantes</i>                     | 68,8% (230)  |
| <i>&gt; 100,000 habitantes</i>                    | 31,1% (132)  |
| <b>Nivel de Atención</b>                          |              |
| <i>Atención Primaria de Salud</i>                 | 66,2% (250)  |
| <i>Atención Especializada en SM</i>               | 63,4% (247)  |
| <b>País</b>                                       |              |
| <i>Bélgica</i>                                    | 5,3% (42)    |
| <i>Francia</i>                                    | 30,1% (72)   |
| <i>Alemania</i>                                   | 26,2% (44)   |
| <i>Italia</i>                                     | 10,2% (29)   |
| <i>Holanda</i>                                    | 9,2% (65)    |
| <i>España</i>                                     | 18,8 (120)   |
| <b>Enfermedades físicas crónicas</b>              |              |
| <i>No</i>   | 27,8% (73)   |
| <i>Sí</i>   | 72,1% (299)  |
| <b>Media Salud Autopercebida (error estándar)</b> | 67,8 (1,8)   |

#### 4.1.5. Análisis Estadísticos

Se calculó la proporción de individuos que estaban recibiendo o habían recibido en los 12 meses previos a la entrevista un tratamiento que cumplía con los mínimos criterios de adecuación. Se presentan las proporciones globales, por nivel asistencial y por país.

## METODOLOGÍA

Debido a que un mismo individuo podía estar recibiendo atención en ambos niveles asistenciales, se realizaron regresiones logísticas utilizando modelos GEE (*generalised estimating equation*) que permite incluir dos observaciones para aquellos sujetos que se estén tratando por los dos tipos de profesionales (112). Se utilizó el link logit y una correlación con una estructura intercambiable.

Se utilizaron pesos para restaurar la representatividad poblacional de la muestra acorde con la edad, el sexo y la distribución de los países.

Para realizar estos análisis estadísticos se utilizó el paquete estadístico STATA 8.0.

### ***4.2. Estudio Efectivitat del Tractament Antidepressiu en Atenció Primària de Salut (ETAPS)***

#### **4.2.1. Diseño y muestra**

El proyecto ETAPS es un estudio naturalístico de seguimiento a 6 meses realizado en 16 centros de Atención Primaria del área de Barcelona llevado a cabo entre enero del 2002 y diciembre del 2003.

Un total de 63 médicos de primaria participaron en el estudio incluyendo aquellos pacientes con un trastorno depresivo que empezaban tratamiento farmacológico antidepresivo y aceptaron participar en el estudio. Con el objetivo de tener un diagnóstico estandarizado de estos pacientes, fueron evaluados telefónicamente por una investigadora independiente durante los 7 días siguientes a la prescripción antidepresiva. Los pacientes eran re-entrevistados a los 3 y a los 6 meses de esta primera entrevista.

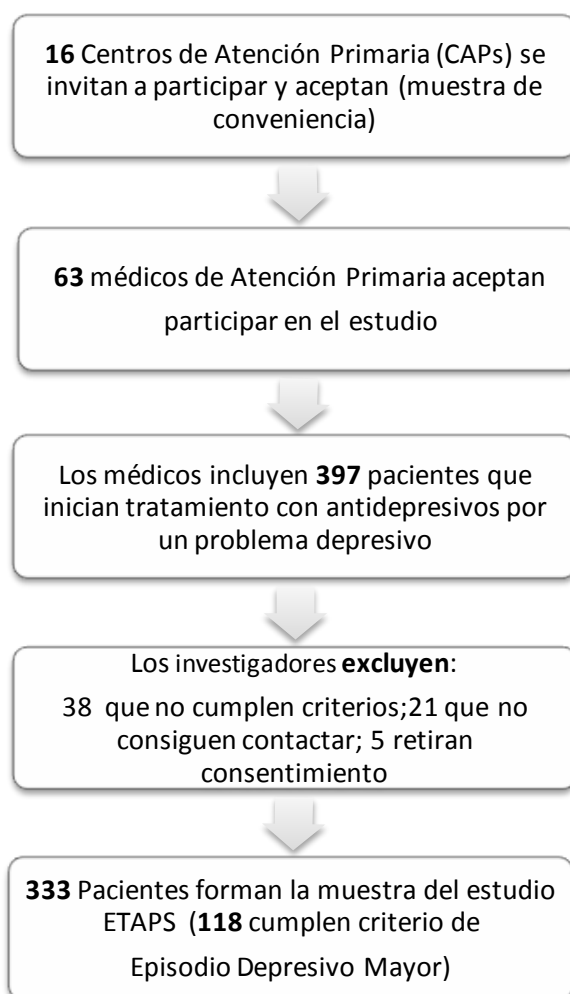
Los médicos de primaria prescribían el tipo de antidepresivo, la dosis del mismo, las sesiones de seguimiento y evaluaban la necesidad de evaluación y /o tratamiento especializado basándose en su propio criterio. Es decir, en su práctica habitual. Durante toda la realización del estudio, los médicos de primaria fueron ciegos a la información recogida por los investigadores. La información recogida en la entrevista telefónica era absolutamente confidencial y los médicos de primaria, salvo que el paciente expresara ideación suicida, no tenían acceso a ella. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Sant Joan de Déu.

La muestra final la forman 333 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años diagnosticados por su médico de primaria de un trastorno depresivo que empezaban un tratamiento farmacológico antidepresivo. De estos 333 pacientes, 118 cumplían criterios de Trastorno de Depresión Mayor según DSM-IV. La figura 2 resume los pasos seguidos para seleccionar la muestra utilizada en el estudio de adecuación

Los criterios de exclusión de dicho estudio fueron:

- a) haber empezado un tratamiento antidepresivo farmacológico o psicológico dos meses antes de contactar con el médico de primaria;
- b) presencia de una incapacidad cognitiva lo suficientemente grave como para impedir una entrevista adecuada;
- c) historia de trastornos psicótico o de trastorno bipolar
- d) historia de abuso o dependencia de alcohol u otras sustancias.

Figura 2. El estudio ETAPS: reclutamiento y participantes





### 4.2.2. Medidas

#### 4.2.2.1. Evaluación del Episodio Depresivo Mayor

El estudio ETAPS cuenta con dos evaluaciones de la depresión. En un primer momento, los médicos de atención primaria diagnosticaban a los pacientes según su propio criterio. Adicionalmente, los sujetos que accedían entrar en el estudio fueron entrevistados por una investigadora utilizando los módulos para el diagnóstico del episodio depresivo mayor y trastorno distímico de la versión de investigación de la *Structured Clinical Interview for DSM (SCID-I)* (113). Se obtuvo información acerca del diagnóstico actual e historia de presencia de trastornos del estado de ánimo de los sujetos.

La gravedad de la depresión se evaluó utilizando la escala PHQ-9 (114). El PHQ-9 es un cuestionario autoadministrado de 9 ítems diseñado para evaluar la presencia de sintomatología depresiva durante las dos semanas previas a su pasación. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 27, siendo las puntuaciones mayores indicadores de mayor gravedad. Diferentes estudios han señalado que el PHQ es sensible al cambio en la sintomatología depresiva (115;116).

Como se ha comentado en el apartado anterior, la investigadora contactaba con los participantes por teléfono. La validez de la administración telefónica de la SCID-I y del PHQ-9 ha sido demostrada por Cacciola et al. (117) y por Pinto-Meza et al. (118), respectivamente.

#### 4.2.2.2 Evaluación del Uso de Servicios

A los participantes en el estudio se les preguntó el antidepresivo recetado, la dosis y duración prescrita, el grado de cumplimiento del tratamiento, el número de visitas realizadas con el médico de primaria, si le habían derivado al nivel especializado, y en caso de que así fuera el número de sesiones con el psiquiatra. La prescripción antidepresiva y la dosis inicial fue informada por el médico de primaria que la prescribía. El seguimiento de la prescripción fue informada por los pacientes utilizando las siguientes preguntas: "*¿Se está usted tomando el antidepresivo que le recetó el médico?, ¿Cuándo empezó a tomarlo? ¿Cuál es el nombre del fármaco que toma?, ¿Cuántas pastillas está tomando al día?, ¿Cuantos miligramos tiene cada una de las pastillas?, ¿Ha interrumpido el tratamiento? (en caso de respuesta afirmativa: ¿por*

*qué?; Si pensamos en lo que le dijo su médico ¿está tomando el mismo número de pastillas que le dijo? ( Si no: ¿Cuántas está tomando?).*

#### 4.2.3. Definición de adecuación del tratamiento

A raíz de la bibliografía revisada que estudia la adecuación del tratamiento en muestras de base clínica y de las guías clínicas basadas en la evidencia científica, el algoritmo que estudiará la adecuación en este estudio será ligeramente distinto al del estudio basado en el ESEMeD. Los criterios que definirán un tratamiento como mínimamente adecuado en este estudio serán definidos en función de la mínima dosis diaria antidepressiva recomendada por las guías clínicas (resumida en la tabla 3), la duración del tratamiento antidepressivo y un mínimo de sesiones de seguimiento con el médico que recetó el tratamiento. El estudio ETAPS es un estudio de seguimiento a 6 meses, lo que nos permite obtener dos medidas de adecuación: 1) adecuación del tratamiento antidepressivo en la fase aguda del trastorno (primeros 3 meses) y 2) adecuación del tratamiento antidepressivo global (fase aguda, primeros 3 meses más fase de mantenimiento siguientes 3 meses). Para la fase aguda, el tratamiento para ser considerado adecuado, deberá tener una duración mínima de al menos 12 semanas y el médico deberá haber realizado un mínimo de tres sesiones (1 para el diagnóstico + 2 de seguimiento). Para la segunda fase, aguda más continuación, el tratamiento deberá haber durado un mínimo de 24 semanas y el paciente deberá haber sido visitado como mínimo una vez más (es decir, en el total de los 6 meses deberá haber realizado 4 sesiones en total).

Tabla 3. Dosis mínimas recomendadas por las guías clínicas.

| Antidepressivo | tipo       | Dosis mínima diaria recomendada |
|----------------|------------|---------------------------------|
| Paroxetina     | ISRS*      | 20 mg                           |
| Fluoxetina     | ISRS       | 20 mg                           |
| Sertralina     | ISRS       | 50 mg                           |
| Citalopram     | ISRS       | 20 mg                           |
| Venlafaxina    | ISRS       | 75 mg                           |
| Fluvoxamina    | ISRS       | 75 mg                           |
| Amitriptilina  | Tricíclico | 100 mg                          |
| Clomipramina   | Tricíclico | 100 mg                          |

Además se estudió la adecuación desde dos posibles puntos de vista:

- 1) Considerando que todos los pacientes tenían depresión (criterio del médico de Atención Primaria)
- 2) Considerando tan sólo aquellos pacientes que la entrevista diagnóstica había confirmado que cumplían criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor

#### 4.2.4. Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el episodio

##### Depresivo Mayor

Los factores que se consideraron como variables independientes en el estudio ETAPS fueron:

- **Variables sociodemográficas:** sexo y edad
- **Variables clínicas:** puntuación en el cuestionario PHQ-9 al inicio del estudio, la presencia de episodios depresivos mayores previos y la presencia/ ausencia de consultas psiquiátricas

La tabla (tabla 4) describe las muestras utilizadas en el estudio de adecuación utilizando la base de datos del estudio ETAPS

Tabla 4 Características sociodemográficas y clínicas del estudio ETAPS

|   | “Depresión”<br>según médico<br>(N=333) | Episodio<br>Depresivo<br>Mayor (SCID)<br>(n=118) |
|---|--|--|
| <b>Género</b>   |  |  |
| <i>Hombre</i>   | 20,1% (67)                             | 24,6% (29)                                       |
| <i>Mujer</i>  | 79,9% (266)                            | 75,4% (89)                                       |
| <b>Media de edad (DS)</b>   | 45,5 (14,5)                            | 44,7%(13,1)                                      |
| <b>Media de puntuación PHQ-9 al inicio (DS)</b>                             | 14,8 (5,2)                             | 19,5 (3,1)                                       |
| <b>Presencia de episodios previos</b>                                       |  |  |
| <i>No</i>   | 81,6% (271)                            | 74,4% (87)                                       |
| <i>sí</i>   | 18,4% (61)                             | 25,6% (30)                                       |
| <b>Consulta con especialista SM durante los 6 meses que dura el estudio</b> |  |  |
| <i>No</i>   | 73,0 % (243)                           | 72,9% (86)                                       |
| <i>sí</i>   | 17,1% (57)                             | 20,34% (24)                                      |
| <i>missing</i>  | 9,9% (33)                              | 6,8% (8)   |

#### 4.2.5. Análisis Estadísticos

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Proporción de sujetos tratados de manera mínimamente adecuada en la fase aguda
- Proporción de sujetos tratados de manera mínimamente adecuada a los 6 meses (fase aguda + fase de continuación)
- Modelos de regresión logística (incluyendo el médico de primaria como un intercepto de efecto aleatorio para controlar la variabilidad asociada a los diferentes criterios de los profesionales) para evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adecuación del tratamiento en cada una de las fases.

Al igual que en el estudio ESEMeD, los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico STATA/SE 8.0

#### *4.3 Estudio: : Detecció i Avaluació de Problemes de Salut Mental a l'Atenció Primària de Salut (DASMAP)*

##### 4.3.1. Diseño y muestra

El estudio DASMAP es un estudio epidemiológico de carácter transversal llevado a cabo en Cataluña cuyo objetivo principal era conocer la prevalencia de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Para la selección de los centros de atención primaria (CAP) se llevó a cabo un muestreo probabilístico estratificado; cada estrato corresponde a cada una de las 7 regiones sanitaria (RS) de Cataluña. En la primera fase se seleccionaron aleatoriamente un total de 80 CAPs de entre todos los que estaban informatizados y daban cobertura a áreas con más de 4.000 habitantes. De estos 80 CAPs, sólo 2 rechazaron participar. El número de CAPs por RS fue proporcional a la población atendida por RS aunque se estableció un mínimo de 6 CAPs por RS. En la segunda fase, todos los médicos de los CAPs fueron invitados a participar (N=618). En la tercera fase, se seleccionaron aleatoriamente los pacientes de aquellos médicos que aceptaron participar en el estudio. Tras ser informados de las características del estudio, aceptar y firmar el consentimiento informado, los pacientes eran evaluados en el mismo CAP por una psicóloga. Un total de 20 psicólogas participaron en el estudio. Estas entrevistadoras recibieron una formación de 2 días para homogeneizar la pasación de la

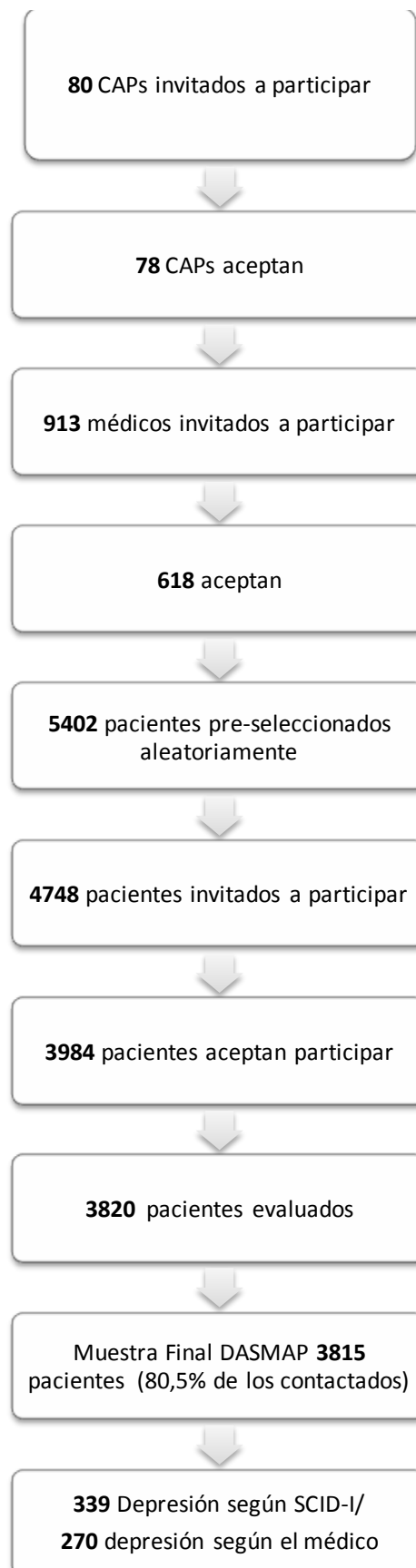
## METODOLOGÍA

entrevista. Las entrevistas se realizaron entre Octubre de 2005 y Marzo de 2006 con una duración media de 45 minutos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la FSJD.

Tras la recolección de los datos, las respuestas fueron procesadas usando un software de captura automática de respuestas TeleForm<sup>®</sup>.

La muestra final del estudio DASMAP estuvo formada por 3.815 pacientes. De éstos, 339 presentaron un diagnóstico de trastorno de depresión mayor según la entrevista semi-estructurada (SCID-I) y 270 presentaban un diagnóstico de depresión según el médico de AP. En la figura 3 se puede ver el reclutamiento del estudio. Más información sobre el estudio DASMAP puede ser consultada en Serrano et al (26).

Figura 3. El estudio DASMAP: reclutamiento y participantes



#### 4.3.2. Medidas

##### 4.3.2.1. Evaluación del Trastorno Depresivo Mayor<sup>h</sup>

La presencia de un diagnóstico de depresión mayor fue evaluada con la versión española de la SCID- I que permite realizar diagnósticos según criterios del DSM-IV . Además se paso la MINI que nos permite detectar los episodio maníacos, hipomaníacos o mixtos. Si no se observan, se puede realizar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor.

Además, se registró a partir de la historia clínica informatizada, si el participante había recibido un diagnóstico de depresión mayor según el médico de Atención Primaria en los últimos 12 meses. En la tabla 5 se pueden observar los códigos diagnósticos que se registraron como depresión. Los diagnósticos realizados por el médico de Atención Primaria fueron extraídos de la historia clínica informatizada y recodificados en una variable dicotómica que incluía la presencia (valor 1) o ausencia (valor 0) de un diagnóstico de depresión.

Tabla 5. Códigos diagnósticos utilizados para el diagnóstico de depresión del médico de AP

| Diagnóstico DSM-IV  | Códigos incluidos  |
|---|--|
| <b>Trastorno depresivo mayor</b>  | <b>ICD-9:</b> 296.2, 296.20,296.21,296.22, 296.23, 296.25, 296.25,296.26, 296.3, 296.31, 296.32, 296.34, 296.35, 296.36, 300.4, 309.1, 311<br><b>ICD-10:</b> F.32, F32.0, F32.1, F32.2, F32.8, F32.9, F33, F33.0, F33.1, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9, F43.8, F34.9, F38, F38.0, F38.1, F38.8, F38.9<br><b>ICPC-2<sup>i</sup>:</b> P76 |
| <b>Trastorno distímico y otros códigos que informan de sintomatología depresiva</b> | <b>ICD-9:</b> 300.4<br><b>ICD-10:</b> F34.0, F34.1, F41.2<br><b>ICPC-2:</b> P03  |

<sup>h</sup> Al igual que en el estudio ESEMeD, en el estudio DASMAP se evaluaron otros trastornos mentales además del Trastorno de Depresión Mayor, si bien, para facilitar la lectura de esta tesis sólo se hace referencia a este.

<sup>i</sup> ICPC-2. International Classification for Primary Care

#### 4.3.2.2 Evaluación del Uso de Servicios

En el estudio DASMMap se utilizó una versión adaptada del cuestionario *Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory (119)*. La versión utilizada fue diseñada para recoger datos sobre uso de servicios en los 12 meses previos a la realización de la entrevista.

#### 4.3.3. Definición de adecuación del tratamiento

En el estudio DASMMap se consideró como tratamiento mínimamente adecuado haber realizado al menos 4 visitas con el médico de Atención Primaria en los últimos 12 meses y tener prescrito un antidepresivo a dosis recomendadas. En ausencia de medicación, se consideró adecuado haber realizado al menos 8 visitas con el médico de Atención Primaria.

Se crearon dos posibles escenarios para evaluar la adecuación del tratamiento:

- 1) El primer escenario considera como muestra diana aquellos pacientes con un diagnóstico de depresión según entrevista semi-estructurada (SCID-I). Esto supone una muestra de 339 casos.
- 2) El segundo escenario considera como muestra diana aquellos pacientes que tienen un diagnóstico de depresión según el médico de Atención Primaria. Esto suponen una muestra de 270 casos.

Adicionalmente, y con el objetivo de comparar como la fuente de datos utilizada para crear el algoritmo de adecuación (es decir, datos autoinformados por el paciente vs extraídos de la historia clínica informatizada) puede influir en la estimación de la adecuación, para cada escenario se calculó el porcentaje de casos con un tratamiento mínimamente adecuado de dos maneras:

- 1) utilizando el número de visitas, antidepresivo y dosis prescritas informado por el propio paciente
- 2) utilizando el número de visitas, antidepresivo y dosis prescritas extraído de la historia clínica informatizada.



#### 4.3.4. Factores asociados a un tratamiento mínimamente adecuado para el Trastorno

##### Depresivo Mayor

La presencia de **enfermedades físicas crónicas** fue evaluada utilizando un listado que contenía preguntas sobre la presencia de una serie de enfermedades o factores de riesgo que incluían: asma, bronquitis, úlcera, estreñimiento, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, migrañas, alergias, artritis, dolor de espalda, dolor cervical, cataratas, diabetes e infartos cerebrales. Los participantes informaban sobre si habían sido diagnosticados con alguna de ellas. Se creó una variable dicotómica que recogía la presencia o ausencia de al menos una de estas condiciones físicas crónicas.

El **motivo de consulta principal** (físico, emocional, administrativo o combinación de varias) también fue preguntado a los participantes y fue incluido como una variable independiente.

Además, se les preguntó si habían visitado en los 12 meses previos a la entrevista a un especialista en salud mental (psiquiatra o psicólogo).

La **discapacidad autopercebida** fue evaluado mediante tres ítems de la Sheehan Disability Scale (120;121). Estas tres preguntas evalúan discapacidad en 3 áreas: trabajo, vida social y vida familiar. Los participantes han de evaluar de 0 a 10 cada uno de estos ítems. La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los 3 ítems, oscilando entre 0 y 30, indicando las puntuaciones más altas mayor discapacidad. La tabla 6 describe las muestras utilizadas para el estudio de adecuación del DASMAP.

Tabla 6. Descripción de las características sociodemográficas y clínicas del estudio DASMAP

|   | Depresión según SCID-I (N=339) | Depresión según médico (N=270) |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>Género</b>   |                                |                                |
| <i>Hombre</i>   | 20,9% (70)                     | 29,1% (80)                     |
| <i>Mujer</i>  | 79,0% (269)                    | 70,8 % (190)                   |
| <b>Edad media (error estándar)</b>                              | 51,2% (0,79)                   | 55,1 (0,90)                    |
| <b>Estudios</b>   |                                |                                |
| <i>Sin estudios</i>   | 13,8% (47)                     | 13,0% (34)                     |
| <i>Primarios</i>  | 48,5% (166)                    | 47,5% (131)                    |
| <i>Secundarios</i>  | 27,1% (93)                     | 25,0% (68)                     |
| <i>Universidad</i>  | 10,5% (33)                     | 14,3 % (37)                    |
| <b>Situación Laboral</b>  |                                |                                |
| <i>Empleo remunerado</i>  | 26,8% (91)                     | 26,8% (76)                     |
| <i>NO está trabajando</i>                                       | 73,2% (157)                    | 73,1% (194)                    |
| <b>Depresión pasada</b>   |                                |                                |
| <i>No</i>   | 52,7% (182)                    | 51,2%(145)                     |
| <i>si</i>   | 47,2% (157)                    | 48,7% (125)                    |
| <b>Enfermedades físicas crónicas</b>                            |                                |                                |
| <i>No</i>   | 10,3%(37)                      | 14,4% (39)                     |
| <i>Si</i>   | 88,9% (299)                    | 84,9% (229)                    |
| <b>Historia familiar de problemas psiquiátricos</b>             |                                |                                |
| <i>No</i>   | 51,3% (176)                    | 62,2% (170)                    |
| <i>Si</i>   | 48,1% (299)                    | 37,8 % (100)                   |
| <b>Diagnóstico de depresión mayor concordante con la SCID-I</b> |                                |                                |
| <i>No</i>   | 78,9% (270)                    | 72,9% (201)                    |
| <i>si</i>   | 21,1% (69)                     | 27,0 % (69)                    |
| <b>Uso de servicios especializados en SM</b>                    |                                |                                |
| <i>No</i>   | 56,9% (193)                    | 56,1% (156)                    |
| <i>Si</i>   | 42,8% (144)                    | 43,8% (113)                    |
| <b>Discapacidad autopercebida media (error estándar)</b>        | 16,5% (0,57)                   | 18,2% (1,25)                   |

#### 4.3.5. Análisis Estadísticos

##### 4.3.5.1. Validez de criterio del diagnóstico de depresión por el Médico de Atención Primaria

Para valorar la validez del reconocimiento de la depresión por parte del médico de Atención Primaria se utilizó como gold-standard el diagnóstico realizado según la entrevista semiestructurada (SCID-I). Se calcularon los valores de sensibilidad, especificada, y los valores positivos predictivos y negativos. Siguiendo la metodología de Thompson et al (122) se calculó otro indicador relacionado con la aceptabilidad de la práctica clínica, que tiene en cuenta en el

## METODOLOGÍA

denominador el total de participantes en vez del número de casos. De este modo se puede calcular el número de pacientes que se han de evaluar para perder un posible caso de depresión mayor.

Se realizó un análisis de sensibilidad repitiendo las estimaciones de todos los indicadores de rendimiento, pero excluyendo los 695 casos (de 3.815) que no tenían nada registrado en el campo diagnóstico en la HCI.

Se realizaron diferentes modelos de regresión logística con el objetivo de evaluar que factores se asociaban con:

- 1) diagnóstico de depresión según médico de Atención Primaria
- 2) diagnóstico de depresión concordante entre médico de Atención Primaria y gold-standard (SCID-I)

Los pasos seguidos fueron:

1) Se valoró si las regresiones logísticas multinivel eran más adecuadas que las regresiones logísticas estándar. Para hacer esto se comparó el modelo nulo de la regresión logística estándar con el modelo nulo de la regresión logística multinivel incluyendo como efecto aleatorio el Centro de Atención Primaria. Al comparar los *likelihood test* en los dos casos la fue  $p < 0,05$ , lo que nos hace asumir que los modelos son diferentes y que el factor aleatorio añade información al modelo.

2) Se evaluó si la adición de un segundo efecto aleatorio (el médico de Atención Primaria) añadía información al modelo. Para hacer esto se comparó el modelo nulo que incluía sólo el CAP con el modelo nulo que incluía el CAP y el Médico de Atención Primaria como efectos aleatorios. En ambos casos la  $p > 0,05$ . Esto nos hace asumir que el médico de Atención Primaria no añade información al modelo por lo que se excluye.

### 4.3.5.2. Adecuación del tratamiento

Se estimó el porcentaje de casos que cumplían los mínimos criterios de adecuación para cada uno de los escenarios y para cada uno de los métodos. Se calculó el índice de Kappa para estudiar, en cada uno de los escenarios, la concordancia entre ambos métodos.

Para estudiar qué factores se asociaban a recibir un tratamiento mínimamente adecuado en cada uno de los escenarios y por cada uno de los métodos, se utilizaron regresiones logísticas. En este caso, también se evaluó si los modelos de regresión multinivel eran más apropiados, pero los *likelihood test* al comparar los modelos nulos no fueron estadísticamente significativos, por lo que se descartó esta estrategia y se utilizaron modelos de regresión estándar. En parte este resultado era esperado dado el pequeño tamaño muestral (339 casos con depresión según SCID-I y 270 casos según médico de Atención Primaria).

Al igual que en los anteriores estudios el paquete estadístico utilizado fue el STATA/SE, si bien en su versión 10.1.

La tabla 7 presenta un resumen de la metodología seguida en los 3 estudios.

Tabla 7. Resumen de la metodología seguida en los 3 estudios

|               | Ámbito, Muestreo y Diseño   | Año       | Diagnóstico Utilizado   | Muestra final  | Definición de adecuación  | Variables Independientes   | Análisis Estadísticos  |
|---------------|---|-----------|---|--|---|--|--|
| <b>ESEMeD</b> | Población general<br>Selección aleatoria, estratificada, multifásica sin reemplazo<br>Transversal       | 2001-2003 | Episodio Depresivo Mayor (CIDI 3.0/ DSM-IV-TR)                          | 372  | Antidepresivo durante al menos 2 meses + => 4 visitas con un psiquiatra, un médico de primaria u otro médico (si no fármaco)<br>=>8 visitas con un psicólogo o psiquiatra con una duración media de al menos 15 minutos | <b>Sociodemográficas:</b> sexo; edad; nivel educativo; situación laboral; grado de urbanicidad; país de procedencia.<br><b>Nivel que provee el tratamiento:</b> atención especializada ó atención primaria<br><b>Comorbilidad médica</b>                                     | Proporción de personas que estaban recibiendo o habían recibido en los 12 meses previos a la entrevista un tratamiento adecuado<br>Regresiones logísticas (generalised estimating equation-GEE models) |
| <b>ETAPS</b>  | Población de Atención Primaria<br>Estudio naturalístico de seguimiento a 6 meses                        | 2002-2003 | Episodio Depresivo Mayor (SCID-I/ DSM-IV-TR) // Criterio médico/a de AP | 118 cumplen criterios según SCID-I<br>333 “depresión” según médico/a de AP | Fase aguda: mínima dosis de antidepresivo recomendada durante 12 semanas + 3 sesiones<br>Fase aguda más continuación: mínima dosis de antidepresivo recomendada durante 24 semanas + 4 sesiones                         | <b>Sociodemográficas:</b> sexo; edad<br><b>Clínicas:</b> puntuación en el PHQ-9 al inicio; presencia de episodios depresivos mayores previos; la presencia de consultas psiquiátricas  | Proporción de sujetos tratados de manera mínimamente adecuada en la fase aguda y a los 6 meses<br>Modelos de regresión logística (incluyendo el médico como un intercepto de efecto aleatorio)         |
| <b>DASMAP</b> | Población Atención primaria<br>Selección aleatoria, estratificada, unifase sin reemplazo<br>Transversal | 2005-2006 | Trastorno Depresivo Mayor (SCID-I/DSM-IV-TR)// Criterio médico/a de AP  | 339 cumplen criterios según SCID-I<br>270 según médico/a de AP             | Antidepresivo dosis recomendadas + 4 vistas ; (o bien si no toma fármaco) 8 visitas   | <b>Sociodemográficas:</b> sexo; edad; nivel educativo y situación laboral.<br><b>Clínicas:</b> depresión pasada, antecedentes familiares de enfermedad mental, diagnóstico concordante SCID-I/médico, uso de servicios de salud mental, discapacidad autopercebida (Sheehan) | Proporción de sujetos tratados de manera mínimamente adecuada<br>Modelos de regresión logística (se evaluó la conveniencia de modelos multinivel que fueron descartados)                               |

#### 4.4 Estimación de los parámetros de precisión y de potencia

Al basarse esta tesis en el análisis secundario de tres estudios (dos epidemiológicos y un ensayo naturalístico), no nos planteamos a priori realizar el cálculo de la precisión y potencia de la muestra. Si bien, una vez realizados los análisis estadísticos, nos interesó estimar el grado de certeza de nuestras conclusiones, y la probabilidad de cometer errores de tipo II.

Tabla 8. Precisión de los estudios para la hipótesis 1

| Estudio  | Nivel de confianza | Unilateral /bilateral | Proporción Esperada | Tamaño de la muestra | Precisión +/- |
|--|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| <b>HIPÓTESIS 1: El nivel de adecuación global del tratamiento de la depresión mayor es bajo.</b>   |                    |                       |                     |                      |               |
| <i>JUSTIFICACIÓN: Tras la revisión de la literatura, marcamos que a nivel global el nivel de adecuación será de 0,40, siendo más bajo en los países del sur de Europa. La proporción de tratamientos adecuados en Atención Primaria se espera que sea del 0,20 en global y en cada uno de los países. En la Atención Especializada, se marca un valor global del 0,50, siendo del 0,60 en los países del Norte y de 0,40 en los del sur. En el estudio DASMAP, al ser la definición menos restrictiva se espera una proporción de tratamientos adecuados del 0,30 si informa el paciente y de 0,50 si la información se extrae de la historia clínica informatizada.</i> |                    |                       |                     |                      |               |
| <b>ESEMeD</b>  |                    |                       |                     |                      |               |
| <b>Global</b>  | 0,95               | 2                     | 0,40                | 372                  | 0,05          |
| <b>Bélgica</b>   | 0,95               | 2                     | 0,40                | 42                   | 0,15          |
| <b>Francia</b>   | 0,95               | 2                     | 0,40                | 72                   | 0,115         |
| <b>Alemania</b>  | 0,95               | 2                     | 0,40                | 44                   | 0,15          |
| <b>Italia</b>  | 0,95               | 2                     | 0,30                | 29                   | 0,17          |
| <b>Holanda</b>   | 0,95               | 2                     | 0,40                | 65                   | 0,12          |
| <b>España</b>  | 0,95               | 2                     | 0,30                | 120                  | 0,08          |
| <b>Global Atención Primaria</b>  | 0,95               | 2                     | 0,20                | 250                  | 0,05          |
| <b>Bélgica</b>   | 0,95               | 2                     | 0,20                | 32                   | 0,14          |
| <b>Francia</b>   | 0,95               | 2                     | 0,20                | 55                   | 0,10          |
| <b>Alemania</b>  | 0,95               | 2                     | 0,20                | 23                   | 0,16          |
| <b>Italia</b>  | 0,95               | 2                     | 0,20                | 22                   | 0,17          |
| <b>Holanda</b>   | 0,95               | 2                     | 0,20                | 43                   | 0,12          |
| <b>España</b>  | 0,95               | 2                     | 0,20                | 75                   | 0,09          |
| <b>Global Atención Especializada</b>   | 0,95               | 2                     | 0,20                | 247                  | 0,06          |
| <b>Bélgica</b>   | 0,95               | 2                     | 0,60                | 32                   | 0,17          |
| <b>Francia</b>   | 0,95               | 2                     | 0,60                | 37                   | 0,16          |

|                      |      |   |      |     |       |
|----------------------|------|---|------|-----|-------|
| <b>Alemania</b>      | 0,95 | 2 | 0,60 | 30  | 0,175 |
| <b>Italia</b>        | 0,95 | 2 | 0,40 | 17  | 0,23  |
| <b>Holanda</b>       | 0,95 | 2 | 0,60 | 46  | 0,14  |
| <b>España</b>        | 0,95 | 2 | 0,40 | 85  | 0,10  |
| <b>ETAPS</b>         |      |   |      |     |       |
| <b>Según médico</b>  | 0,95 | 2 | 0,20 | 333 | 0,04  |
| <b>Según SCID</b>    | 0,95 | 2 | 0,20 | 118 | 0,07  |
| <b>DASMAP</b>        |      |   |      |     |       |
| <b>Según SCID</b>    |      |   |      |     |       |
| <b>Autoinformado</b> | 0,95 | 2 | 0,30 | 339 | 0,05  |
| <b>HCI</b>           | 0,95 | 2 | 0,50 | 339 | 0,05  |
| <b>Según médico</b>  |      |   |      |     |       |
| <b>Autoinformado</b> | 0,95 | 2 | 0,30 | 270 | 0,055 |
| <b>HCI</b>           | 0,95 | 2 | 0,50 | 270 | 0,06  |

**Comentario acerca de la precisión que nos permiten los estudios para la hipótesis 1:** la precisión se considera buena a nivel global. En otras palabras, como los valores estimados para la precisión son pequeños, podemos afirmar que el valor estimado se aproxima bastante al valor a estimar. Al estratificar por país y nivel asistencial, y tal y como se espera ya que el tamaño muestral disminuye, la precisión del estudio baja. En estos casos las estimaciones deben considerarse con precaución.

Tabla 9. Potencia de los estudios en base a la hipótesis 2

**HIPÓTESIS 2:** existen diferencias en la proporción de tratamientos adecuados en función del país. **JUSTIFICACIÓN:** la revisión de la literatura nos hace pensar que existirán diferencias en la proporción de tratamientos adecuados a nivel global en función del país. Tomando como referencia a España, que se estima que **tendrá una proporción de tratamientos adecuados de 0,30, consideraremos que hay diferencias si se incrementa a 0,50. Marcamos el nivel de significación en 0,05, bilateral**

|                           | Proporción de la muestra de personas en España | Número de personas que se consultan en España | Potencia    |
|---------------------------|--|---|-------------|
| <b>España vs Bélgica</b>  | 0,74   | 120   | <b>0,64</b> |
| <b>España vs Francia</b>  | 0,62   | 120   | <b>0,79</b> |
| <b>España vs Alemania</b> | 0,73   | 120   | <b>0,65</b> |
| <b>España vs Holanda</b>  | 0,65   | 120   | <b>0,76</b> |
| <b>España vs Italia</b>   | 0,85   | 120   | <b>0,54</b> |

**Comentario acerca de la potencia de los estudios en base a la segunda hipótesis:** la potencia no es demasiado alta y el riesgo de cometer un error de tipo II (no hallar diferencias cuando realmente las hay) es alto (0,56) en la comparación entre España e Italia.

Tabla 10. Potencia de los estudios para la hipótesis 3.

**HIPÓTESIS 3:** Existen diferencias en la proporción de tratamientos considerados como adecuados en función del sector donde recibe la atención: generalista o especializada en Salud Mental

*JUSTIFICACIÓN:* los estudios que han comparado la proporción de tratamientos adecuados por nivel asistencial, utilizando una metodología similar a la nuestra, han encontrado diferencias de unos 0,30 puntos. Asumimos que en atención primaria será de 0,20 y en atención especializada de 0,50. Marcamos el nivel de significación en 0,05, bilateral.

|                 | Proporción de la muestra de personas en AP | Número de personas que se consultan en AP | Potencia    |
|-----------------|--|---|-------------|
| <b>Global</b>   | 0,5  | 250                                       | <b>0,99</b> |
| <b>Bélgica</b>  | 0,5  | 32  | <b>0,72</b> |
| <b>Francia</b>  | 0,60                                       | 55  | <b>0,85</b> |
| <b>Alemania</b> | 0,43                                       | 23  | <b>0,62</b> |
| <b>Italia</b>   | 0,56                                       | 22  | <b>0,50</b> |
| <b>Holanda</b>  | 0,48                                       | 43  | <b>0,85</b> |
| <b>España</b>   | 0,47                                       | 75  | <b>0,98</b> |

**Comentario acerca de la potencia de los estudios en base a la tercera hipótesis:** la potencia es alta a nivel global, pero baja al estratificar por países. Es especialmente baja en Italia, donde el riesgo de cometer un error de tipo II (asumir que no hay diferencias cuando las hay) es alto (0,50)

Tabla 11. Potencia en base a la hipótesis 4



**HIPÓTESIS 4: Las características sociodemográficas de los pacientes no se asocian a la adecuación del tratamiento.**

*JUSTIFICACIÓN: la revisión de la literatura es inconsistente respecto a este tema. Para que exista asociación la Odds Ratio se estima en 2. El nivel de significación en 0,05. En el estudio ESEMED la probabilidad de exposición en la categoría de referencia se estima en 0,30. En el estudio ETAPS(sólo Atención Primaria) en 0,15. En el estudio DASMAP (sólo en Atención Primaria pero definición menos restrictiva) en 0,20.*

| Estudio  | Número de "casos" | Probabilidad de exposición en referencia | Ratio control/caso | Potencia    |
|--|-------------------|--|--------------------|-------------|
| <b>ESEMED</b>  |                   |  |                    |             |
| <i>Sexo (ref hombres)</i>  | 278               | 0,30                                     | 0,3                | <b>0,75</b> |
| <i>Urbanicidad (ref vivir en una ciudad de &lt; 100,000 hts)</i> | 132               | 0,30                                     | 1,74               | <b>0,95</b> |
| <i>Empleo (ref no estar trabajando)</i>                          | 160               | 0,30                                     | 1,3                | <b>0,93</b> |
| <b>ETAPS</b>   |                   |  |                    |             |
| <b>Según médico</b>  |                   |  |                    |             |
| <i>Sexo (ref hombre)</i>   | 266               | 0,15                                     | 0,25               | <b>0,47</b> |
| <b>Según SCID</b>  |                   |  |                    |             |
| <i>Sexo (ref hombre)</i>   | 89                | 0,15                                     | 0,32               | <b>0,20</b> |
| <b>DASMAP</b>  |                   |  |                    |             |
| <b>Según SCID</b>  |                   |  |                    |             |
| <i>Sexo (ref hombre)</i>   | 269               | 0,20                                     | 0,25               | <b>0,58</b> |
| <i>Estudios</i>  |                   |  |                    |             |
| <i>Primarios (ref sin estudios)</i>                              | 166               | 0,20                                     | 0,27               | <b>0,41</b> |
| <i>Secundarios (ref sin estudios)</i>                            | 93                | 0,20                                     | 0,50               | <b>0,59</b> |
| <i>Universitarios (ref sin estudios)</i>                         | 33                | 0,20                                     | 1,42               | <b>0,27</b> |
| <i>Empleo (ref estar)</i>  | 157               | 0,20                                     | 0,58               | <b>0,62</b> |

|  |     |      |      |             |
|--|-----|------|------|-------------|
| <i>trabajando)</i>                       |     |      |      |             |
| <b>Según médico</b>                      |     |      |      |             |
| <i>Sexo (ref hombre)</i>                 | 190 | 0,20 | 0,42 | <b>0,60</b> |
| <i>Estudios</i>                          |     |      |      |             |
| <i>Primarios (ref sin estudios)</i>      | 131 | 0,20 | 0,27 | <b>0,31</b> |
| <i>Secundarios (ref sin estudios)</i>    | 68  | 0,20 | 0,50 | <b>0,28</b> |
| <i>Universitarios (ref sin estudios)</i> | 37  | 0,20 | 1,42 | <b>0,27</b> |
| <i>Empleo (ref estar trabajando)</i>     | 194 | 0,20 | 0,39 | <b>0,58</b> |

VARIABLES CONTINUAS (edad): para las variables continuas, se ha utilizado la fórmula para calcular el contraste de una covariable continua en una regresión logística. El nivel de significación se ha marcado en 0,05, bilateral

|               | <b>Probabilidad de tratamiento adecuado cuando la covariable sale promedio</b> | <b>Probabilidad de tratamiento adecuado cuando la covariable sale promedio más una desviación típica</b> | <b>Tamaño de la muestra</b> | <b>Potencia</b> |
|---------------|--|--|-----------------------------|-----------------|
| <b>ESEMED</b> | 0,30   | 0,50   | 372                         | 0,99            |
| <b>ETAPS</b>  |  |  |                             |                 |
| <i>Scid</i>   | 0,15   | 0,30   | 333                         | 0,99            |
| <i>Médico</i> | 0,15   | 0,30   | 118                         | 0,80            |
| <b>DAMAP</b>  |  |  |                             |                 |
| <i>SCID-I</i> | 0,20   | 0,40   | 339                         | 0,99            |
| <i>médico</i> | 0,20   | 0,40   | 270                         | 0,99            |

**Comentario acerca de la potencia de los estudios en base a la cuarta hipótesis:** la potencia en general es baja, a excepción del sexo en el ESEMeD y de la edad en los tres estudios. El riesgo de cometer un error de tipo II para el resto de las variables es alto. Así, a pesar de que nuestra hipótesis basada en la literatura es que no hallaremos diferencias en los sociodemográficos, la no observación de diferencias, dada la potencia de este estudio, no nos permite asegurar que no existan.

Tabla 12. Potencias de los estudios en base a la hipótesis 5

**HIPÓTESIS 5: Algunas variables clínicas se asocian a una mayor frecuencia de recibir un tratamiento adecuado. Estas son: la gravedad del trastorno, tener comorbilidad de enfermedades físicas crónicas y el reconocimiento de la depresión por parte del médico**

*JUSTIFICACIÓN: Estos son los factores que se han señalado sistemáticamente por la literatura. Para que exista asociación la OR se estima en 2. El nivel de significación en 0,05. En el estudio ESEMeD la probabilidad de exposición en la categoría de referencia se estima en 0,30. En el estudio ETAPS (sólo AP) en 0,15. En el estudio DASMMap (sólo en AP pero definición menos restrictiva) en 0,20.*

| Estudio  | Número de "casos" | Probabilidad de exposición en referencia | Ratio control/caso | Potencia    |
|--|-------------------|--|--------------------|-------------|
| <b>ESEMED</b>                                      |                   |  |                    |             |
| <i>Enfermedades crónicas (ref ausencia)</i>        | 299               | 0,30                                     | 1,74               | <b>0,71</b> |
| <b>ETAPS</b>                                       |                   |  |                    |             |
| <b>Según médico</b>                                |                   |  |                    |             |
| <i>Episodios previos (ref ausencia)</i>            | 61                | 0,15                                     | 4,1                | <b>0,54</b> |
| <i>Consulta con el Especialista en SM (ref no)</i> | 57                | 0,15                                     | 4,26               | <b>0,51</b> |
| <b>Según SCID</b>                                  |                   |  |                    |             |
| <i>Episodios previos (ref ausencia)</i>            | 30                | 0,15                                     | 2,9                | <b>0,29</b> |
| <i>Consulta con el Especialista en SM (ref no)</i> | 24                | 0,15                                     | 3,6                | <b>0,27</b> |
| <b>DASMMap</b>                                     |                   |  |                    |             |
| <b>Según SCID-</b>                                 |                   |  |                    |             |

|  |     |      |      |             |
|--|-----|------|------|-------------|
| <i>Episodios previos (ref no)</i>                            | 157 | 0,20 | 1,16 | <b>0,79</b> |
| <i>Enfermedades crónicas (ref no)</i>                        | 299 | 0,20 | 0,12 | <b>0,35</b> |
| <i>Historia familiar de problemas psiquiátricos (ref no)</i> | 163 | 0,20 | 1,08 | <b>0,79</b> |
| <i>Diagnóstico concordante (ref no)</i>                      | 69  | 0,20 | 3,91 | <b>0,64</b> |
| <i>Uso de servicios especializados en SM (ref no)</i>        | 144 | 0,20 | 1,34 | <b>0,79</b> |
| <b>Según Médico</b>  |     |      |      |             |
| <i>Episodios previos (ref no)</i>                            | 125 | 0,20 | 1,16 | <b>0,70</b> |
| <i>Enfermedades crónicas (ref no)</i>                        | 229 | 0,20 | 0,17 | <b>0,37</b> |
| <i>Historia familiar de problemas psiquiátricos (ref no)</i> | 100 | 0,20 | 1,7  | <b>0,68</b> |
| <i>Diagnóstico concordante (ref no)</i>                      | 69  | 0,20 | 2,91 | <b>0,60</b> |
| <i>Uso de servicios especializados en SM (ref no)</i>        | 113 | 0,20 | 1,38 | <b>0,69</b> |

VARIABLES CONTINUAS: para las variable continuas, se ha utilizado la formula para calcular el contraste de una covariable continua en una regresión logística, El nivel de significación se ha marcado en 0,05, bilateral. Se ha considerado que la probabilidad de tratamiento adecuado cuando la covariable sale promedio es 0,30 y de 0.50 cuando la covariable sale promedio más una desviación típica, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra de cada estudio la potencia es de 0,99

**Comentario acerca de la potencia de los estudios en base a la quinta hipótesis:** la potencia en general es baja. El riesgo de cometer un error de tipo II (no encontrar diferencias cuando realmente las hay) es alto. En relación con nuestra hipótesis, la no observación de diferencias en algunas variables, no podría interpretarse con certeza como la ausencia de las mismas.

Tabla 13. Potencia de los estudios en base a la hipótesis 6

**HIPÓTESIS 6: existen diferencias en la estimación de la proporción de tratamientos adecuados en función de la fuente de información para valorar la adecuación (el participante vs el médico/historia clínica)**

*JUSTIFICACIÓN: la revisión de la literatura indica que en los estudios autorinformados la proporción de tratamiento adecuados es menor que cuando la información se extrae de la HCI o se le pregunta al médico. Asumimos que si la información la da el paciente, la proporción de tratamientos adecuados será de 0,30 mientras que si se extrae de la HCI será de 0,50. El nivel de significación lo marcamos en 0,05, bilateral*

|              | Proporción de la muestra autoinformado | Número de personas autoinformado | Potencia |
|--------------|--|----------------------------------|----------|
| Según SCID   | 0,50                                   | 339                              | 0,99     |
| Según médico | 0,50                                   | 270                              | 0,99     |

**Comentario acerca de la potencia de los estudios en base a la sexta hipótesis:** la potencia del estudio para esta hipótesis es alta. El riesgo de cometer un error tipo II es muy bajo.

Finalmente comentar, que los parámetros estimados en esta sección se basan en comparaciones 2 a 2, mientras que los resultados finales hacen referencia a comparaciones múltiples. Es decir, es posible que estemos sobredimensionado la potencia que se deriva de las muestras que tenemos.

## 5. RESULTADOS

Este apartado se estructura en 3 partes. En la primera de ellas se presentan los 3 artículos que recogen los resultados de esta tesis. En la segunda parte, presentamos brevemente resultados adicionales relacionados con el primer artículo, que por su formato, short report, no se contemplan en el artículo. Por último, presento una tabla resumen de los resultados para facilitar la comprensión.

*ARTÍCULO 1:*

**FERNANDEZ A, HARO JM, MARTÍNEZ-ALONSO M, DEMYTTENAERE K, BRUGHA TS, AUTONELL J ET AL. TREATMENT ADEQUACY FOR ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN 6 EUROPEAN COUNTRIES. B J PSYCH 2007; 190: 172-173.**

El objetivo de este artículo es describir la proporción de tratamientos adecuados para la ansiedad y la depresión en 6 países europeos, comparando los datos de los 6 países en global y teniendo en cuenta el nivel asistencial.

## Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries

A. FERNÁNDEZ, J. M. HARO, M. MARTINEZ-ALONSO, K. DEMYTTENAERE, T. S. BRUGHA, J. AUTONELL, G. DE GIROLAMO, S. BERNERT, J. P. LÉPINE and J. ALONSO

**Summary** The aims of this study are to describe the adequacy of treatment for anxiety and depressive disorders in Europe and how it differs between providers, using data from the ESEMeD study. The overall proportion of adequate treatment was 45.8% (57.4% in the specialised sector and 23.3% in the general medical care sector). Between-country differences were found in treatment adequacy in the specialised setting. Organisational and political aspects may explain these findings.

**Declaration of interest** Partial funding from several drug companies involved in the manufacture of antidepressant medication; full acknowledgements in a data supplement to the online version of this paper.

Research on quality of care for mental disorders has systematically reported low rates of treatment guideline adherence (Ramana *et al*, 1999; McConnell *et al*, 2002; Oquendo *et al*, 2002; Kessler *et al*, 2003; Wang *et al*, 2005). This has significant health consequences, since treatments meeting clinical guidelines are cost-effective and decrease years lived with disability (Andrews *et al*, 2004). The majority of previous studies have been conducted in the USA, and little is known about treatment adequacy in Europe.

This study is based on a European epidemiological study of the prevalence and treatment of mental disorders. Our aims are to describe treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in Europe, how it differs between countries and providers, and which factors are associated with appropriate care.

### METHOD

The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project is a

cross-sectional household survey representative of the non-institutionalised adults of Belgium, France, Germany, Italy, The Netherlands and Spain. A stratified, multi-stage, clustered area, probability sample without replacement design was used. Data for the project were provided by 21 425 respondents. A description of the ESEMeD methodology has been provided by Alonso *et al* (2004). Response rates ranged from 45.9% in France to 78.6% in Spain.

Mental health status was assessed with the Composite International Diagnostic Interview 3.0 (Kessler & Ustun, 2004). The diagnoses included in this paper were DSM-IV major depressive episode and anxiety disorders (social phobia, generalised anxiety disorder and panic disorder) (American Psychiatric Association, 1994). Individuals reporting any use of health services as a result of their 'emotions or mental health problems' in the 12 months before the interview were asked to select whom they visited from a list including psychiatrist, psychologist, general practitioner (GP) or any other medical doctor. Psychiatrists and psychologists constituted the specialised mental health category; GPs and other doctors formed the general medical care category.

Criteria for minimally adequate treatment were receiving antidepressant pharmacotherapy (for depression) or antidepressant or anxiolytic pharmacotherapy (for anxiety) for at least 2 months plus at least four visits with a psychiatrist, a GP or any other doctor; or at least eight sessions with a psychologist or a psychiatrist lasting an average of 30 min (American Psychiatric Association, 1998, 2000; Guidelines Advisory Committee, 2001; Kessler *et al*, 2003; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2003; National Institute for Clinical Excellence, 2004; Wang *et al*, 2005).

Data were weighted to adjust for the multistage probability sampling. Population projection weights were used to restore the representativeness of the sample regarding age and gender distribution in

each country. A logistic model was used to analyse factors associated with treatment adequacy. Since the same individual could have received treatment in both the specialised and general medical sectors, a generalised estimating equation model was used, including two observations for those treated in both sectors (Zeger & Liang, 1986). Statistical analyses were carried out using Stata version 8.0 and SAS version 9.1 for Windows.

### RESULTS

An average of 29.5% (429 individuals) of those with a diagnosis of major depressive episode or anxiety disorder in the past 12 months had consulted any health service during that period. Of these individuals, 59 lived in Belgium, 89 in France, 49 in Germany, 36 in Italy, 62 in The Netherlands and 134 in Spain. The overall proportion of treatment adequacy for any disorder was 45.8% (95% CI 39.2–52.4), ranging between 45.8% (95% CI 38.47–53.05) for major depressive episode and 54.5% (95% CI 44.78–64.19) for anxiety disorder. By setting, rate of treatment adequacy for any disorder was 57.4% (95% CI 49.7–65.1) in the specialised care category and 23.3% (95% CI 16.7–29.8) in the general medical care category (specialised care as reference, OR=0.25, 95% CI 0.16–0.38). The same pattern was observed for both types of disorder.

By country, overall proportions of adequacy varied from 32.5% (95% CI 21.5–43.2) in Spain to 55.4% (95% CI 40.3–70.5) in The Netherlands ( $P=0.11$ ). The proportion of individuals receiving minimally adequate treatment in the specialised care varied widely, from 29.2% (95% CI 17.4–41.0) in Spain to 78.2% (95% CI 65.4–91.0) in France ( $P<0.001$ ). In the general medical setting, proportions varied between 14.9% (95% CI 1.0–28.7) in Belgium and 33.6% (95% CI 14.4–52.9) in Italy ( $P=0.54$ ).

Being treated by a general medical provider was associated with a lower probability of receiving adequate treatment in Belgium (OR=0.24, 95% CI 0.19–0.64), France (OR=0.09, 95% CI 0.04–0.23), Germany (OR=0.16, 95% CI 0.05–0.56) and The Netherlands (OR=0.35, 95% CI 0.18–0.69). Provider differences in each country according to disorder were similar to the overall differences.

Two different models were run in order to ascertain the factors associated to treatment adequacy. After adjusting by gender, age (centralised around median value, 42 years



old), urbanicity (living in a city with >100,000 inhabitants *v.* smaller), presence or absence of chronic illness, and health state assessed using the EuroQol, only type of provider and country were related to treatment adequacy. As some interaction between provider and country was detected, we adjusted a second model. In this model, provider by itself was not significant (taking specialised care as reference, OR=0.76, 95% CI 0.34–1.71). Using Spain as reference, living in France (OR=8.91, 95% CI 3.37–23.55), Germany (OR=5.16, 95% CI 1.81–14.18) and The Netherlands (OR=5.14, 95% CI 1.94–13.62) was related to increased probability of receiving adequate treatment. Only the interactions between provider (generalised care) and France (OR=0.10, 95% CI 0.03–0.35) or Germany (OR=0.20, 95% CI 0.05–0.84) were statistically significant. (The results are summarised in a data supplement to the online version of this paper.)

## DISCUSSION

Results should be interpreted considering the following limitations. First, information about treatment was self-reported. Second, the final sample considered was small and data should be interpreted with caution. Third, we have not been able to analyse how national differences in response rate affect the results. Finally, we might have underestimated treatment inadequacy owing to the loose criteria used.

In spite of the limitations, our results suggest that treatment adequacy rates for anxiety disorders and major depressive episodes in Belgium, France, Germany, Italy, The Netherlands, and Spain are similar to those found by Wang *et al* (2005) in the USA. Rates of minimal adequate treatment in the USA were 52.0% in the specialised setting and 14.9% in the general medical setting; in Europe the rates were 57.4% and 23% respectively. However, Wang's study included all DSM-IV diagnoses, whereas we focused on only two types of disorder.

Although overall rates of adequacy were similar across Europe, the differences between providers varied. In the northern countries (Belgium, France, Germany and The Netherlands) treatment adequacy was higher in the specialised sector, whereas in the southern countries (Italy and Spain) there was no difference. This result was not anticipated, since published studies systematically report that those treated in a specialised setting are more likely to receive adequate treatment (Knieser *et al*, 2005; Wang *et al*, 2005).

A. FERNÁNDEZ, Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology, and Preventive Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain; J. M. HARO, Research and Development Unit, Sant Joan de Déu Mental Health Services, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain; M. MARTINEZ-ALONSO, Health Services Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona, Spain; K. DEMYTTENAERE, University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium; T. S. BRUGHA, University of Leicester, Leicester, UK; J. AUTONELL, Research and Development Unit, Sant Joan de Déu Mental Health Services, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain; G. DE GIROLAMO, Azienda USL Città de Bologna, Italy; S. BERNERT, University of Leipzig, Leipzig, Germany; J. P. LÉPINE, Hôpital Fernand Widal, Paris, France; J. ALONSO, Health Services Research Unit, Institut Municipal d'Investigació Mèdica and Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence: Anna Fernández, Research and Development Unit, Sant Joan de Déu Mental Health Services, Carrer del Doctor Pujades, 42 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. Tel: + 34 93 640 63 50 ext. 2373; email: afernandez@sjd-ssm.com

(First received 20 February 2006, final revision 26 July 2006, accepted 1 September 2006)

Differences in European healthcare systems might explain these variations. Spain and Italy have a national health service financed by general taxation; the other countries have a system of compulsory social health insurance. In Spain and Italy a GP referral is usually needed to access specialised care. Practice guidelines could also explain differences. Practice guidelines have, at least theoretically, an important role in France, Germany and The Netherlands. In France, the National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Care has published a depression guideline; Germany has an Institute for Quality and Efficiency that promotes evidence-based treatments; and in The Netherlands both GPs and psychiatrists publish guidelines for depression (more information on the healthcare systems of these countries can be obtained from the European Observatory, <http://www.euro.who.int/observatory>). However, the role of practice guidelines has been questioned by Gilbody *et al* (2003), who highlight the point that simple guideline creation is ineffective. The finding that France and Germany have a high overall adequacy rate but low adequacy in the general medical setting, whereas The Netherlands has one of the highest rates of treatment adequacy in the general medical setting, could be explained by the fact that guidelines in The Netherlands were developed by both primary care physicians and specialists, supporting the hypothesis that collaborative care improves quality of care.

## REFERENCES

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., *et al* (2004) Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, **420**, 8–20.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA.
- American Psychiatric Association (1998) *Practice Guidelines for Treatment of Patients with Panic Disorder*. APA.
- American Psychiatric Association (2000) *Practice Guideline for Treatment of Patients with Major Depressive Disorder*. APA.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., *et al* (2004) Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, **184**, 526–533.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., *et al* (2003) Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care. *JAMA*, **289**, 3145–3151.
- Guidelines Advisory Committee (2001) *Outpatient Management of Depression*. CAG. <http://www.gacguidelines.ca>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., *et al* (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, **289**, 3095–3105.
- Kessler, R. C. & Ustun, T. B. (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, **13**, 93–121.
- Knieser, T. J., Powers, R. H. & Croghan, T. W. (2005) Provider type and depression treatment adequacy. *Health Policy*, **72**, 321–332.
- McConnell, P., Bebbington, P., McClelland, R., *et al* (2002) Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland: population study in the District of Derry. *British Journal of Psychiatry*, **181**, 214–219.
- National Institute for Clinical Excellence (2004) *Management of Depression in Primary and Secondary Care*. NICE. <http://www.nice.org.uk>
- Oquendo, M. A., Kamali, M., Ellis, S. P., *et al* (2002) Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, **159**, 1746–1751.
- Ramana, R., Paykel, E. S., Surtees, P. G., *et al* (1999) Medication received by patients with depression following the acute episode: adequacy and relation to outcome. *British Journal of Psychiatry*, **174**, 128–134.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2003) Australian and New Zealand clinical guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**, 641–656.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., *et al* (2005) Twelve month use of mental health services in the US: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, **62**, 629–640.
- Zeger, S. L. & Liang, K. Y. (1986) Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*, **42**, 121–30.

**Table DS1** Logistic regression models of the factors associated with higher rates of treatment adequacy

|   | Model 1<br>OR (95% CI) | Model 2<br>OR (95% CI) |
|---|------------------------|------------------------|
| Gender  | 1.30 (0.73–2.33)       | 1.30 (0.70–2.43)       |
| Age <sup>1</sup>  | 1.01 (0.99–1.03)       | 1.01 (0.99–1.03)       |
| Urbanicity <sup>2</sup>                                 | 1.08 (0.63–1.86)       | 1.02 (0.59–1.75)       |
| Employment (not working v. paid employment)             | 1.20 (0.66–2.19)       | 1.16 (0.62–2.17)       |
| Provider (generalised care v. specialised care)         | 0.22 (0.14–0.35)       | 0.76 (0.34–1.71)       |
| Illness (chronic illness v. absence of chronic illness) | 0.81 (0.42–1.59)       | 0.85 (0.43–1.67)       |
| Health state (EuroQol score) <sup>3</sup>               | 0.99 (0.98–1.00)       | 0.99 (0.98–1.00)       |
| Country   |                        |                        |
| Belgium v. Spain  | 1.45 (0.55–3.82)       | 1.96 (0.68–5.71)       |
| France v. Spain   | 3.67 (1.75–7.68)       | 8.91 (3.37–23.55)      |
| Germany v. Spain  | 3.11 (1.38–7.00)       | 5.16 (1.81–14.18)      |
| Italy v. Spain  | 2.17 (0.77–6.11)       | 1.67 (0.43–6.51)       |
| The Netherlands v. Spain                                | 4.51 (1.80–11.31)      | 5.14 (1.94–13.62)      |
| Interaction   |                        |                        |
| Belgium×generalised care                                |                        | 0.35 (0.09–1.30)       |
| France×generalised care                                 |                        | 0.10 (0.03–0.35)       |
| Germany×generalised care                                |                        | 0.20 (0.05–0.84)       |
| Italy×generalised care                                  |                        | 0.92 (0.22–3.80)       |
| The Netherlands×generalised care                        |                        | 0.43 (0.14–1.27)       |

1. Centralised around median value (42 years).

2. City with >100 000 inhabitants v. smaller urbanisation.

3. Centralised around median value (70)

## ACKNOWLEDGEMENTS

We thank Alejandra Pinto-Meza PhD and Susana Ochoa PhD for their helpful comments on drafts. This research was supported by the grant 03/10109 from the Carlos III Health Institute, Spain.

This article is part of the PhD programme, Public Health and Biomedical Research, of the Universitat Autònoma de Barcelona, Spain. This study was also partially supported by funds from Instituto de Salud Carlos III (networks of excellence Red IRYSS G03/202 and Red RIRAG GO3/061). The ESEMed project was funded by the European Commission (contract QLG5-1999-01042), the Piedmont Region (Italy), Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III, Spain (FIS 00/0028), Ministerio de Ciencia y Tecnología, Spain (SAF 2000-158-CE), Departament de Sanitat, Generalitat de Catalunya, Spain, and other local agencies and by an unrestricted educational grant from GlaxoSmithKline. ESEMed is carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. We thank the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. These activities were supported by the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (IRI3MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), Eli Lilly and Company, GlaxoSmithKline, Ortho-McNeil Pharmaceuticals and the Pan American Health Organization. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>.

*ARTÍCULO 2:*

**PINTO-MEZA A, FERNANDEZ A, SERRANO-BLANCO A, HARO JM. ADEQUACY OF ANTIDEPRESSANT TREATMENT IN SPANISH PRIMARY CARE: A NATURALISTIC FOLLOW-UP STUDY. PYSCH SER 2008; 59:78-83.**

El objetivo principal de este artículo es evaluar la adecuación del tratamiento antidepresivo para la depresión en una muestra de pacientes de atención primaria y qué factores se asocian a un tratamiento adecuado.

# Adequacy of Antidepressant Treatment in Spanish Primary Care: A Naturalistic Six-Month Follow-Up Study

Alejandra Pinto-Meza, Ph.D.

Anna Fernandez, B.A.

Antoni Serrano-Blanco, Ph.D.

Josep Maria Haro, Ph.D.

**Objective:** This study evaluated the adequacy of pharmacological antidepressant treatment in major depressive episodes prescribed in 16 Spanish primary care centers, both during the acute phase of treatment and after the first three months of the continuation phase, under real-world naturalistic conditions (usual care). Factors that could be associated with adequacy of care also were explored. **Methods:** A total of 333 patients from primary care who began pharmacological antidepressant treatment were followed up for six months. Treatment adequacy and associated factors were evaluated. **Results:** Between 27% and 32% of patients received adequate antidepressant treatment during the acute phase. Percentages of adequacy were between 21% and 25% when considering the acute phase and the first three months of the continuation phase. Psychiatric consultations were found to be associated with treatment adequacy. **Conclusions:** In state-funded Spanish primary care centers, antidepressant treatment adequacy was poor during both the acute phase and the first three months of the continuation phase. Primary care physicians prescribed suggested antidepressants, mostly as recommended (99%) and at adequate dosages. However, they did not perform the recommended number of follow-up sessions and treated patients with depressive disorders other than major depression as if they had a major depressive episode. Collaborative interventions between primary and specialized care could improve treatment adequacy. (*Psychiatric Services* 59:78–83, 2008)

Despite the high prevalence of major depression (1,2) and the availability of clinical guidelines for its treatment (3,4), major depression usually is inappropriately treated. This is especially the case when care is sought from primary care providers, who are the main health providers for these patients (1,5–7). A recent Spanish epi-

demological study suggested that 23% of patients with major depression were adequately treated by their primary care physician (8). In clinical samples from primary care settings, rates of adequate antidepressant treatment ranged between 31% and 75% (5,6,9,10). Different findings among studies could be related to variations in the definition of adequacy.

Previous studies have defined adequacy with only part of the relevant aspects of appropriateness, such as the kind of prescribed drug, minimum daily dosage, duration of treatment, or follow-up sessions with the prescribing practitioner. None of the studies has considered all four aspects. In addition, most investigations have addressed the appropriateness of treatment during only the acute phase of treatment with antidepressants (that is, during the first three months) and have included in the samples depressive disorders other than major depression. These other depressive disorders are problematic because they are not subject to standardized clinical guidelines (6,7,10).

Health care organization and availability of services may have an impact on treatment appropriateness. Because most of the current knowledge derives from studies considering private health care providers (1,5,6,9,10), we were interested in evaluating whether findings would vary when analyzing data from national health systems, where services are funded at the state level, with nearly universal health care access that is free of charge at the point of use and where primary care physicians play a key role as gatekeepers of care.

This study is part of a larger project for evaluating effectiveness of antidepressant treatment prescribed in primary care (11). The aim of this smaller study was to evaluate the adequacy of pharmacological antidepressant treatment prescribed by Spanish primary care physicians for treating ma-

---

The authors are affiliated with the Department of Research and Development, Sant Joan de Deu-SSM, Carrer Dr. Antoni Pujades, 42 Sant Boi de Llobregat, Barcelona 08830, Spain (e-mail: apinto@sjd-ssm.com). Ms. Fernandez is also a student of the Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology, and Preventive Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona.

major depressive episodes in real-world naturalistic conditions (usual care), during both the acute phase of antidepressant treatment and the first three months of the continuation phase. Because the continuation phase of antidepressant treatment was expected to be more stable, requiring less frequent monitoring, we decided to follow up with patients during the first three months of this phase.

## Methods

### *Participants*

The sample included 333 patients (18–75 years of age) from 16 primary care centers from the Barcelona area of Spain. All patients had received a diagnosis by the primary care physician of a depressive disorder and had started pharmacological antidepressant treatment. Exclusion criteria included being under pharmacological or psychotherapeutic antidepressant treatment for the previous two months, cognitive impairment severe enough to preclude an adequate interview, history of psychotic or bipolar disorder, and history of alcohol or drug abuse or dependence.

### *Measures*

Primary care physicians diagnosed symptoms according to clinical criteria. Standardized diagnoses of current and past history of episodes of major depression were established with the major depression episode and the dysthymic disorder modules of the research version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (12).

Depression severity was evaluated with the nine-item depression module of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (13). The PHQ-9 is a self-report questionnaire designed to evaluate depressive symptoms during the prior two weeks. When used as a severity measure, possible scores range from 0 (absence of depressive symptoms) to 27 (severe depressive symptoms). It has been suggested that scores between 0 and 4 reveal minimal depressive symptoms, scores between 5 and 9 mild symptoms, scores between 10 and 14 moderate symptoms, scores between 15 and 19 moderately severe symptoms, and

scores between 20 and 27 severe depressive symptoms (13). The PHQ-9 has demonstrated sensitivity to change across depressive status (14).

In addition, patients were asked for sociodemographic information, what kind of antidepressant they were taking and its dosage, treatment compliance, and number of primary care physician and psychiatric consultations in the past three months. Initial antidepressant prescription and dosage were informed by the prescribing primary care physician. Prescription at follow-up was informed by patients. Questions regarding treatment compliance were as follows: “Are you taking an antidepressant medication?” “When did you start to take the antidepressant?” “What is the name of the antidepressant you are currently taking?” “How many pills are you taking daily?” “How many milligrams does each pill have?” “Since the last interview, have you interrupted your treatment?” (if the patient responded yes, the follow-up question was “Why?”) “Compared to what your primary care physician told you to do, are you taking the same number of pills?” (If the answer was no, the patient was asked how many he or she was taking.) “Are you taking these pills each day?” (If the answer was no, the patient was asked, “How frequently are you taking pills?”)

### *Procedure*

From December 2001 to December 2002, 63 primary care physicians recruited patients. Primary care physicians were instructed to ask all patients with a depressive disorder to whom they prescribed pharmacological antidepressant treatment for participation. In order to receive diagnoses according to standardized criteria, patients were then assessed by a fully trained clinical psychologist (who was independent of the clinical team) during a telephone interview performed within the week after antidepressant prescription. Validity of telephone administration of the SCID-I and PHQ-9 has been established elsewhere (15,16). Patients were reinterviewed after three and six months of beginning antidepressant treatment.

Primary care physicians prescribed antidepressants and dosages, performed patients’ follow-ups, and evaluated the need for liaison consultations with mental health professionals on the basis of their own “usual care” criteria. During all follow-ups, they were blind to patients’ SCID-I diagnosis. Patients were informed that other than for reasons of their safety (suicidal ideation), information gathered by telephone would not be disclosed to their primary care physicians. Information regarding only one patient was disclosed to the primary care physician and was not included in the analyses.

The study was approved by the ethics committee of the participating institutions, and after a complete description of the study was provided to the participants, written informed consent was obtained.

### *Statistical analyses*

Adequacy of antidepressant treatment was determined with an algorithm of the criteria suggested by clinical guidelines. As recommended by the American Psychiatric Association (3) and the National Institute for Clinical Excellence (4), treatment adequacy was defined as a function of the usual minimum average daily dosage of a recommended antidepressant (summarized in Table 1), duration of the individual treatment, and a minimum of follow-up sessions with the prescribing physician. For the acute phase, treatment should last at least 12 weeks and include a minimum of three follow-up sessions. For the acute phase and the first three months of the continuation phase, antidepressant treatment should last a minimum of 24 weeks and include a total of four follow-up sessions (three during the acute phase and at least one during the first half of the continuation phase).

Clinical guidelines about pharmacological antidepressant treatment are provided for only major depression. However, many patients included in the study, according to the assessment with the SCID-I, had not been diagnosed as having had a major depressive episode. Therefore, two possible scenarios were considered when we analyzed treatment adequacy.

**Table 1**

Prescriptions of antidepressants and dosages at intake among 333 participants with depressive symptoms

| Antidepressant     | Antidepressant prescriptions |    | Minimum daily dosage (mg) | Receipt of minimum daily dosage for adequate treatment |     |
|--------------------|------------------------------|----|---------------------------|--|-----|
|                    | N                            | %  |                           | N  | %   |
| Paroxetine         | 110                          | 33 | 20                        | 110  | 100 |
| Fluoxetine         | 100                          | 30 | 20                        | 98   | 98  |
| Sertraline         | 53                           | 16 | 50                        | 52   | 98  |
| Citalopram         | 38                           | 11 | 20                        | 37   | 97  |
| Venlafaxine        | 10                           | 3  | 75                        | 8  | 80  |
| Fluvoxamine        | 9                            | 3  | 50                        | 0  | 0   |
| Amitriptyline      | 5                            | 2  | 100                       | 0  | 0   |
| Clomipramine       | 4                            | 1  | 100                       | 0  | 0   |
| Other <sup>a</sup> | 4                            | 1  |                           |  |     |

<sup>a</sup> A prescription not included in the recommendations of the American Psychiatric Association's clinical guidelines

cy. First, we assumed that adequacy criteria for major depression may be applied to all patients with depressive disorders treated by primary care physicians (scenario 1); second, we analyzed the adequacy of treatment within the major depression group (according to SCID-I) (scenario 2).

Logistic regression models including a random-effect intercept at the primary care physician level were fitted to evaluate the factors associated with treatment adequacy (one set of models for the acute phase and another set of models for the acute phase and the following three months). Considering antidepressant treatment adequacy as the dependent variable, we included as independent variables gender, age (median centered), PHQ-9 results at intake (median centered), previous episodes of major depression, and presence or absence of additional psychiatric consultations. Because patients were treated by 63 primary care physicians who prescribed medication and provided follow-up according to their own criteria, the random-effect intercept at the primary care physician level allowed us to control for their variability. Analyses were conducted with Stata SE, version 8.0 (17).

## Results

Of the 333 participants, 266 (80%) were women. The mean age of the sample was  $45.51 \pm 14.49$  years; 210

participants (63%) were married or living with a partner, 99 (30%) were homemakers, and 96 (29%) were on short-term disability. In the sample 76 participants (23%) had up to four years of formal education, 111 (33%) had five to eight years of formal education, 105 (32%) between nine and 12 years, and 41 (12%) had more than 12 years.

At intake, participants showed moderately severe depressive symptoms as assessed by the PHQ-9 scale (mean score of  $14.8 \pm 5.2$ ; possible scores range from 0 to 27, with higher scores indicating more severe depressive symptoms). Sixty patients (18%) had at least one previous episode of major depression, and the mean age at onset of the first episode was  $38.1 \pm 12.2$ . After the administration of the SCID-I modules, 118 patients (35%) were diagnosed as having an episode of major depression (scoring  $19.5 \pm 3.1$  on the PHQ-9), 81 (24%) as having minor depression (scoring  $13.7 \pm 2.3$  on the PHQ-9), 15 (5%) dysthymic disorder (scoring  $13.1 \pm 4.1$  on the PHQ-9), and 119 (36%) depressive disorder other than major depression, minor depression, or dysthymic disorder (scoring  $11.1 \pm 4.7$  on the PHQ-9).

Antidepressants prescribed at intake are summarized in Table 1. In the sample 329 patients (99%) received one of the recommended antidepressants. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) were the

most prescribed, and compared with tricyclics, SSRIs were prescribed mostly at the recommended minimum usual daily dosage. Overall, 309 participants (93%) received a recommended antidepressant at a minimum usual daily dosage.

A total of 30 participants were lost to follow-up. Compared with participants completing the follow-up, these patients did not show significant differences in gender, age, and severity of symptoms and were not included in the analyses.

During the first three months (acute phase of treatment), 202 (67%) patients continued taking antidepressants prescribed by the primary care physician, and 122 (40%) received an adequate number of follow-up sessions. When considering the whole six-month period (acute phase and the first three months of the continuation phase), we found that 171 (56%) continued taking antidepressants as they were prescribed and 105 (35%) received an adequate number of follow-up sessions.

Table 2 summarizes the results regarding treatment adequacy during the acute phase and the first three months of the continuation phase of antidepressant treatment. When assuming that adequacy criteria for major depression may be applied to all patients with depressive disorders treated by the primary care physician (scenario 1), we found that 82 patients (27%) received adequate antidepressant treatment during the acute phase and 65 (21%) received adequate antidepressant treatment during the acute phase and the first three months of the continuation phase. When analyzing treatment adequacy within the major depression group (according to SCID-I) (scenario 2), we found that 35 (32%) received adequate treatment during the acute phase and 28 (25%) received adequate treatment during the acute phase and the first three months of the continuation phase.

Between 99 patients (scenario 1: 33%) and 33 patients (scenario 2: 30%) stopped taking antidepressant medication in the first three months of treatment, and between 132 patients (scenario 1: 44%) and 45 patients (scenario 2: 41%) stopped med-



**Table 2**

Adequacy of antidepressant treatment prescribed in Spanish primary care (PC) during the acute phase and the acute phase plus the first three months of the continuation phase of treatment for participants completing the six-month follow-up

| Measure   | Scenario 1 <sup>a</sup> (N=303) |    |        | Scenario 2 <sup>b</sup> (N=110) |    |        |
|---|---------------------------------|----|--------|---------------------------------|----|--------|
|   | N                               | %  | 95% CI | N                               | %  | 95% CI |
| Adequacy during the acute phase (3 months)  | 82                              | 27 | 22–32  | 35                              | 32 | 23–41  |
| Ceased antidepressant medication in the first 3 months                                      | 99                              | 33 | 27–38  | 33                              | 30 | 21–39  |
| Number of visits to the PC physician in the first 3 months (M±SD)                           | 2.5±2.4                         |    |        | 2.8±2.7                         |    |        |
| Number of visits to a psychiatrist after 3 months (M±SD)                                    | .3±1.1                          |    |        | .48±1.6                         |    |        |
| Adequacy during the acute phase and the first 3 months of the continuation phase (6 months) | 65                              | 21 | 16–26  | 28                              | 25 | 17–34  |
| Ceased antidepressants during 6 months of treatment   | 132                             | 44 | 38–49  | 45                              | 41 | 32–50  |
| Number of visits to the PC physician during 6 months (M±SD)                                 | 4.6±3.7                         |    |        | 5.2±4.2                         |    |        |
| Number of visits to a psychiatrist during 6 months (M±SD)                                   | .7±2.1                          |    |        | 1.0±2.9                         |    |        |

<sup>a</sup> Whole sample; assumes that adequacy criteria for major depressive disorder may be applied to all patients with depressive disorders treated by primary care physicians

<sup>b</sup> Only patients with a major depressive episode according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

ication in the whole six-month period. Patients' main reason for ceasing their medication was they felt they had recovered sufficiently.

In general, the presence of additional psychiatric consultations was significantly related to an increased probability of receiving adequate treatment during both the acute phase and the first three months of the continuation phase for the two possible scenarios (Table 3). Results were independent of gender, age, and presence of previous episodes of major depression.

### Discussion

Treatment adequacy figures for the acute phase of treatment were between 27% and 32%. Figures for a longer period (acute phase plus the first three months of the continuation phase) were between 21% and 25%. Treatment adequacy at both time points was substantially lower than previously reported for primary care (on the basis of clinical records) but close to rates from a Spanish epidemiological study (8). Comparisons are difficult to make because of variations observed among adequacy crite-

ria and diagnoses considered across studies. Previous research has included depressive disorders other than major depression in the assessment of treatment adequacy. This could affect results because adequacy in those studies was evaluated by considering criteria not specifically developed for the diagnoses considered. For example, assessment of treatment adequacy for minor depression was based on major depression clinical guidelines. As other authors have suggested (18), there are no treatment guidelines for minor depression, and the limited tri-

**Table 3**

Logistic regression models to ascertain factors associated with antidepressant treatment adequacy among 333 primary care patients

| Variable  | Adequacy during the acute phase of treatment |            |                                 |             | Adequacy during the acute phase and the first 3 months of continued treatment |             |                                 |            |
|---|--|------------|---------------------------------|-------------|---|-------------|---------------------------------|------------|
|   | Scenario 1 <sup>a</sup> (N=303)              |            | Scenario 2 <sup>b</sup> (N=110) |             | Scenario 1 <sup>a</sup> (N=303)   |             | Scenario 2 <sup>b</sup> (N=110) |            |
|   | OR   | 95% CI     | OR                              | 95% CI      | OR  | 95% CI      | OR                              | 95% CI     |
| Gender (reference: men)   | .98  | .51–1.88   | 1.04                            | .36–3.07    | .93   | .46–1.90    | 1.26                            | .42–3.77   |
| Age (45.5 years) <sup>c</sup>   | 1.00   | .98–1.02   | 1.00                            | .96–1.04    | 1.00  | .99–1.03    | .99                             | .96–1.03   |
| Baseline 9-item Patient Health Questionnaire (20 points) <sup>c</sup> | 1.03   | .98–1.09   | 1.10                            | .94–1.28    | 1.05  | .99–1.11    | 1.14                            | .97–1.33   |
| Previous major depressive episodes (reference: yes)                   | 1.02   | .52–2.00   | .77                             | .28–2.12    | 1.20  | .57–2.55    | .89                             | .31–2.51   |
| Number of additional psychiatric consultations                        | 1.62   | 1.18–2.23* | 5.92                            | 1.75–20.04* | 1.62  | 1.26–2.10** | 1.64                            | 1.12–2.39* |

<sup>a</sup> Assumes that adequacy criteria for major depression may be applied to all patients with depressive disorders treated by primary care physicians

<sup>b</sup> Analyzes treatment adequacy within the major depression group according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

<sup>c</sup> Median-centered values

\*p<.05

\*\*p<.001

al data do not offer definitive guidance on treatment options.

Spanish primary care providers prescribed mostly SSRIs. This preference also has been described recently for French primary care centers (19). Compared with tricyclics (all prescribed at subtherapeutic doses), SSRIs were mostly prescribed at the recommended minimum usual daily dosage.

Most patients did not receive an adequate number of follow-up contacts with the prescribing physician during the acute phase of antidepressant treatment. Several factors could explain this problem. Primary care physicians may vary in their interest and knowledge of psychiatric conditions. Also, in Spain, as occurs in most countries, primary care physicians work under extreme time pressure and experience burdensome workloads and burnout. Patients with depressive disorders could be viewed as adding to these demands (20).

An important issue affecting adequacy of treatment was patients' stopping their antidepressant medication, because it affected the duration of the individual treatment component of the algorithm constructed. These rates in our study were between 30% and 33% after three months and between 41% and 44% after six months, very close to findings in previous reports (21). Because ending antidepressant medication negatively affects the chance for a guideline-concordant treatment for depression, this should be considered seriously and must be addressed to ensure adequate treatment.

An aim of this study was to evaluate adequacy under real-world naturalistic conditions. Considering two scenarios allowed us to compare treatment adequacy between patients whom the primary care physicians believed to have depressive disorders requiring antidepressant treatment (a heterogeneous group) and patients more accurately diagnosed (with the SCID-I). In this study, Spanish primary care physicians prescribed antidepressants without making specific diagnoses. In fact, psychiatric diagnostic categories are rarely used routinely at

this level. It has been suggested that primary care physicians usually make few treatment distinctions between major and less severe depression and that most cases are treated with antidepressants (22). In our study 65% of patients were treated presumably as if they had a major depressive episode. However, after a standardized diagnostic instrument (SCID-I) was administered, these patients were diagnosed as having other depressive disorders.

From a very restrictive position, we could argue that antidepressants prescribed to patients with depressive disorders other than major depression are inappropriate. There-

■  
*Most  
patients did  
not receive an  
adequate number of  
follow-up contacts with the  
prescribing physician during  
the acute phase of  
antidepressant  
treatment.*  
■

fore, 65% of our sample would be inappropriately treated by the primary care physicians just for the fact of not having a major depression diagnosis, with the consequent associated expenditure (medication use and consultations). Antidepressants are not recommended for the initial treatment of mild depression because the risk-benefit ratio has been shown to be poor (4). For a significant number of people with mild depression, brief interventions delivered by the primary care team are effective (such as exercise or guided self-help) (4). Therefore, before

treating depressive disorders other than major depression or mild forms of depression, primary care physicians could assume a "watchful waiting" position, consider a further assessment, and then decide how to proceed.

If clinical guidelines are available only for major depression, an effort should be made to increase recognition of depressive symptoms and accuracy of diagnosis in primary care (for example, improving education of primary care physicians regarding mental disorders) and to develop clinical guidelines for treating patients seeking primary care for depressive disorders, such as minor depression, dysthymic disorder, premenstrual dysphoric disorder, or subthreshold major depression. The need for better recognition and diagnosis is quite relevant considering, for example, that there is evidence that minor depression increases the odds of having an onset of a major depressive episode (23) and that subthreshold depression could predict it (24).

In this study, primary care physicians for the most part prescribed suggested antidepressants (99%) at adequate dosages. However, one major problem was that they did not perform the recommended number of follow-up sessions during the acute phase of treatment.

Psychiatric consultations were significantly related to treatment adequacy. This association was significant even after adjusting for depression severity (PHQ-9). Previous studies suggest that collaborative interventions between primary care providers and psychiatrists could promote higher adequacy rates and adherence to antidepressant medication at guideline dosage levels (5,25). Thus it seems that coordination between primary care and psychiatric providers could increase antidepressant treatment adequacy at the primary care level. However, it is important to remember that psychiatric consultations were prescribed by primary care physicians according to their "usual care" criteria. That is, consultations were not randomly assigned. Thus it could represent a selection bias affecting results.



Some limitations should be acknowledged. First, adequacy was evaluated by considering a major depression diagnosis that was not disclosed to primary care physicians. That is, we judged treatment adequacy for major depression without considering that primary care physicians rarely use this psychiatric category. This fact motivated the use of two possible scenarios that allowed more or less conservative evaluations of adequacy. Second, treatment compliance was assessed by means of patients' self-report. Thus results should be interpreted with caution, including consideration that patients' reports could have biased results. Third, despite available international clinical guidelines, the Spanish health system has not developed local clinical guidelines for the treatment of depression. This deficit could affect availability of evidence-based knowledge about major depression at a primary care level. Fourth, we did not consider whether primary care physicians took into account patients' preferences for medication. From the latest perspective of clinical guidelines issued by the National Institute for Clinical Excellence (4), such information should be taken into account in evaluations of treatment adequacy. Thus we do not know to what extent including such information would change these results. Finally, we followed up on patients during a six-month period, covering the acute phase of treatment and the first three months of the continuation phase. Future studies could perform longer follow-ups in order to evaluate antidepressant treatment adequacy during acute, continuation, and maintenance phases.

## Conclusions

In Spanish primary care (where health services are publicly financed), treatment adequacy seems poor during both the acute phase and the first three months of the continuation phase of antidepressant treatment. Efforts should be made to discover why adequacy is low despite available clinical guidelines and to favor collab-

orative interventions with the mental health sector that may improve the adequacy of treatment.

## Acknowledgments and disclosures

This study was supported by grant 063-26-2000 from the Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research and by grant RD06-0018-0017 from the Spanish Ministry of Health, Health Institute Carlos III. The study is part FIS-G03/202 of the IRYSS (Red de investigación cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios) Network.

The authors report no competing interests.

## References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289:3095–3105, 2003
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al: Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 420:21–27, 2004
3. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, 2nd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
4. National Institute for Clinical Excellence: Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. Available at [www.nice.org.uk/cg023niceguideline](http://www.nice.org.uk/cg023niceguideline)
5. Weillburg JB, O'Leary KM, Meigs JB, et al: Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psychiatric Services* 54:1233–1239, 2003
6. Kniesner TJ, Powers RH, Croghan TW: Provider type and depression treatment adequacy. *Health Policy* 72:321–332, 2005
7. Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, et al: Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 9:171–176, 2004
8. Fernández A, Haro JM, Codony M, et al: Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders* 96:9–20, 2006
9. Charbonneau A, Rosen AK, Ash AS, et al: Measuring the quality of depression care in a large integrated health system. *Medical Care* 41:669–680, 2003
10. Joo JH, Solano FX, Mulsant BH, et al: Predictors of adequacy of depression management in the primary care setting. *Psychiatric Services* 56:1524–1528, 2005
11. Serrano-Blanco A, Pinto-Meza A, Peñarribia MT, et al: Selective serotonin reuptake inhibitors: are there differences in effec-

tiveness in primary care? *Primary Care and Community Psychiatry* 11:113–120, 2006

12. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, et al: *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, research version. New York, Biometrics Research, 1996
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16:606–613, 2003
14. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, et al: Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders* 81:61–66, 2004
15. Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, et al: Comparability of telephone and in-person Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) Diagnoses. *Assessment* 6:235–242, 1999
16. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarribia MT, et al: Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine* 20:738–742, 2005
17. Stata, version 8.0. College Station, Tex, Stata Corp, 2003
18. Ackerman RT, Williams JW: Rational treatment choices for non-major depressions in primary care. *Journal of General Internal Medicine* 17:293–301, 2002
19. Rangelomanana S, Depont F, Forest K, et al: Antidepressants: general practitioners' opinions and clinical practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:460–467, 2006
20. Mechanic D: Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *Journal of Clinical Psychiatry* 68(suppl 2):20–26, 2007
21. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewé W, et al: Compliance with antidepressant in primary care setting: 1. beyond lack of efficacy and adverse events. *Journal of Clinical Psychiatry* 62(suppl 22):30–33, 2001
22. Williams JW Jr, Rost K, Dietrich AJ, et al: Primary care physicians' approach to depressive disorders: effects of physician specialty and practice structure. *Archives of Family Medicine* 8:58–67, 1999
23. Fogel J, Eaton WW, Ford DE: Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113:36–43, 2006
24. Cuijpers P, Smit F, Willemse G: Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111:133–138, 2005
25. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al: Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA* 273:1026–1031, 1995

**ARTÍCULO 3**

**FERNANDEZ A, PINTO-MEZA A, BELLÓN JA, ROURA-POCH P, HARO JM, AUTONELL J, ET AL. IS MAJOR DEPRESSION ADEQUATELY DIAGNOSED AND TREATED BY GENERAL PRACTITIONERS? RESULTS FROM AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY. GEN HOSP PSYCH 2010;32:201-209.**

El objetivo principal de este estudio es estimar la proporción de tratamientos adecuados para la depresión en pacientes tratados en atención primaria, añadiendo el reconocimiento de la depresión como un posible factor asociado a la adecuación del tratamiento. Además, se evalúa la concordancia entre diferentes fuentes de obtención de la información (paciente vs historia clínica).

## Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study

Anna Fernández, M.P.H.<sup>a,b,c,\*</sup>, Alejandra Pinto-Meza, Ph.D.<sup>a,b</sup>,  
Juan Angel Bellón, Ph.D., M.D.<sup>b,d</sup>, Pere Roura-Poch, M.P.H., M.D.<sup>e</sup>,  
Josep M. Haro, Ph.D., M.D.<sup>a,f</sup>, Jaume Autonell, M.D.<sup>a,b</sup>, Diego José Palao, Ph.D., M.D.<sup>g</sup>,  
María Teresa Peñarubia, M.D.<sup>h</sup>, Rita Fernández, M.D.<sup>h</sup>, Elena Blanco, M.D.<sup>h</sup>,  
Juan Vicente Luciano, Ph.D.<sup>a,b</sup>, Antoni Serrano-Blanco, Ph.D., M.D.<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Sant Joan de Déu-SSM, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain

<sup>b</sup>Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (RedIAPP, Instituto de Salud Carlos III), Spain

<sup>c</sup>PhD programme, Public Health and Biomedical Research, of the Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

<sup>d</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Centro de Salud El Palo, Unidad de Investigación del Distrito de Atención Primaria de Málaga, Universidad de Málaga, Spain

<sup>e</sup>Clinical Epidemiology and Research Department Vic General Hospital, Vic (Barcelona), Spain

<sup>f</sup>CIBER Salud Mental (Instituto de Salud Carlos III), Spain

<sup>g</sup>Centre de Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí, Institut Universitari Fundació Parc Taulí-Universitat Autònoma de Barcelona (Sabadell, Spain), Spain

<sup>h</sup>Centro de Salud Bartomeu Fabrés Anglada, Gavà, Barcelona, Spain

Received 7 September 2009; accepted 19 November 2009

### Abstract

**Objectives:** The aim of this study was to (1) to explore the validity of the depression diagnosis made by the general practitioner (GP) and factors associated with it, (2) to estimate rates of treatment adequacy for depression and factors associated with it and (3) to study how rates of treatment adequacy vary when using different assessment methods and criteria.

**Methods:** Epidemiological survey carried out in 77 primary care centres representative of Catalonia. A total of 3815 patients were assessed.

**Results:** GPs identified 69 out of the 339 individuals who were diagnosed with a major depressive episode according to the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis I Disorders (SCID-I) (sensitivity 0.22; kappa value: 0.16). The presence of emotional problems as the patients' primary complaint was associated with an increased probability of recognition. Rates of adequacy differed according to criteria: in the cases detected with the SCID-I interview, adequacy was 39.35% when using only patient self-reported data and 54.91% when taking into account data from the clinical chart. Rates of adequacy were higher when assessing adequacy among those considered depressed by the GP.

**Conclusion:** GPs adequately treat most of those whom they consider to be depressed. However, they fail to recognise depressed patients when compared to a psychiatric gold standard. Rates of treatment adequacy varied widely depending on the method used to assess them.

© 2010 Elsevier Inc. All rights reserved.

**Keywords:** Diagnosis validity; Treatment adequacy; Depression; Clinical guidelines; Primary care

### 1. Introduction

Major depression is the most common mental disorder and one of the most incapacitating [1]. In fact, it has been suggested that unipolar major depression will be among the three leading causes of disease burden by 2030 [2]. Twelve-month prevalence figures in western societies range between

\* Corresponding author. Dr. Antoni Pujadas, 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain. Tel.: +34 93 640 63 50x2543; fax: +34 93 630 53 19.

E-mail address: [afernandez@sjd-ssm.com](mailto:afernandez@sjd-ssm.com) (A. Fernández).

3.6% and 9.1%, and have been estimated at 4% in Spain [3–5]. Of those, 60% do not receive any kind of health care for this condition [6]. On the other hand, most of those who have expressed their need for care will only be treated by a general practitioner (GP) [7,8]. In recent years many studies have focused their attention on GPs' ability to recognize major depression. These studies systematically show that less than half of the depressed patients who attend primary care (PC) are recognized and diagnosed [7–13]. However, the implications of this low recognition are not clear. Different studies have pointed out that unrecognised cases tend to be less severe, so detection would be simply a marker of depression severity [10,14,15], as detected and undetected depression have a similar course [14,16,17]. The fact that recognition of depression does not impact its course could be related to the kind of treatment that recognized cases receive. Literature focused on the study of treatment adequacy for depression systematically points out that a large part of patients with depression receive treatment that does not meet the criteria recommended by clinical guidelines. Rates of treatment adequacy for depression in the PC setting vary widely between 8% and 75% [18–35]. These differences could be explained by examining the definition used, but also by the treatment adequacy documentation method: informed by the patient or taken from the clinical chart.

Adherence to clinical guidelines is important because, in theory, this guarantees the best available therapeutic option. In the case of depression, it seems to be associated with improved outcomes in PC patients with depression at 12, 18 and 24 months [36]. Moreover, Andrews et al. [37] have shown that if all depressive patients received treatment according to the clinical practice guidelines, the burden averted measured in years lived with disability would climb to 23%.

Although there is a lot of literature focused on adequate management of depression, a vast part of these studies has been carried out in the United States. Few is known about this topic in countries with a National Health System, in which GPs play a key role on depression management. On the other hand, previous studies considered data collected in the 1990s or early 2000s, that could be considered old. Moreover, and to the best of our knowledge, no study has compared how source of data could affect rates of treatment adequacy (i.e., patient self-reported data vs. data extracted from the clinical chart). This paper could be among the firsts assessing this with, recently collected data from the “Diagnostic and Assessment Study of Mental Disorders in Primary Care” (DASMAP) project [38], an epidemiological study carried out in PC centres in Catalonia.

## 2. Methods

The study was a face-to-face, cross-sectional survey of a representative sample of adult patients (18 years or older) at primary health care centres in Catalonia (Spain). Catalonia is

one of the 17 autonomous regions that comprise Spain, with a population of 7,134,697 inhabitants according to the 2006 census. In 1981, Spain began a process of decentralization of health service management and this is now carried out by each autonomous region. In Spain, health services are funded at the state level, with nearly universal healthcare free of charge at the point of use. Data were collected between October 2005 and March 2006 using a paper-and-pencil interview. After an appointment with a GP, patients were invited to participate in the DASMAP study and were evaluated at the PC centers after written informed consent had been obtained. Participants and GPs were informed that, just for reasons of patient safety (suicidal ideation), information gathered in the interview would not be disclosed to the GPs. During the study, no information regarding any patient was disclosed to the GPs. The study was approved by Sant Joan de Déu Foundation Ethics Board.

### 2.1. Participants

A stratified multistage probability sample without replacement was drawn in the DASMAP study. Replacement was prohibited to ensure that every individual had a known probability of selection. The sampling frame was the seven health regions of Catalonia. Stage 1: selection of the PC centres within each health region (there were 350 PC centres in Catalonia in 2005). The number of PC centres to be selected in each region was proportional to the population of the region. However, in order to have a minimum set of interviews from even the smallest regions, at least 6 PC centres were chosen per region. The probability of selection of each PC centre was related to the population of the catchment area covered by the centre. Eighty PC centres were selected for participation and two refused (97.5% acceptance rate). Stage 2: all GPs ( $n=913$ ) at the PC centres were invited to participate. A total of 618 GPs (67.7%) took part in the study. Stage 3: patients were selected with a systematic sampling strategy from the daily list of all patients with an appointment with each of the participating GPs. Inclusion criteria were: being older than 18 years old and having made at least one visit with the GP. Only patients with severe cognitive impairment were excluded. A total of 5402 patients were randomly selected. Of those, 654 (12.1%) did not keep their appointment with the GP, so they were not invited to join the DASMAP study. A total of 4748 were invited to participate. A further 764 (16.1%) declined to participate, and 164 (3.5%) were excluded because they showed cognitive impairment severe enough to preclude an adequate interview, leaving a study sample of 3820 participants from 78 PC centres. One of the PC centres was excluded from the statistical analyses because of data loss. The final analysed sample consisted of 3815 patients (80.3% of the patients initially invited) with a mean age of 54.3 years (S.D.=17.31; range: 18–97 years). Females represented 63% of the sample. A total of 64.4% were married or living with someone, and nearly 49% had primary

studies. Thirty-four percent of the sample had a paid employment at the moment of the interview; 11.6% had a paid employment but were in sick leave, being the other participants in other situations (1.5% were students, 13.4% homemakers, 4.6% were unemployed, 29.7 % were retired, 3.4% had a permanent disability and just in 1.3%, data were missing. More information about sociodemographics could be obtained on Serrano et al. [38].

2.2. Measures

All assessments were performed face-to-face by a group of 20 trained clinical psychologists. All of them received a 2-day training course provided by the study investigators (A.S.B., D.P., A.P.M.).

Major depression and dysthymic disorder diagnoses were assessed with the Spanish version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) [39]. This instrument allows diagnoses according to DSM-IV criteria [40].

Chronic physical conditions were assessed using a checklist with questions about a wide range of conditions including asthma, bronchitis, ulcer, constipation, high blood pressure, heart disease, heart attack, migraines, stroke, allergies, arthritis, back pain, cataracts, diabetes and neck pain. Participants were categorized, by means of self-report, according to whether they had each chronic physical condition or not.

All respondents were also asked about their main complaint: physical, emotional, administrative, or a combination. In addition, they were asked whether they had visited, in the 12 months prior to the survey, a mental health professional (psychiatrist or psychologist).

Self-perceived disability was assessed by means of three items of the Sheehan Disability Scale. The questions evaluated interference in three domains: work, social life, and family life. Participants could answer using a scale ranging from 0 to 10. The total score is calculated by the sum of the scores in the three items, ranging from 0 to 30, with higher figures indicating greater disability [41,42].

Diagnoses made by the GP were extracted from the clinical chart and recoded into a dichotomous variable that included the presence or absence of a depression diagnosis. GP diagnoses were based on the International Classification of Diseases (ICD), in its ninth or tenth version, or on The International Classification of Primary Care second version (ICPC-2) by the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Table 1 shows the different codes included.

Guideline-concordant treatment was defined as receiving a recommended antidepressant at minimum daily dosage plus at least 4 visits to the prescribing GP during the past 12 months or, in absence of medication, at least eight visits to the GP [43,44]. Two different scenarios were created for diagnoses: (1) major depression accord-

Table 1  
Prevalence, sensitivity and number missed to screen in order to miss one case of the 12 months depressive disorders

| DSM-IV diagnosis                                | Codes included   | DSM prevalence | GP Prevalence <sup>1</sup> | Sensitivity    | Sensitivity without missing data | % of cases missed by the GP | Missed cases as % of total screen | Number needed to screen to miss 1 case |
|---|--|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|
| Major depression disorder                       | ICD-9: 296.2, 296.20, 296.21, 296.22, 296.23, 296.25, 296.25, 296.26, 296.3, 296.31, 296.32, 296.34, 296.35, 296.36, 300.4, 309.1, 311<br>ICD-10: F.32, F32.0, F32.1, F32.2, F32.8, F32.9, F33, F33.0, F33.1, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9, F43.8, F34.9, F38, F38.0, F38.1, F38.8, F38.9<br>ICPC-2: P76 | 9.6% (339)     | 7.47% (270)                | 0.20 (69/339)  | 0.22 (69/307)                    | 79.65% (270/339)            | 7.08% (270/3, 815)                | 14.13                                  |
| Dysthymic disorder or other depressive symptoms | ICD-9: 300.4<br>ICD-10: F34.0, F34.1, F41.2<br>ICPC-2: P03   | 3.09% (115)    | 5.44% (205)                | 0.18 (21/115)  | 0.20 (21/106)                    | 81.74% (94/115)             | 2.46% (94/3815)                   | 40.65                                  |
| Overall depressive disorders                    | All the codes above mentioned  | 12.69% (454)   | 12.45% (457)               | 0.36 (163/454) | 0.40 (163/413)                   | 64.10% (291/454)            | 7.63% (291/3815)                  | 13.10                                  |

<sup>1</sup> Cases registered in the clinical chart by the GP.



ing to a psychiatric gold-standard (the SCID-I) and (2) major depression according to the GP. Moreover, in order to evaluate how a different method could influence results, treatment adequacy was assessed by means of two methods for each scenario: (a) using self-reported data (that is, using the number of sessions, antidepressants and dosage that interviewees reported they were prescribed), and (b) using data extracted from the clinical chart (filled out by GPs).

### 2.3. Statistical analyses

The sensitivity, specificity, and positive and negative predictive value associated with physician identification of depression were calculated by standard methods. Additionally, we reported another indicator of the acceptability of practice, which set in the denominator the total participants, in our case, 3815, rather than the number of cases. As such, we were also able to calculate the number of patients who would need to be screened in order to diagnosis one case of depression that would otherwise be missed [10]. There were 695 of the 3815 participants (16.45%) who did not have GP diagnosis information (information missing from the clinical chart). In order to minimize their effect, we excluded these cases when carrying out sensitivity data analysis.

In order to ascertain factors associated with (a) major depression diagnosis made by the GP and (b) a concordant SCID-I/GP major depression, we used multilevel logistic regression with GP and PC centre as random factors. Firstly, we tested whether multilevel logistic regression was more appropriate than standard logistic regressions. When we compared the null models, including the PC centre as a random factor, likelihood ratio tests were very significant for all models. Secondly, we compared null models that included PC centre and GP as random factors versus those with only PC centre, and likelihood ratio tests were not significant. That is, GP did not add additional information, so it was excluded as a random factor.

Multilevel logistic regression models, considering PC centres as random effects, were also tested to study the effects of clinical and sociodemographic variables on the likelihood of receiving guideline-concordant care. Nevertheless, null models were not statistical significant, so we ruled out these analyses, using standard logistic regressions. The statistical analyses were conducted using STATA 10.1. All significance tests were done using two-sided tests evaluated at 0.05 significance level.

## 3. Results

### 3.1. Recognition rates of depression

Twelve-month prevalence of major depression according to the SCID-I was 9.60% (95% CI 8.00–11.19%;  $n=339$ ). GP identified 69 out of the 339 individuals diagnosed with

the SCID-I (sensitivity 0.20 or 0.22 when excluding missing diagnoses in the clinical chart). As expected, due to the low prevalence of depression, the specificity was high: 0.94, whereas the positive predictive value was 0.25. The kappa value was 0.16.

Among all consultations, 7.08% (270 out of 3815) failed to identify a case of major depression according to the SCID-I. This means that one patient with major depression was undetected or unregistered in the clinical chart every 14.13 consultations.

Sensitivity rate increased to 0.36 (0.40 when excluding missing data) when considering a pooled category that included dysthymic disorder, major depression or other depressive symptoms (Table 2).

### 3.2. Factors associated with recognition rates

#### 3.2.1. Who did the GP identify as having a diagnosis of depression?

When comparing those identified by the GP as depressed with those not identified (independently of diagnosis made

Table 2  
Factors associated to the diagnosis of depression made by the general practitioner and to an adequate diagnosis according to the SCID-I

| Variable                                     | Model 1:<br>Diagnosed as<br>depressed by<br>GP $n=3815$ |              | Model 2:<br>Adequately<br>diagnosed as<br>depressed<br>according to the<br>SCID-I $n=339$ |             |
|--|---|--------------|---|-------------|
|  | OR  | 95% CI       | OR  | 95% CI      |
| Gender                                       |   |              |   |             |
| Male   | 1   |              | 1   |             |
| Female                                       | 1.10  | 0.81–1.50    | 0.80  | 0.36–1.75   |
| Age  | 1.01  | 1.00–1.02*   | 1.01  | 0.98–1.04   |
| Studies                                      |   |              |   |             |
| No studies                                   | 1   |              | 1   |             |
| Primary                                      | 1.05  | 0.66–1.66    | 0.53  | 0.19–1.49   |
| Secondary                                    | 1.06  | 0.60–1.85    | 0.46  | 0.14–1.61   |
| High   | 1.17  | 0.63–2.18    | 1.09  | 0.26–4.62   |
| Occupational group                           |   |              |   |             |
| Paid employment                              | 1   |              | 1   |             |
| Not working                                  | 1.07  | 0.75–1.53    | 2.59  | 1.00–6.63*  |
| Past depression                              |   |              |   |             |
| No   | 1   |              | 1   |             |
| Yes  | 2.71  | 1.99–3.70*** | 0.57  | 0.26–1.25   |
| Chronic physical illness                     |   |              |   |             |
| No   | 1   |              | 1   |             |
| Yes  | 1.35  | 0.89–2.06    | 2.41  | 0.57–10.25  |
| Psychiatric family history                   |   |              |   |             |
| No   | 1   |              | 1   |             |
| Yes  | 1.10  | 0.81–1.50    | 1.70  | 0.86–3.74   |
| Main complaint: mental or emotional problems |   |              |   |             |
| No   | 1   |              | 1   |             |
| Yes  | 3.83  | 2.70–5.43*** | 2.90  | 1.39–6.02** |
| Self-perceived disability                    | 1.04  | 1.03–1.06**  | 1.03  | 0.99–1.07   |
| Variance explained by PC center              | 1.22  | (0.73–2.03)  | 1.33  | (0.49–3.61) |

\*  $P<0.05$ .

\*\*  $P<0.005$ .

\*\*\*  $P<0.001$ .

Table 3

Factors associated to treatment adequacy among those depressed according to the SCID-I and among those identified as depressed by the general practitioner

|   | Scenario 1: depression according to the SCID-I (n=339) |              |                       |            | Scenario 2: depression according to the general practitioner (n=270) |              |                       |            |
|---|--|--------------|-----------------------|------------|--|--------------|-----------------------|------------|
|   | 1. Self-informed data                                  |              | 2. Clinical chart     |            | 3. Self-informed data  |              | 4. Clinical chart     |            |
| % Adequate treatment (95% CI)             | 39.35% (33.46–45.24%)                                  |              | 54.91% (49.48–60.36%) |            | 41.76% (35.77–47.99%)  |              | 63.36% (57.23–69.08%) |            |
| Variable                                  | OR   | 95% CI       | OR                    | 95% CI     | OR   | 95% CI       | OR                    | 95% CI     |
| Gender                                    |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| Male                                      | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Female                                    | 1.29   | 0.74–2.25    | 1.68                  | 0.90–3.12  | 1.54   | 0.80–2.98    | 0.94                  | 0.49–1.81  |
| Age                                       | 0.99   | 0.97–1.01    | 1.01                  | 0.99–1.04  | 0.99   | 0.96–1.02    | 1.00                  | 0.97–1.02  |
| Studies                                   |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No studies                                | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Primary                                   | 0.51   | 0.23–1.16    | 1.29                  | 0.58–2.86  | 1.41   | 0.45–4.40    | 1.45                  | 0.60–3.53  |
| Secondary                                 | 0.69   | 0.29–1.66    | 1.33                  | 0.49–3.61  | 2.43   | 0.75–7.80    | 1.14                  | 0.43–3.01  |
| High                                      | 1.06   | 0.41–2.73    | 1.76                  | 0.58–5.38  | 1.97   | 0.54–7.17    | 2.01                  | 0.59–6.79  |
| Occupational group                        |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| Paid employment                           | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Not working                               | 1.63   | 0.88–3.04    | 1.28                  | 0.76–2.15  | 1.15   | 0.54–2.47    | 1.61                  | 0.77–3.41  |
| Past depression                           |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No  | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Yes                                       | 0.97   | 0.59–1.60    | 0.91                  | 0.56–1.45  | 0.76   | 0.42–1.37    | 1.48                  | 0.83–2.64  |
| Chronic physical illness                  |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No  | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| yes                                       | 1.53   | 0.58–4.06    | 1.33                  | 0.58–3.03  | 3.21   | 1.00–10.26*  | 2.11                  | 0.89–5.01  |
| Psychiatric family history                |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No  | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Yes                                       | 1.17   | 0.71–1.94    | 0.92                  | 0.61–1.41  | 0.98   | 0.57–1.70    | 1.01                  | 0.56–1.82  |
| Concordant major depression diagnosis?    |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No  | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Yes                                       | 0.91   | 0.48–1.73    | 1.80                  | 1.08–3.01* | 0.96   | 0.44–2.09    | 1.17                  | 0.58–2.36  |
| Use of outpatient mental health services? |  |              |                       |            |  |              |                       |            |
| No  | 1  |              | 1                     |            | 1  |              | 1                     |            |
| Yes                                       | 2.95   | 1.88–4.62*** | 1.37                  | 0.71–2.64  | 1.11   | 0.65–1.89    | 2.11                  | 1.05–4.23* |
| Self-perceived disability                 | 1.04   | 1.01–1.07**  | 1.03                  | 1.00–1.05* | 1.08   | 1.04–1.11*** | 1.00                  | 0.98–1.03  |

\*  $P < 0.05$ .\*\*  $P < 0.005$ .\*\*\*  $P < 0.001$ .

with the SCID-I), data showed that having past depressive episodes (OR=2.71, 95% CI 1.99–3.70), reporting mental or emotional problems as the main complaint (OR=3.83, 95% CI 2.70–5.43), and being more disabled according to the Sheehan scale (OR=1.04, 95% CI 1.03–1.06) were associated with an increased probability of being diagnosed as depressed (Model 1 in Table 2).

### 3.2.2. Who did the GP adequately identify as depressed, according to the SCID-I?

Among those with major depression according to the SCID-I, only the presence of mental or emotional problems as the patients' main complaint was associated with an increased probability of adequate recognition (OR=2.90, 95% CI 1.39–6.24) (Model 2 in Table 2).

### 3.3. Proportion of minimally adequate treatment among those with depression according to the SCID-I: Scenario 1

Among those with major depression according to the SCID-I (n=339), rates of treatment adequacy oscillated

between 39.35% (using self-reported data) and 54.91% (using data extracted from the clinical chart). Concordance between these methods was 62.96%, with a kappa value of 0.29.

### 3.4. Factors associated with minimally adequate treatment

#### 3.4.1. Using self-report data

Model 1 in Table 3 shows factors related to treatment adequacy among those with major depression according to the SCID-I using self-report data. Factors associated to adequacy were self-perceived disability (OR=1.04, 95% CI 1.01–1.07) and reporting use of outpatient mental health services (OR=2.95, 95% CI 1.88–4.62).

#### 3.4.2. Using data from the clinical chart

On the other hand, in the Model using data from the clinical chart, having a SCID-I/GP major depression concordant diagnosis (OR=1.80, 95% CI 1.08–3.01) and self-perceived disability (OR=1.03, 95% CI 1.00–1.05) were

associated with increased probability of receiving adequate treatment (Model 2 on Table 3).

### 3.5. Proportion of minimally adequate treatment among those with depression according to the GP: Scenario 2

A second scenario was created to analyse the proportion of minimally adequate treatment among those considered depressed by the GP ( $n=270$ ). Rates of treatment adequacy oscillated between 41.76% (using self-report data) and 63.36% (using data from the clinical chart). Agreement between these methods was 58.72%, with a kappa value of 0.24.

### 3.6. Factors associated with minimally adequate treatment

#### 3.6.1. Using self-report data

Model 3 on Table 3 deals with participants identified as depressed by GPs. When using self-report data, self-perceived disability (OR=1.08, 95% CI=1.04–1.11) and reported chronic physical illness (OR=3.21 95% CI=1.00–10.26) increased the likelihood of receiving adequate treatment.

#### 3.6.2. Using data from the clinical chart

No clinical or sociodemographic factors were associated with treatment adequacy when using data extracted from the clinical chart. The only factor that was associated with an increased probability of receiving guideline-concordant treatment was having made at least one visit to a mental health professional (OR=2.11, 95% CI 1.05–4.23) (Model 4 on Table 3).

## 4. Discussion

### 4.1. The recognition of major depression by the GP

Our findings suggest that GPs in Catalonia still poorly recognize major depression, in spite of available international clinical guidelines. Adequate recognition of patients with depression by the GP may be as low as 22% and only a quarter of the cases diagnosed as depressed by physicians were “true cases.” These results are very similar to those from Thompson et al. [10] found in the United Kingdom. In their study, the number needed to be screened to miss 1 case (using as gold standard a score of  $>8$  on the subscale of Depression of the “Hospital Anxiety and Depression” scale by Zigmond and Snaith) was nearly 12, very similar to the 14 people we needed to screen in our study to miss one case. Nevertheless, when looking at our data in detail, participants diagnosed as depressed by their GP were more likely to report past history of depressive episodes and also showed more disability according to the Sheehan scale. Moreover, they diagnosed as depressed those participants whose main complaint was related to mental or emotional problems. This is quite interesting if we consider that, when using the SCID-I as gold standard, an adequate diagnosis of depression was also more likely to be made in patients presenting mental or emotional problems as their primary complaint. This has been indicated

in several studies [8,11,15,45] and suggests that educating the public about the core symptoms of depression and fighting the stigma associated with mental disorders could be the most useful tool for increasing recognition. Nevertheless, GPs also need to be trained in “listening” to patients’ emotional complaints, as one of the barriers to accurate recognition and treatment is related to GPs’ attitudes toward depression [46,47].

It is important to note here that diagnoses for research purposes may constitute a very different activity than diagnoses in a clinical setting. In this sense, the SCID-I could identify as depressed people that are not disabled enough by this condition to seek treatment, but who are going to the GP for other health matters. Furthermore, we know that the SCID-I is not a perfect instrument and that its reliability is far from ideal [48,49]. Additionally, one possible explanation for the low concordance between the SCID-I and GPs diagnoses could be the fact that we are comparing 4 different classification systems. That is to say, we are comparing the SCID-I (a psychiatric instrument that allows a *DSM-IV* diagnosis) with *ICD* classifications (in its ninth or tenth version) or the *ICPC* that use neither exactly the same criteria nor the same codification, making comparisons difficult. On the other hand, it has been suggested [10,50] that when diagnosing, GPs use a dimensional point of view instead of a categorical one (as these classifications systems do). Moreover, it has been argued that recognition of depression by GP is a process instead of a one-visit decision, and that many unrecognized cases are recognized in subsequent visits. If this is the case, it is possible that some of our undetected cases would be diagnosed in the future. Nevertheless, Van Os et al. [31] showed that after 1 year of follow-up, unrecognized patients decreased only slightly (from 27% to 20%).

It is important to mention that we are considering the psychiatric point of view as the gold standard for GPs’ activity. As others have pointed out [51,52], this may be inadequate, since we are forgetting the context in which GPs work. Catalan GPs work under extreme pressure (between 7 and 10 min per visit), and this brief period precludes an adequate psychiatric interview. The time barrier has been systematically identified in the literature as a serious obstacle to an adequate diagnosis [53–55]. Another explanation is that GPs may simply forget to register it on the clinical chart. A recent meta-analysis [12] has shown that the method of documentation of depression recognition by GP has a significant effect on sensitivity, being higher in those studies that directly asked GPs about this possible diagnosis than in those studies that sought the diagnosis in the clinical chart, as we did. On the other hand, we should bear in mind that mental disorders are still stigmatised and GPs might hide the diagnosis from a patient (and may not write it down in the clinical chart) if they believe that the person may feel afraid or stigmatised.

Nevertheless, if we consider that GPs detected nearly 40% of those with depressive symptoms, we could



hypothesize that they recognized mood disorders, although they did not discriminate between them. This is very similar to the results of the above-mentioned meta-analysis on recognition of depression by nonpsychiatrist physicians that indicated a sensitivity of 36.4% [12].

It is also worth pointing out the high proportion of cases that were considered to be depression by the GP, but not by the SCID-I (false positives). One qualitative study carried out in Canada, aiming to explore PC physicians' experiences of diagnosing and treating depression, suggested that the main barrier to diagnosis and adequate treatment of depression was the conflict that arises between the medicalized understanding of depression and recognition of the social context of depression. The results of this conflict are dissonant descriptions of depression that could complicate adequate diagnosis as physicians are not able to discriminate between life problems and medical problems [56]. This aspect, the medicalization of normal sadness, has also been highlighted by other authors when criticizing *DSM-IV* criteria for major depression [57,58]. Moreover, GPs could use depression diagnosis (knowing that patient may not fill criteria) as a social tool, for example, to allow patients to take sick leave or because it is the only way to refer them to specialised care such as mental health services [59].

#### 4.2. Treatment adequacy

Clinical guidelines are based on scientific evidence about the treatment efficacy of specific interventions on specific diagnoses. Nowadays, most of these studies are clinical trials that use *DSM-IV* criteria for recruiting samples. That is why diagnoses based on psychiatric criteria are so important for providing adequate treatment. A patient with a "specific diagnosis" is treated under the assumption that the symptoms will improve if the disease is effectively treated according to clinical guidelines [59]. In Scenario 1, rates of adequate treatment oscillated between 40% and 55%; higher than previously reported in Spain [6,32,34]. Nevertheless, comparison is difficult because definitions of adequacy are different across studies. It is interesting to note that SCID-I/GP concordant diagnoses are associated with increased probability of being adequately treated when considering data extracted from the clinical chart. Moreover, self-reported disability was also associated with increasing the possibility of adequate treatment for those with major depression according to the SCID-I, suggesting that GPs may not make a specific diagnosis but recognize the suffering of these patients and treat them. On the other hand, when assessing treatment adequacy in those with major depression according to GPs (Scenario 2), rates of adequacy ranged between 42% and 63%. As might be expected, treatment adequacy was higher among those considered as depressed by the GP. Having made at least one visit to a mental health provider was associated with increased treatment adequacy. This has been systematically highlighted in the literature [34,60], suggesting that one way to improve the quality of depression

treatments could be collaborative interventions by GPs and mental health professionals.

#### 4.3. The influence of the method used

Finally, an important issue arising from our results is that the method used to assess adequacy dramatically affects adequacy rates. Self-report data could be biased by recall problems, but data from the clinical chart could be affected by the extent to which GPs completed it. Both methods have limitations, but it is likely that assessment of adequacy using data from the clinical chart is more accurate since it at least reflects the real treatment provided by GPs, and it is not affected by recall bias. This could have an impact on future research, as studies on adequacy carried out with epidemiological samples could be underestimating the proportion of guideline-concordant treatments.

#### 4.4. Limitations

These results should be interpreted with the following limitations in mind. First, since the DASMAPP project is a cross-sectional study, we cannot conclude that factors associated with adequate diagnoses and treatment of patients with major depression are causally related. Second, our definition of minimally adequate treatment is imperfect. We used a loose definition of treatment inadequacy which may have underestimated it (i.e., we did not consider which kind of counselling GPs made when not prescribing an antidepressant, neither the interval between visits nor the interaction among prescribed medications). Moreover, we did not take into account that a treatment could be also considered inadequate by overutilisation of resources. Third, due to the study design, we were not able to test whether adequate recognition and/or treatment were associated with better outcomes. Fourth, we did not evaluate some relevant GP variables such as attitudes toward mental disorders or education in mental health, or organizational variables such as mean time per visit or availability of multidisciplinary teams with mental health professionals, which could be related with adequate recognition and treatment of major depression. Fifth, we did not assess if GPs referred patients with depression to a mental health professional, although as a proxy, we considered if patients consulted with a mental health professional. Finally, the study had a relatively small sample size, so results have to be interpreted with caution.

#### Acknowledgments

We thank Luis Salvador for their helpful comments on drafts. This study was funded by the "Direcció General de Planificació i Avaluació Sanitària — Departament de Salut — Generalitat de Catalunya" (Barcelona, Spain). A.F. and J.V.L. are grateful to the "Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III" (Red RD06/0018/0017) for a predoctoral and a postdoctoral contract, respectively.

## References

- [1] Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;5:411–23.
- [2] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;e442:3.
- [3] Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)* 2006;26:445–51.
- [4] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581–90.
- [5] Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, et al. Epidemiology of major depressive disorders in southern European country: results from the ESEMeD-Spain Project. *J Affect Disord* 2009.
- [6] Fernández A, Haro JM, Codony M, et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord* 2006;96:9–20.
- [7] Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European Studies. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):36–41.
- [8] Üstün TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: John Wiley; 1995.
- [9] Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998;7:451–61.
- [10] Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 2001;179:317–23.
- [11] Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002;17:S1–S11.
- [12] Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;23:25–36.
- [13] Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, et al. Increased Recognition of Depression in Primary Care. Comparison between Primary-Care Physician and *ICD-10* Diagnosis of Depression. *Psychother Psychosom* 2005;74:225–30.
- [14] Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract* 1998;48:1840–4.
- [15] Aragonés 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;34:331–43.
- [16] Dowrick C, Buchan I. Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ* 1995; 311:1274–6.
- [17] Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ* 2008;178:997–1003.
- [18] Lin EH, Katon WJ, Simon GE, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care* 1997;35:831–42.
- [19] Katz SJ, Kessler RC, Lin E, Wells KB. Medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med* 1998; 13:77–85.
- [20] Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Psychiatry* 2000;15: 284–92.
- [21] Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:55–61.
- [22] Wang PS, Demler O, Kessler RC. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health* 2002;92:92–8.
- [23] Weilburg JB, O’Leary KM, Meigs JB, Hennen J, Stafford RS. Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psych Serv* 2003;54:1233–9.
- [24] Dobscha SK, Gerrity MS, Corson K, Bahr A, Cuilwik N. Measuring adherence to depression treatment guidelines in a VA primary care clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:230–7.
- [25] Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095–105.
- [26] Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, LIDO Group. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004;161:1626–34.
- [27] Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, et al. Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:171–6.
- [28] Wang PS, Lane M, Olfson M, et al. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 629–40.
- [29] Joo JH, Solano FX, Mulsant BH, Reynolds CF, Lenze EJ. Predictors of adequacy of depression management in the primary care setting. *Psychiatr Serv* 2005;56:1524–8.
- [30] Kniesner TJ, Powers RH, Crogham TW. Provider type and depression treatment adequacy. *Health Policy* 2005;72:321–32.
- [31] Van Os TWDP, Van den Brink RHS, Van der Meer K, Ormel J. The care provided by general practitioners for persistent depression. *Eur Psychiatry* 2006;21:87–92.
- [32] Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *Br J Psychiatry* 2007;190:172–3.
- [33] Sewitch MJ, Blais R, Rahme E, Bexton B, Galameau S. Receiving guideline-concordant pharmacotherapy for major depression: impact on ambulatory and inpatient health service use. *Can J Psychiatry* 2007; 52:191–200.
- [34] Pinto-Meza A, Fernández A, Serrano-Blanco A, Haro JM. Treatment adequacy of pharmacological antidepressant treatment in Spanish primary care. A 6 months naturalistic follow-up study. *Psychiatr Serv* 2008;59:78–83.
- [35] Mischoulon D, McColl-Vuolo R, Howarth S, et al. Management of major depression in the primary care setting. *Psychother Psychosom* 2001;70:103–7.
- [36] Hepner KA, Rowe M, Rost K, et al. The effect of adherence to practical guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med* 2007; 147:320–9.
- [37] Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corr J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526–33.
- [38] Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009.
- [39] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. *User’s guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Research Version. New York: Biometrics Research; 1996. p. 1996.
- [40] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [41] Bobes J, Badia X, Luque A, et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)* 1999;112:530–8.
- [42] Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11:89–95.
- [43] National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Available at [www.nice.org.uk/cg023niceguideline](http://www.nice.org.uk/cg023niceguideline).

- [44] American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [45] Araya R, Lewis GH, Rojas G, Mann AH. “Patient knows best” detection of common disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *BMJ* 2001;322:79–81.
- [46] Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners’ attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychol Med* 2000;30:413–9.
- [47] Gask L, Dixon C, May C, Dowrick C. Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Br J Gen Pract* 2005;55:854–9.
- [48] Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for *DSM-III-R* (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630–6.
- [49] Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the Structured Clinical Interview for *DSM-III-R*: an evaluative review. *Compr Psychiatry* 1994;35:316–27.
- [50] Peveler R, Kendick T. Treatment delivery and guidelines in primary care. *Br Med Bull* 2001;57:193–206.
- [51] Katemdahl DA, Larme AC, Palmer RF, Amodei N. Reflections on *DSM* classification and its utility in primary care: case studies in “mental disorders”. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7:91–9.
- [52] McLeod D, on behalf of The MaGPIe Research Group. General practitioner recognition of mental illness in absence of a ‘gold standard’. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:789–94.
- [53] Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323(7321):1100–2.
- [54] Pollock K, Grime J. Patients’ perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ* 2002;325:687.
- [55] Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry* 2007;68(2):20–6.
- [56] Thomas-MacLean R, Stoppard JM. Physicians’ constructions of depression: inside/outside the boundaries of medicalization. *Health (London)* 2004;8:275–93.
- [57] Parker D. Beyond major depression. *Psychol Med* 2005;35:467–74.
- [58] Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorders. New York: Oxford University Press; 2007.
- [59] Kirk SA, Kutchins H. The selling of *DSM*: the rhetoric of science in psychiatry. New York: Aldine de Gruyter; 1992.
- [60] Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273:1026–31.

## 5.2. Resultados adicionales

El artículo realizado con los datos del proyecto ESEMED-Europa, al ser un short report, no presenta en detalle la información relativa al episodio de depresión mayor, sino que presenta los datos globales (que incluyen ansiedad y depresión). A continuación vamos a presentar brevemente los datos referentes tan solo a la depresión.

La figura 4 señala los porcentajes de tratamientos mínimamente adecuados en total, por tipo de atención recibida (Atención Primaria vs Especialistas en Salud Mental) y por país. Los datos de adecuación global oscilan entre 28,43% (95% CCI 19,61%-39,29%) en España y 57,94% (95% CI 40,92-73,26%) en Holanda. No existen diferencias significativas en el grado de adecuación entre los 6 países (Uncorrected  $\chi^2(5)=389,3520$ ; Design-based  $F(4,85;40143,25)=2,0365$ ;  $P=0,0725$ ). Para la atención generalista los porcentajes oscilan entre 15,83% (95%CI 7,63%-29,97%) en Francia y 46,59% (95%CI 25,74%-68,7%) en Italia. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los 6 países (Uncorrected  $\chi^2(5)=391,9644$ ; Design-based  $F(4,65; 37948,75)=1,3395$   $P = 0,2472$ ). El porcentaje de tratamientos mínimamente adecuados que se realizan en el sector especialista en salud mental oscila entre 26,04% (95%CI 16,66-38,28) en España y 77,03% (95% CI 58,81-88,73) en Francia, existiendo diferencias estadísticamente significativas (Pearson: Uncorrected  $\chi^2(5)=2749,2887$ ; Design-based  $F(5, 103925)=6.533$ ;  $P=0,0000$ ) Si se toma el global de Europa, la adecuación del tratamiento para la depresión es de 24,35% (95%CI 17,49%-32,82%) para la atención general, 56,1% (47,29%-64,54%) para la atención especializada y de 45,8% (38,47%-53,05%) en global.

En los análisis bivariados en todos los países excepto en Bélgica, Italia y España, los profesionales del sector general de salud tienen una odds menor (y estadísticamente significativa) de realizar un tratamiento que puede ser considerado mínimamente adecuado (Bélgica OR= 0,55 95%CI 0,24-1,29; Francia OR=0.16 95%CI 0,07-0,39; Alemania OR= 0,11 95%CI 0,03-0,39; Italia OR=1,88 95%CI 0,52-6,74; Holanda OR= 0,15 95%CI 0,07-0,33; España OR=0,88 95%CI 0,50-1,54). La tabla 14 muestra los modelos realizados estratificando por nivel asistencial. En la asistencia primaria de salud el único factor que se asocia a la adecuación del tratamiento es el estado de salud autopercebido, a medida que se incrementa la percepción de salud disminuye la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. No se han hallado diferencias en función del país. Por otro lado, en la asistencia especializada en Salud Mental, sí

que existen diferencias en función del país. Comparado con España, las personas que viven en Francia, Alemania u Holanda tienen una odds mayor de recibir un tratamiento adecuado.

Figura 4. Porcentaje de tratamientos adecuados para el episodio depresivo mayor, por país y nivel asistencial en Europa.

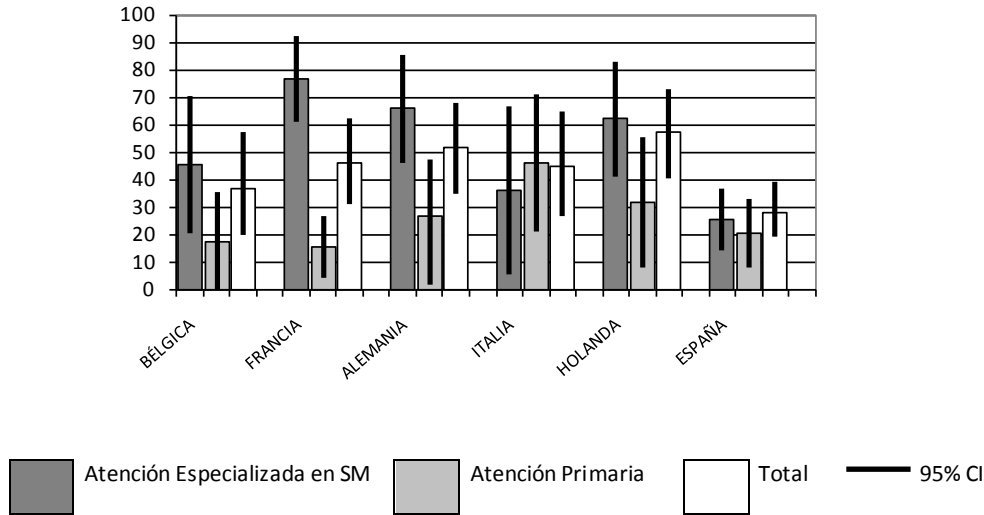


Tabla 14. Factores asociados a recibir un tratamiento adecuado, estratificando por nivel asistencial en Europa.

|   | Modelo 1<br>(Asistencia en AP)<br>OR (95% CI) | Modelo 2<br>(Asistencia en SM)<br>OR (95% CI) |
|---|---|---|
| <b>Género:</b> Mujer vs. Hombre   | 2,51 (0,99-6,37)                              | 1,89 (0,99-3,60)                              |
| <b>Edad</b> (centralizada en la mediana, 42 años)                             | 1,00 (0,98-1,03)                              | 0,99 (0,97-1,01)                              |
| <b>Urbanicidad:</b> > de 100.000 habitantes vs ciudad de < 100.000 habitantes | 0,51 (0,98-1,03)                              | 1,34 (0,61-2,94)                              |
| <b>Situación laboral:</b> Empleo remunerado vs no están trabajando            | 1,92 (0,88-4,20)                              | 1,05(0,57-1,92)                               |
| <b>Condiciones físicas crónicas:</b> presencia vs ausencia                    | 0,42 (0,18-1,00)                              | 0,93 (0,46-1,88)                              |
| <b>Estado de salud autopercebido</b> (centralizado en la mediana, 70 puntos)  | 0,98 (0,97-0,99)*                             | 1,00 (0,99-1,01)                              |
| País  |   |   |
| Francia vs España   | 0,64 (0,18-2,27)                              | 3,31 (1,16-9,45)*                             |
| Alemania vs España  | 0,98 (0,24-4,06)                              | 3,04(1,04-8,93)*                              |
| Italia vs España  | 1,68 (0,43-6,60)                              | 0,60(0,16-2,25)                               |
| Holanda vs España   | 1,16 (0,33-4,01)                              | 3,01(1,13-8,00)*                              |
| Bélgica vs España   | 0,52 (0,16-1,68)                              | 0,51(0,21-1,01)                               |

\* p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,005; \*\*\*\*p<0,001

La tabla 15 muestra el mismo modelo que se presenta en el artículo, pero considerando tan solo los datos referentes a personas con un diagnóstico de depresión. Los resultados son muy similares a los presentados en el artículo realizados con la muestra que incluía también los trastornos de ansiedad. En el primer modelo, que no incluye la interacción, recibir atención en el sector de atención primaria de salud disminuye la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. Tomando España como referencia, vivir en Francia, Alemania u Holanda incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado. En el segundo modelo, que incluye la interacción país por nivel de interacción, el nivel donde se reciba la interacción deja de ser significativo. De nuevo, vivir en Francia, Alemania u Holanda (respecto a España) incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. Al considerar la interacción, vivir en Francia, Alemania u Holanda (tomando como referencia España) disminuye la probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado en el sector de salud general.

Tabla 15. Factores asociados a recibir un tratamiento adecuado global en Europa

|  | Modelo 1<br>(sin interacción)<br>OR (95% CI) | Modelo 2<br>(con interacción)<br>OR (95% CI) |
|--|--|--|
| <b>Género:</b> Mujer vs. Hombre  | 1,62 (0,99-2,64)                             | 1,69 (1,01-2,83)*                            |
| <b>Edad</b> (centrada en la mediana, 42 años)                                | 1,00 (0,99-1,01)                             | 1,00 (0,98-1,02)                             |
| <b>Urbanidad:</b> > de 100.000 habitantes vs ciudad de < 100.000 habitantes  | 0,90 (0,52-1,55)                             | 0,82 (0,47-1,45)                             |
| <b>Situación laboral:</b> Empleo remunerado vs no están trabajando           | 1,41 (0,90-2,22)                             | 1,56(0,97-2,51)                              |
| <b>Condiciones físicas crónicas:</b> presencia vs ausencia                   | 0,93 (0,54-1,60)                             | 0,90 (0,51-1,57)                             |
| <b>Estado de salud autopercebido</b> (centralizado en la mediana, 70 puntos) | 0,99 (0,98-1,00)                             | 0,99(0,98-1,00)                              |
| <b>Nivel de atención:</b> Atención general vs Especialista                   | 0,36 (0,25-0,53)****                         | 0,82 (0,43-1,55)                             |
| <b>País</b>  |  |  |
| Francia vs España  | 2,51 (1,32-4,75)***                          | 5,15<br>(2,19-12,11)****                     |
| Alemania vs España   | 3,16(1,54-6,47)***                           | 7,15<br>(2,78-18,42)****                     |
| Italia vs España   | 2,07(0,92-4,66)                              | 1,06(0,35-3,24)                              |
| Holanda vs España  | 3,17(1,66-6,07)****                          | 6,86<br>(3,00-15,72)****                     |
| Bélgica vs España  | 1,59 (0,77-3,31)                             | 1,80 (0,74-4,40)                             |
| <b>INTERACCIÓN</b>   |  |  |
| Francia * atención general   |  | 0,21(0,07-0,60)***                           |
| Alemania * atención general  |  | 0,13(0,03-0,52)***                           |
| Italia * atención general  |  | 2,60 (0,66-10,24)                            |
| Holanda * atención general   |  | 0,17 (0,06-0,50)****                         |
| Bélgica * atención general   |  | 0,76 (0,24-2,43)                             |

\* p<0,05; \*\*p<0,01;\*\*\*p<0,005;\*\*\*\*p<0,001

5.3. Resumen de los resultados

En la tabla 16, a modo de resumen, se muestran los resultados relacionados con los objetivos planteados en esta tesis.

Tabla 16. Resumen de los resultados de la tesis.

| OBJETIVO  | RESULTADO  |
|---|--|
| 1. Estimar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor entre las personas que han acudido a los servicios de salud en España.  | El porcentaje de tratamientos mínimamente adecuado para el episodio depresivo mayor en España es de: <b>28,43% (95% CI 19,61-39,29)</b>  |
| 2. Estimar y comparar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor entre las personas que han acudido a los servicios de salud en un año determinado en Francia, Italia, Bélgica, Alemania y Holanda. | El porcentaje de tratamientos mínimamente adecuado para el episodio depresivo mayor es de:<br><b>FRANCIA:</b> 46,74% (95% CI 31,59%-62,52)<br><b>ALEMANIA:</b> 52,05% (95% CI 35,05-68,59)<br><b>ITALIA:</b> 45,36% (95% CI 27,06-65,02)<br><b>HOLANDA:</b> 57,94% (95% CI 40,92-73,26)<br><b>BÉLGICA:</b> 36,87% (95% CI 10,11-57,54)<br>A nivel bivariado, no existen diferencias significativas en el grado de adecuación entre los 6 países: <b>P = 0,0725</b> . En los modelos ajustados que incluye la interacción, <b>sí que se detectan diferencias entre países</b> .   |
| 3. Estimar la proporción de tratamientos adecuados del episodio depresivo mayor por nivel asistencial (Atención Primaria y Atención Especializada) en España.   | Grado de adecuación en <b>Atención Primaria:</b><br><b>ESEMeD:</b> 20,99% (95% CI 11,37-35,49)<br><b>ETAPS:</b><br>*Depresión Mayor según SCDI-I: 25% (95% CI 17-34)<br>*Depresión Mayor según médico de AP: 21% (95% CI 16-26)<br><b>DASMAP:</b><br><i>Depresión Mayor según SCDI-I:</i><br>*Autoinformado: 39,35% (95% CI 33,46-45,24)<br>*Según HCl: 54,91 % (95% CI 49,48-60,36)<br><i>Depresión Mayor según médico de AP:</i><br>*Autoinformado: 41,76% (95% CI 35,77-47,99)<br>*Según HCl: 63,36% (95% CI 57,23-69,08)<br><br>Grado de adecuación en el <b>sector especializado en Salud Mental:</b><br>26,04% (95%CI 16,66-38,28) |
| 4. Comparar la proporción de tratamientos adecuados realizados en la atención primaria con los de atención especializada en salud mental en España, Francia, Italia, Bélgica, Alemania y Holanda.                             | <b>No existen diferencias</b> en el % de tratamientos adecuados entre los 6 países en el <b>nivel asistencial general:</b> P = 0,2472, En el modelo ajustado realizado sólo con los pacientes de Atención Primaria, tampoco se detectan diferencias, <b>Sí existen diferencias</b> en el % de tratamientos adecuados entre los 6 países <b>en el nivel asistencial especializado en Salud Mental:</b> P<0,001). En el modelo ajustado realizado sólo con los pacientes de Salud Mental, estas diferencias se mantienen.  |

| OBJETIVO  | RESULTADO  |
|---|--|
| <p>5. Identificar qué factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes se asocian a la adecuación del tratamiento en global y por nivel asistencial.</p>                                  | <p><b>A NIVEL GLOBAL:</b><br/>El único factor sociodemográfico que se asocia es el género: las mujeres tienen una probabilidad mayor de recibir un tratamiento adecuado. Se produce una interacción entre país y nivel asistencial: En España, Italia y Bélgica no existen diferencias en la magnitud de tratamientos adecuados entre la atención primaria y el especializado en Salud Mental. En Holanda, Francia y Alemania las personas que se han visitado con un especialista en Salud Mental tienen un odds mayor de tener un tratamiento adecuado</p> <p><b>EN ATENCION PRIMARIA:</b></p> <p><b>ETAPS:</b><br/>*<i>Depresión Mayor según SCDI-I:</i> El único factor que se asocia a la adecuación del tratamiento es realizar visitas adicionales con el especialista en Salud Mental (OR=1,64 95% CI 1,12-2,39)<br/>*<i>Depresión Mayor según médico:</i> El único factor que se asocia a la adecuación del tratamiento es realizar visitas adicionales con el especialista en Salud Mental ( OR=1,62 95%CI 1,26-2,10)</p> <p><b>DASMAP:</b><br/><i>Depresión Mayor según SCDI-I:</i><br/>*Autoinformado: Haber consultado al especialista en Salud Mental (OR=2,95 95% CI 1,88-4,62) y la discapacidad autopercebida (OR= 1,04 95% CI 1,01-1,07) se asocian a recibir un tratamiento mínimamente adecuado,<br/>*Según historia clínica: la discapacidad autopercebida (OR= 1,03 95% CI 1,00-1,05) se asocia a recibir un tratamiento mínimamente adecuado.<br/><i>Depresión Mayor según médico:</i><br/>*Autoinformado: Tener una enfermedad física crónica (OR=3,21 95% CI 1,00-10,26) Y la discapacidad autopercebida (OR= 1,08 95% CI 1,04-1,11) se asocian a recibir un tratamiento mínimamente adecuado.<br/>*Según historia clínica: Haber consultado al especialista en Salud Mental (OR=2,11 95% CI 1,05-4,23)se asocia a recibir un tratamiento mínimamente adecuado.</p> |
| <p><b>Objetivo secundario metodológico:</b><br/>Estimar la concordancia entre los resultados obtenidos utilizando la información dada por el paciente y la extraída de la historia clínica.</p> | <p>*<i>Depresión Mayor según SCDI-I:</i><br/>El grado de concordancia entre los dos métodos es de 62,96% con un índice kappa de 0,29<br/>*<i>Depresión según médico::</i><br/>El grado de concordancia entre los dos métodos es de 58,72% con un índice kappa de 0,24<br/>Cuando se utilizan datos extraídos de la historia clínica, los porcentajes de adecuación son más altos.</p>  |



## 6. DISCUSION

### *6.1. El nivel de adecuación global del tratamiento del episodio depresivo mayor en Europa es bajo*

Los datos apuntan a que aproximadamente la mitad de las personas que reciben un tratamiento para la depresión, independientemente del sector donde lo reciban, recibe un tratamiento adecuado. En concreto, la proporción de tratamientos mínimamente adecuados para la depresión en global en el total de los seis países europeos es de 45,8% (95% CI 38,47-53,05), oscilando entre 28,43% (95% CI 19,61-39,29) en España y 57,94% (95% CI 40,92-73,26) en Holanda. Es decir, puede considerarse un nivel de adecuación bajo, existiendo un amplio margen de mejora en algunos países. Los datos son similares a los de Wang et al (71) en los USA utilizando una metodología muy similar a la nuestra.

Si tenemos en cuenta los datos específicos de porcentaje de tratamientos adecuados en la Atención Primaria, los porcentajes oscilan entre el 21% y el 63% en función del estudio, la definición utilizada y el método a partir del que se extraigan los datos. Este último factor será tratado en el punto 6.5 de esta discusión. De todos modos, los datos son similares a los encontrados en otros estudios (42;45-47;59;62-64;68-72;75;81;123). El hecho de que el dato sobre la magnitud del tratamiento mínimamente adecuado para la depresión en Atención Primaria en España (utilizando el ESEMeD) coincida con los datos del estudio ETAPS en

Catalunya (20.99% vs 21%) dota de robustez a esta estimación. Las diferencias con los porcentajes de adecuación estimados con los datos del DASMAP pueden ser debidos a dos factores: 1) la definición del estudio DASMAP no incluye la duración del tratamiento y/o 2) entre los estudios ETAPS (2001-2002) /ESEMeD (2001-2003) y el estudio DASMAP (2005-2006) han transcurrido entre 3 y 4 años, que han podido suponer una mejora en el manejo de la depresión por parte de los médicos de Atención Primaria. Si el estudio DASMAP no incluye la duración del tratamiento es porque este es un factor controvertido ya que puede estar relacionado con el cumplimiento por parte del paciente y no tanto con la adecuación de la estrategia de tratamiento del proveedor. De todos modos, se decidió incluirlo en los dos primeros estudios para poder permitir comparaciones con otros estudios epidemiológicos a nivel internacional que seguían la misma metodología y no incluirlo en el estudio DASMAP para tener una medida más “pura” de cómo maneja la depresión el médico de Atención Primaria. Estas diferencias en la definición podría suponer una limitación para la comparabilidad de los estudios. Por otro lado, la información del DASMAP sobre cuantas pastillas había tomado en el último mes tenía muchos datos perdidos, con lo cual tampoco nos era útil. Si incluyéramos como análisis de sensibilidad una proxy de duración del tratamiento (contestar que sí a la pregunta *¿ha dejado usted alguna vez de tomar las pastillas?*), los datos de adecuación del tratamiento del estudio DASMAP bajarían de 39.35%<sup>j</sup> a 29.68%, superior al 21% de los otros dos estudios, por lo que la hipótesis de una posible mejoría del manejo de la depresión por parte del médico de Atención Primaria podría ser factible.

Si tenemos en cuenta el grado de adecuación del tratamiento de la depresión por parte del médico de Atención Primaria cuando los casos estudiados son aquellos que el médico considera que tienen depresión (y no los considerados según entrevista epidemiológica), la adecuación del tratamiento se incrementa, oscilando entre un 25% en los datos del ETAPS y un 41,75% en los datos del DASMAP. Si se toma como fuente la historia clínica informatizada, lo que supondría el mejor escenario para el médico de Atención Primaria, ya que estaríamos estudiando el grado de adecuación del tratamiento para la depresión reconocida por ellos mismos y en función de lo que han escrito en la historia clínica informatizada, este dato subiría a un 63,36% de tratamientos adecuados, que podría ser considerado como moderado alto.

---

<sup>j</sup> Depresión según criterios SCID-I y autoinformada por el paciente, es decir compartiendo la misma metodología que los otros dos estudios.

### *6.2. Existen diferencias en la proporción de tratamientos adecuados en función del país y del nivel asistencial*

Se han encontrado diferencias en la magnitud de tratamientos adecuados en función del sector en el que se reciba la atención en Holanda, Francia y Alemania a favor de los especialistas. En Italia, España y Bélgica no se han detectado diferencias en la magnitud de tratamientos adecuados, en función del nivel asistencial para la depresión. Es posible que diferencias en los sistemas de salud de los países puedan explicar estas diferencias. En Italia y España el médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el tratamiento de la depresión, ya que sirve de “puerta de entrada” al sistema. Normalmente, en estos países, para que una persona vea al especialista es necesario que sea derivado por el médico de Atención Primaria. Es posible que el especialista en Salud Mental de Italia y España funcione más como un interconsultor, que visita al paciente un par de veces, y lo vuelve a derivar al médico de Atención Primaria para que continúe el tratamiento con él. Esto podría explicar porque los niveles de adecuación son los más bajos en el sector especializado en Italia y España, ya que si solo visitan la paciente en un par de ocasiones, no llegarían al mínimo número de visitas requeridas en la definición de adecuación. De todos modos, hay que comentar que la potencia del estudio tomando los datos italianos, es baja (0,50), así que el riesgo de no estar observando diferencias que realmente existen (error tipo II) es alto. Lo mismo sucede con los datos belgas.

En Holanda, el médico de Atención Primaria también funciona como “portero” del sistema de salud. Pero a diferencia de España y Italia, Holanda tiene una red de asistencia para la Salud Mental mucho más desarrollada. Es posible, que al contrario de lo que pasa en Italia y España, el médico de Atención Primaria derive directamente a los casos con depresión a Salud Mental después de 1 o 2 visitas. Según nuestra definición, si sólo ha realizado estas visitas se consideraría inadecuado en AP, pero adecuado en Salud Mental y en global.

Por otro lado, en Holanda, Francia y Alemania, que son los países con mejores indicadores de adecuación en global y en el sector especializado, se ha potenciado a nivel oficial la creación de GPC. Tanto en Francia como en Alemania se han publicado GPC oficiales realizadas por los colegios profesionales, y en Holanda, tanto médicos de Atención Primaria como profesionales

de la Salud Mental colaboran en su elaboración<sup>k</sup>. Esta hipótesis sobre el impacto de las GPC debería ser evaluada, ya que también sabemos que la mera creación de GPC no influye en el manejo de los profesionales, sino que es necesaria una estrategia para su implementación (44;124-126). En España, en el 2008 se publicó la primera GPC oficial sobre la depresión, si en el futuro se repitiera el mismo estudio, se podría valorar el impacto de esta GPC en el manejo de la depresión. Por otro lado, Holanda es uno de los países con los porcentajes de adecuación más elevados, lo que podría estar sugiriendo que una atención integrada y colaborativa entre profesionales impacta la adecuación del tratamiento. De hecho, tanto en el estudio ETAPS como en el estudio DASMAP, el haber visitado adicionalmente a un profesional de la Salud Mental incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. En estos dos estudios simplemente se estudia si en el mismo momento temporal en que la persona se visita con el médico de Atención Primaria, se ha visitado al especialista, lo que no implica una colaboración entre ambos. Pero si lo tomamos como posible *proxy* de atención integrada, los datos concuerdan con las recomendaciones de varios estudios que han evidenciado los beneficios de la colaboración entre médico de Atención Primaria y especialista en Salud Mental en el tratamiento de la depresión (127-129).

### ***6.3. Las características sociodemográficas de los pacientes no se asocian a la adecuación del tratamiento***

El análisis de la literatura nos hizo hipotetizar que no existirían factores relacionados con los factores sociodemográficos, ya que éstos no eran sistemáticas. En el estudio realizado con los datos del proyecto ESEMeD, tan sólo el género se asoció con el hecho de recibir un tratamiento adecuado, teniendo las mujeres una probabilidad mayor de presentar un tratamiento adecuado que los hombres. Esta asociación ya fue descrita por otros (68;73). Los dos artículos que presentan datos sobre adecuación del tratamiento en la Atención Primaria en Catalunya no encontraron ninguna asociación entre factores sociodemográficos y adecuación del tratamiento, lo que puede sugerir que se está dando una atención equitativa. Siguiendo a Andersen (130) se define una atención no equitativa cuando factores relacionados con la estructura social (como el estatus socioeconómico o el nivel educativo) influyen en la

---

<sup>k</sup> La información sobre los diferentes sistemas de salud de los países que participan en el estudio ESEMeD se ha extraído de: <http://www.euro.who.int/observatory>

probabilidad de recibir atención sanitaria. Así, dado que ninguno de estos factores están asociados con la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado, podríamos decir que tanto a nivel Europeo como a nivel de la Atención Primaria Catalana, se está realizando una atención equitativa. De todos modos, la potencia de los estudios calculada en base a esta hipótesis es baja, con lo cual la probabilidad de estar cometiendo un error de tipo II, es decir, no observar diferencias cuando en realidad las hay, es bastante alto.

***6.4. Algunas variables clínicas se asocian a una mayor frecuencia de recibir un tratamiento adecuado. Estas son: la gravedad del trastorno, tener comorbilidad de enfermedades físicas crónicas y el reconocimiento de la depresión por parte del médico.***

La asociación entre recibir un diagnóstico concordante con el gold-estándar por parte del médico de Atención Primaria y recibir un tratamiento adecuado, ha sido estudiado utilizando los datos del DASMAPP. En el modelo 2 del escenario 1<sup>1</sup>, el hecho de que el médico de Atención Primaria realice un diagnóstico concordante con el diagnóstico de la SCID (gold-standard) sí que se asocia con incrementar la adecuación del tratamiento para la depresión. Un reciente estudio (63) ha encontrado esta misma asociación. Esta lógica en parte se repite cuando se estudia la adecuación del tratamiento entre aquellos casos diagnosticados como depresión por el médico de Atención Primaria, ya que presentan un porcentaje de tratamientos adecuados mayor. No es objeto de esta tesis estudiar en profundidad el reconocimiento de la depresión por parte del médico de Atención Primaria<sup>m</sup>, pero este dato nos sugiere que cuando el médico explícitamente reconoce una depresión, entre el 41,76% y el 63,36% del tratamiento será concordante con las GPC. El problema es que no siempre los casos que se reconocen como depresión lo son y algunas depresiones no se reconocen. Quizás una estrategia podría ser dedicar más esfuerzos a incrementar la capacidad diagnóstica del médico de Atención Primaria, aunque, y como se ha discutido en el tercer artículo, otros factores como por el ejemplo incrementar el tiempo por visita del médico de Atención Primaria, también deberían ser tomados en cuenta.

---

<sup>1</sup> Es decir, tomando aquellos casos que tienen depresión según SCID-I y utilizando como fuente para evaluar el grado de adecuación la HCl.

<sup>m</sup> En el tercer artículo se dedica una parte importante de la discusión a este tema.

La gravedad del trastorno depresivo es uno de los factores que se han asociado a recibir un tratamiento adecuado en el estudio DASMMap. Este hecho podría implicar una buena eficiencia de los médicos de Atención Primaria, ya que, las personas más graves, en otras palabras, más necesitadas, tienen una mayor probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado. En una línea similar, el modelo realizado tan sólo con las personas que reciben asistencia en la atención primaria de salud utilizando los datos del ESEMeD, apuntan a que cuando la salud autopercibida por el paciente es alta, la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado baja. Es decir, se dedican los recursos a los más graves.

A diferencia de otros estudios (56;57;78) y en contra de la hipótesis, no hemos encontrado ninguna asociación entre la presencia de enfermedades crónicas y la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado, salvo en el modelo 3 (escenario 2)<sup>n</sup> del estudio DASMMap, que sí que señalaba una asociación entre presentar enfermedades crónicas e incrementar la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. Es posible que la estrategia seguida (considerar presencia/ausencia de enfermedades crónicas) en vez de cada patología por separado, como hacen Harman et al (78), esté influyendo en el hecho de no haber encontrado diferencias en el resto de modelos. En principio, la lógica seguida para hipotetizar que las personas con enfermedades crónicas recibirán un tratamiento más adecuado tiene que ver con el hecho de que si la persona acude más a los centros de salud por su enfermedad, tiene más posibilidades de que se le detecte el trastorno depresivo y en consecuencia, que este sea tratado. Pero por otro lado, la presencia de enfermedades crónicas también puede enmascarar el trastorno depresivo o provocar que no se le dé importancia al considerarlo una consecuencia del estado de salud de la persona o porque se priorizan otras patologías. El estudio de Ani et al (61) tampoco encuentra ninguna asociación entre tratamiento adecuado para la depresión y presencia de comorbilidades. De nuevo, la potencia de los estudios en relación a esta hipótesis es baja, así que es posible que no estar observando diferencias que en realidad sí existen.

---

<sup>n</sup> Es decir, tomando aquellos casos que tienen depresión según médico de AP I y utilizando como fuente para evaluar el grado de adecuación la información dada por el paciente.

### *6.5. Existen diferencias en la estimación de la magnitud de tratamientos adecuados, en función la fuente de información utilizada para valorar la adecuación: paciente/participante vs el médico/historia clínica informatizada*

Utilizando los datos del estudio DASMMap hemos podido observar como el método utilizado influye dramáticamente en las estimaciones de tratamiento adecuados y, en consecuencia, en los factores que se asocian. Los estudios que utilizan la información dada por el paciente pueden tener sesgos de memoria, que jugarían en contra de la estimación de la adecuación. Es decir, los pacientes pueden recordar menos visitas que las que han hecho o bien no recordar los fármacos que están tomando. Bellón et al. (131) ya señalaron que la concordancia entre el número de visitas que los pacientes recuerdan que han hecho al cabo de un año y el número registrado en la historia clínica informatizada suele ser moderada. Del mismo modo Posternak y Zimmernan señalaron que los pacientes suelen recordar bien el tratamiento antidepresivo que están tomando si se trata de sólo un fármaco, teniendo problemas en recordar las politerapia (132). La utilización de datos extraídos de la historia clínica informatizada para valorar la adecuación del tratamiento en principio no está influida por el sesgo de memoria y reflejaría mejor el tratamiento realizado por el médico. Sin embargo, tiene otras limitaciones. Como por ejemplo que depende del grado en que el médico de Atención Primaria tenga actualizada la historia clínica informatizada. A pesar de esto, creemos que representa una mejor manera de evaluar la adecuación del tratamiento del profesional. Una de las implicaciones de este resultado es que es posible que aquellos estudios que utilizan datos autoinformados estén infravalorando la proporción de tratamientos adecuados.

## 7. LIMITACIONES

Cada uno de los artículos presentados como parte de esta tesis señala las limitaciones que presentan. A modo de resumen, a continuación se presentan las más importantes así como alguna consideración sobre el efecto de las diferencias entre los estudios:

Primero, la definición que utilizamos de adecuación de tratamiento es bastante limitada. Una definición claramente de mínimos. Es muy posible que se esté subestimando la proporción de tratamientos inadecuados. Además, no estamos teniendo en cuenta aquellos tratamientos que pueden ser inapropiados por exceso de sesiones. Por ejemplo, un paciente con una depresión mayor haya realizado 100 sesiones en los últimos 12 meses con un psiquiatra o esté tomando más de 6 fármacos diferentes, dudosamente estará recibiendo un tratamiento apropiado a este problema. Por otro lado, valorar la eficacia de un tratamiento psicológico teniendo en cuenta tan sólo el número de sesiones y la duración de las mismas es muy discutible, más teniendo en cuenta que la efectividad de las terapias psicológicas depende en gran parte de las técnicas que se realicen durante las mismas. Valorar como adecuado el hecho de haber realizado 8 sesiones con un psiquiatra o un psicólogo con una duración de 30 minutos es difícilmente justificable, y más en el caso de los estudios ETAPS y DASMAP donde se consideraba adecuada ante la ausencia de tratamiento farmacológico simplemente la realización de 8 sesiones. Además tampoco hemos tenido en cuenta el punto de vista del paciente, es decir, si fue informado o se tuvieron en cuenta sus preferencias. Si bien, lo que sí es perfectamente válido es afirmar que cualquier tratamiento que no haya realizado estas



## LIMITACIONES

sesiones y con esta duración será claramente inadecuado, ya que difícilmente podrá haber aplicado en tan poco tiempo ninguna técnica que haya demostrado su efectividad. En el peor de los casos, la proporción de tratamientos inadecuados podría ser mayor.

Segundo, en el estudio ESEMeD, la sección relacionada con la utilización de servicios era una sección general donde se preguntaba a los participante si *“había hablado con algún profesional (aquí se preguntaba por el tipo) de sus problemas relacionados con sus emociones o salud mental”*. En esta sección no podemos saber a causa de que diagnóstico está recibiendo tratamiento. Es decir, en el caso de comorbilidad, no podemos saber qué tratamiento es el diana. Por otro lado, tampoco podemos saber si algún profesional de la salud ha detectado ese problema. En parte esta limitación se solventa con los artículos realizados utilizando los datos de los proyectos ETAPS y DASMAP y con la creación de los dos escenarios.

Tercero, el algoritmo para valorar si el tratamiento para la depresión es adecuado o no se basa en criterio de GPC internacionales. De hecho, ha sido recientemente (finales del 2008) cuando se ha publicado la primera GPC oficial para el tratamiento de la depresión española, con lo cual estamos juzgando a los profesionales españoles en base a unos criterios que no tendrían por qué conocer. De todos modos, y como se ha comentado en la primera limitación, se trata de una definición de mínimos.

Cuarto, no se han tenido en cuenta factores relacionados con los profesionales, como actitudes hacia las enfermedades mentales, formación o variables relacionadas con la organización o de estructura que podrían estar afectando, sobretodo en el caso de los profesionales de Atención Primaria, el adecuado reconocimiento de la depresión y posterior manejo.

Quinto, para algunas hipótesis, el tamaño de la muestra utilizado tenía una potencia baja, con lo que la probabilidad de no estar observando diferencias cuando realmente las hay, es bastante alta. Esto nos hace considerar los resultados con cautela.

Por último, el tiempo que ha transcurrido entre los 3 estudios, así como las diferentes definiciones y metodologías para valorar la proporción de tratamientos adecuados, pueden limitar la realización de conclusiones globales.

## 8. IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los resultados de esta tesis sugieren que la proporción de tratamientos adecuados para la depresión es baja. Teniendo en cuenta no solo la carga económica y social de estos trastornos, sino también el empeoramiento en la calidad de vida de las personas que los padecen, urgen estrategias activas para intentar mejorar la situación de la salud mental tanto en Europa como en España y Catalunya, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el ámbito de la atención especializada. En el nivel asistencial de atención primaria la proporción de tratamientos adecuados es bastante baja, apenas del 20% según datos del ESEMeD y el ETAPS, y algo mayor con los datos del DASMAP, pero parece que los médicos de familia cuando reconocen la depresión la tratan adecuadamente. Retomando el modelo de Goldberg y Huxley sobre la atención de los problemas mentales en la red pública sanitaria(18), las estrategias en este nivel asistencial deberían centrarse en mejorar las habilidades de los médicos para el adecuado reconocimiento de la depresión, sin olvidar mejorar sus condiciones de trabajo. Por otro lado, hemos visto cómo los casos más graves tienen una probabilidad mayor de recibir una atención adecuada, por lo que los esfuerzos deberían centrarse en aquellos casos con una depresión leve-moderada, que si no se tratan adecuadamente podrían tener un peor pronóstico. Por otro lado, el trabajo en colaboración con el especialista en Salud Mental también incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado. Así una estrategia podría ser favorecer acciones que tuvieran como objetivo fomentar la cooperación y la

coordinación entre ambos niveles(127;133). El *“Pla de Suport a la Primària”*(102) que ese está realizando en algunos centros de Atención Primaria de Catalunya, podría ser un ejemplo.

Otra estrategia podría ser la implementación estructurada de las guías clínicas para los trastornos mentales. A finales del 2008 se presentó la GPC para la depresión española, pero la mera presentación de una GPC no obtiene resultados, y se han de buscar estrategias activas para una buena implementación. Se ha sugerido que la implementación de programas informáticos que incluyeran preguntas claves y árboles de decisión, podrían ayudar a los profesionales en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades (134). Estos programas son rápidos y fáciles de utilizar y no interferirían en las dificultades reales que tienen los profesionales (poco tiempo, mucha carga de trabajo). Pero para poder hacer esto de forma efectiva se necesita llegar a un consenso sobre los criterios que pueden ayudar a elegir un tratamiento u otro, incorporando además de la evidencia recogida en las GPC, la opinión de los diferentes profesionales implicados en el tratamiento de estos trastornos, así como la de los propios pacientes y afectados. En otro nivel, también podría resultar interesante evaluar, a nivel empírico, si aquellas personas que reciben tratamientos concordantes con los mínimos que sugieren las GPC realmente obtienen mejores resultados en salud que aquellas que no lo reciben. Futuras investigaciones podrían evaluar este aspecto. No hemos de olvidar que finalmente lo que importa es mejorar la salud de los pacientes. Si una mayor adherencia a las GPC no mejora los resultados, no tendría mucho sentido seguir favoreciendo esta estrategia (40;124) .

Finalmente, las políticas sanitarias deberían promover y facilitar el acceso a los servicios sanitarios de las personas con problemas emocionales. Pero no sólo deben asegurar la provisión de atención sanitaria, sino que deben garantizar que existen suficientes recursos dedicados a la salud mental y que estos están siendo utilizados de un modo racional, óptimo, equitativo y eficiente. Para poder garantizarlo, es necesario que se realicen evaluaciones continuadas y rigurosas de las estrategias que se implementen.

## 9. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se derivan de esta tesis son:

- 1) Aproximadamente la mitad de las personas que están recibiendo tratamiento para la depresión mayor en los 6 países europeos evaluados reciben un tratamiento mínimamente adecuado.
- 2) Existen diferencias en la adecuación global del tratamiento para la depresión mayor en España, Francia, Bélgica, Italia, Holanda y Alemania. En los países del norte (Francia, Bélgica, Holanda y Alemania) el porcentaje global de tratamientos adecuados es mayor que en los países del sur (España, Italia).
- 3) En el caso de España, el porcentaje de tratamientos adecuados global es bajo, aproximadamente del 30%.
- 4) No existen diferencias en la adecuación del tratamiento para la depresión mayor que se realiza en la Atención Primaria en España, Francia, Bélgica, Italia, Holanda y Alemania.
- 5) Existen diferencias en la adecuación del tratamiento para la depresión mayor que se realiza en el sector especializado en salud mental en España, Francia, Bélgica, Italia,

## CONCLUSIONES

Holanda y Alemania. Comparado con España, en Francia, Alemania y Holanda el porcentaje de tratamientos adecuados es mayor.

- 6)** En España, Italia y Bélgica no existen diferencias en la magnitud de tratamientos adecuados en función del nivel donde se reciba la asistencia (Atención Primaria vs Especialistas en Salud Mental). En Holanda, Alemania y Francia las personas que reciben atención en la atención primaria tienen una menor probabilidad de recibir un tratamiento adecuado.
- 7)** La no asociación, en ninguno de los modelos, de factores relacionados con la estructura social (nivel educativo, situación laboral) sugiere que se está dando una atención equitativa para el tratamiento de la depresión.
- 8)** En el caso concreto de la Atención Primaria en España, el porcentaje de tratamientos adecuados es bajo. Si bien se observa una tendencia temporal a incrementarse.
- 9)** La adecuación del tratamiento cuando el médico de atención primaria considera que el paciente tiene depresión aumenta cuando se evalúa en casos diagnosticados según gold-estandar. La concordancia entre el diagnóstico de depresión según médico de atención primaria y el de gold-estándar incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado.
- 10)** En general, las personas con más discapacidad autopercebida que se tratan en atención primaria tienen más probabilidad de recibir un tratamiento adecuado para la depresión.
- 11)** El haber consultado con un especialista en salud mental incrementa la probabilidad de recibir un tratamiento adecuado para la depresión en la atención primaria. Esto sugiere que fomentar la colaboración entre ambos tipos de profesionales mejoraría la calidad de la atención para la depresión.
- 12)** La fuente de datos que se utilice para crear el algoritmo diagnóstico de tratamiento adecuado para la depresión (información dada por el paciente vs información extraída de la historia clínica), afecta dramáticamente los resultados. Los estudios que utilizan

información dada por el paciente podrían haber infravalorado el porcentaje de tratamientos adecuados.

## CONCLUSIONES

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:10-9.
- (2) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2001.
- (3) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7.
- (4) Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)* 2006 Apr 1;126(12):445-51.
- (5) Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernandez 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 Jan;120(1-3):76-85.
- (6) Haro JM, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Codony M, et al. The Epidemiology of Mental Disorders in the General Population of Spain. In: Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 406-31.
- (7) Paykel ES. Depression: major problem for public health. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006 Jan;15(1):4-10.
- (8) Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press; 1996.
- (9) Ustun TB. El coste mundial de la depresión en el siglo XXI. In: Weissman MM, editor. *Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI*. Barcelona: Ars Medica; 2002. p. 33-42.
- (10) Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005 Aug;15(4):411-23.
- (11) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006 Nov;3(11):e442.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (12) Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. 2005. Bruselas.
- (13) McDaid D, Curran C, Knapp M. Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. *Int Rev Psychiatry* 2005 Oct;17(5):365-73.
- (14) Sobocki P, Jonsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006 Jun;9(2):87-98.
- (15) Generalitat de Catalunya. Cost i càrrega de la depressió a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2010.
- (16) Wahlbeck K, Makinen M. Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities; 2008.
- (17) Saltman RB, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Aff (Millwood)* 1998 Mar;17(2):85-108.
- (18) Goldberg D, Huxley P. *Enfermedad Mental en la Comunidad*. Madrid: Ediciones Nieva; 1990.
- (19) Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004 Jun 2;291(21):2581-90.
- (20) Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:20-6.
- (21) Mechanic D. Removing barriers to care among persons with psychiatric symptoms. *Health Aff (Millwood)* 2002 May;21(3):137-47.
- (22) Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MW, Giel R, Van Der Meer K, Van De Willige G, et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990 Nov;20(4):909-23.
- (23) Prestidge BR, Lake CR. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract* 1987 Jul;25(1):67-72.
- (24) Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996 May;153(5):636-44.
- (25) Von KM, Simon G. The prevalence and impact of psychological disorders in primary care: HMO research needed to improve care. *HMO Pract* 1996 Dec;10(4):150-5.
- (26) Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010 Feb;45(2):201-10.

- (27) Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008 Jan;23(1):25-36.
- (28) National Institute for CLinical Excellence. Depression. Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for clinical excellence.; 2007.
- (29) Muir JA. Atención Sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.
- (30) Tugwell P, Bennett KJ, Sackett DL, Haynes RB. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis* 1985;38(4):339-51.
- (31) Sharpe VA, Faden AI. Appropriateness in patient care: a new conceptual framework. *Milbank Q* 1996;74(1):115-38.
- (32) Lavis JN, Anderson GM. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. *CMAJ* 1996 Feb 1;154(3):321-8.
- (33) Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981 Aug;19(8):855-71.
- (34) Restuccia JD, Gertman P. A comparative analysis of appropriateness of hospital use. *Health Aff (Millwood)* 1984;3(2):130-8.
- (35) Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. *Med Care* 1990 Feb;28(2):95-111.
- (36) Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, Carpay JJ. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: how strong is the evidence to proceed? *Int J Qual Health Care* 2000 Dec;12(6):483-93.
- (37) Peiro S, Meneu R, Lorenzo S, Restuccia JD. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol: a different perspective. *Int J Qual Health Care* 2001 Aug;13(4):341-3, author.
- (38) Oquendo MA, Baca-Garcia E, Kartachov A, Khait V, Campbell CE, Richards M, et al. A computer algorithm for calculating the adequacy of antidepressant treatment in unipolar and bipolar depression. *J Clin Psychiatry* 2003 Jul;64(7):825-33.
- (39) Sackeim HA. The definition and meaning of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 16:10-7.
- (40) Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med* 2007 Sep 4;147(5):320-9.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (41) Forsner T, Wistedt AA, Brommels M, Forsell Y. An approach to measure compliance to clinical guidelines in psychiatric care. *BMC Psychiatry* 2008;8:64.
- (42) Katon W, Von KM, Lin E, Bush T, Ormel J. Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care* 1992 Jan;30(1):67-76.
- (43) Keller MB, Lavori PW. The adequacy of treating depression. *J Nerv Ment Dis* 1988 Aug;176(8):471-4.
- (44) Lin EH, Katon WJ, Simon GE, Von KM, Bush TM, Rutter CM, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care* 1997 Aug;35(8):831-42.
- (45) Weilburg JB, O'Leary KM, Meigs JB, Hennen J, Stafford RS. Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. *Psychiatr Serv* 2003 Sep;54(9):1233-9.
- (46) Dobscha SK, Gerrity MS, Corson K, Bahr A, Cuiwik NM. Measuring adherence to depression treatment guidelines in a VA primary care clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2003 Jul;25(4):230-7.
- (47) Charbonneau A, Rosen AK, Ash AS, Owen RR, Kader B, Spiro A, III, et al. Measuring the quality of depression care in a large integrated health system. *Med Care* 2003 May;41(5):669-80.
- (48) Charbonneau A, Parker V, Meterko M, Rosen AK, Kader B, Owen RR, et al. The relationship of system-level quality improvement with quality of depression care. *Am J Manag Care* 2004 Nov;10(11 Pt 2):846-51.
- (49) Busch SH, Leslie DL, Rosenheck RA. Comparing the quality of antidepressant pharmacotherapy in the Department of Veterans Affairs and the private sector. *Psychiatr Serv* 2004 Dec;55(12):1386-91.
- (50) Stiles PG, Boothroyd RA, Dhont K, Beiler PF, Green AE. Adherence to practice guidelines, clinical outcomes, and costs among Medicaid enrollees with severe mental illnesses. *Eval Health Prof* 2009 Mar;32(1):69-89.
- (51) Dew RE, Kramer SI, McCall WV. Adequacy of antidepressant treatment by psychiatric residents: the antidepressant treatment history form as a possible assessment tool. *Acad Psychiatry* 2005 Jul;29(3):283-8.
- (52) Kniesner TJ, Powers RH, Croghan TW. Provider type and depression treatment adequacy. *Health Policy* 2005 Jun;72(3):321-32.
- (53) Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry* 2005 Feb;66(2):220-7.
- (54) Sorvaniemi M, Alho A, Kesti S, Mattila S, Moglia P, Parssinen H, et al. Improved detection and pharmacotherapy of major depression from 1989 to 2001 in psychiatric outpatient care in Finland. *Nord J Psychiatry* 2006;60(3):239-42.

- (55) Honkonen TI, Aro TA, Isometsa ET, Virtanen EM, Katila HO. Quality of treatment and disability compensation in depression: comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland. *J Clin Psychiatry* 2007 Dec;68(12):1886-93.
- (56) Jones LE, Turvey C, Torner JC, Doebbeling CC. Nonadherence to depression treatment guidelines among veterans with diabetes mellitus. *Am J Manag Care* 2006 Dec;12(12):701-10.
- (57) Jones LE, Turvey C, Carney-Doebbeling C. Inadequate follow-up care for depression and its impact on antidepressant treatment duration among veterans with and without diabetes mellitus in the Veterans Health Administration. *Gen Hosp Psychiatry* 2006 Nov;28(6):465-74.
- (58) Sewitch MJ, Blais R, Rahme E, Bexton B, Galarneau S. Receiving guideline-concordant pharmacotherapy for major depression: impact on ambulatory and inpatient health service use. *Can J Psychiatry* 2007 Mar;52(3):191-200.
- (59) Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum B, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, et al. Chronic forms of major depression are still undertreated in the 21st century: systematic assessment of 801 patients presenting for treatment. *J Affect Disord* 2008 Sep;110(1-2):55-61.
- (60) Cully JA, Zimmer M, Khan MM, Petersen LA. Quality of depression care and its impact on health service use and mortality among veterans. *Psychiatr Serv* 2008 Dec;59(12):1399-405.
- (61) Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Rodriguez M, Baker RS. Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. *J Am Board Fam Med* 2009 Mar;22(2):123-35.
- (62) Prins MA, Verhaak PF, Smolders M, Laurant MG, van der Meer K, Spreeuwenberg P, et al. Patient Factors Associated with Guideline-concordant Treatment of Anxiety and Depression in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2010 Jan 5.
- (63) Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, van MH, Penninx B, et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009 Sep;31(5):460-9.
- (64) Balestrieri M, Carta MG, Leonetti S, Sebastiani G, Starace F, Bellantuono C. Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 Mar;39(3):171-6.
- (65) Joo JH, Solano FX, Mulsant BH, Reynolds CF, Lenze EJ. Predictors of adequacy of depression management in the primary care setting. *Psychiatr Serv* 2005 Dec;56(12):1524-8.
- (66) Schneider F, Harter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, et al. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psychiatry* 2005 Nov;187:462-9.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (67) Katz SJ, Kessler RC, Lin E, Wells KB. Medication management of depression in the United States and Ontario. *J Gen Intern Med* 1998 Feb;13(2):77-85.
- (68) Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States : prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med* 2000 May;15(5):284-92.
- (69) Wang PS, Demler O, Kessler RC. Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health* 2002 Jan;92(1):92-8.
- (70) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003 Jun 18;289(23):3095-105.
- (71) Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jun;62(6):629-40.
- (72) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
- (73) Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001 Jan;58(1):55-61.
- (74) Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1999 Feb;156(2):190-4.
- (75) Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002 Oct;159(10):1746-51.
- (76) Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004 Sep;161(9):1626-34.
- (77) Harman JS, Edlund MJ, Fortney JC. Disparities in the adequacy of depression treatment in the United States. *Psychiatr Serv* 2004 Dec;55(12):1379-85.
- (78) Harman JS, Edlund MJ, Fortney JC, Kallas H. The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans. *J Am Geriatr Soc* 2005 Dec;53(12):2178-83.
- (79) van Os TW, Van den Brink RH, van der Meer K, Ormel J. The care provided by general practitioners for persistent depression. *Eur Psychiatry* 2006 Mar;21(2):87-92.
- (80) Esposito E, Wang JL, Adair CE, Williams JV, Dobson K, Schopflocher D, et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry* 2007 Dec;52(12):780-9.

- (81) Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, Roberge P, Beveridge R. Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009 May;44(5):385-92.
- (82) Fujita A, Azuma H, Kitamura T, Takahashi K, Akechi T, Furukawa TA. Adequacy of continuation and maintenance treatments for major depression in Japan. *J Psychopharmacol* 2008 Mar;22(2):153-6.
- (83) Weinberger MI, Sirey JA, Bruce ML, Heo M, Papademetriou E, Meyers BS. Predictors of major depression six months after admission for outpatient treatment. *Psychiatr Serv* 2008 Oct;59(10):1211-5.
- (84) Tiemeier H, de Vries WJ, van het LM, Kahan JP, Klazinga N, Grol R, et al. Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Qual Saf Health Care* 2002 Sep;11(3):214-8.
- (85) Epstein SA, Hooper LM, Weinfurt KP, DePuy V, Cooper LA, Harless WG, et al. Primary care physicians' evaluation and treatment of depression: Results of an experimental study using video vignettes. *Med Care Res Rev* 2008 Dec;65(6):674-95.
- (86) Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997 Jan 22;277(4):333-40.
- (87) WHO. World report on Knowledge for better health. Strengthening health systems. Geneva: World Health Organization; 2004.
- (88) Garb HN. On empirically based decisions making in clinical practice. *Prevention and Treatment* 2000;3(29).
- (89) Fernandez A, Sánchez-Carracedo D, Navarro-Rubio MD, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B. Opiniones de los médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. *Aten Primaria*. In press 2010.
- (90) El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público. Barcelona: Paidós; 2006.
- (91) Genuis SK, Genuis SJ. Exploring the continuum: medical information to effective clinical practice. Paper I: the translation of knowledge into clinical practice. *J Eval Clin Pract* 2006 Feb;12(1):49-62.
- (92) American Psychological Association. Task force on promotion of promotion and dissemination of psychological procedures. A report adopted by the 12 Division board. 1993.
- (93) Michels R. Tratamiento de la depresión en la nueva escena sanitaria. In: Weissman MM, editor. Tratamiento de la depresión. Una puerta al siglo XXI. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 43-9.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (94) Fernandez A, Haro JM, Codony M, Vilagut G, Martinez-Alonso M, Autonell J, et al. Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *J Affect Disord* 2006 Nov;96(1-2):9-20.
- (95) Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, van MH, Penninx B, et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Med Care* 2010 Mar;48(3):240-8.
- (96) Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007 Jun;115(6):420-33.
- (97) Bermejo I, Schneider F, Kriston L, Gaebel W, Hegerl U, Berger M, et al. Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *Int J Qual Health Care* 2009 Feb;21(1):29-36.
- (98) Charbonneau A, Rosen AK, Owen RR, Spiro A, III, Ash AS, Miller DR, et al. Monitoring depression care: in search of an accurate quality indicator. *Med Care* 2004 Jun;42(6):522-31.
- (99) Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004 Jun;184:526-33.
- (100) Andrews G. Reducing the burden of depression. *Can J Psychiatry* 2008 Jul;53(7):420-7.
- (101) Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bull World Health Organ* 2000;78(4):446-54.
- (102) Generalitat de Catalunya. Salut Mental i Qualitat de vida. Pla director de Salut Mental. Barcelona; 2006.
- (103) Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13(2):93-121.
- (104) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):8-20.
- (105) Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002;11(2):55-67.
- (106) Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de GG, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15(4):167-80.

- (107) Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry* 1991 Nov;159:645-53, 658.
- (108) Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994 Jan;28(1):57-84.
- (109) Agency for Health Care Policy and Researc. Depression Guideline Panel, vol 2: Treatment of Major depression, clinical practice guideline. Rockville, USA; 1993. Report No.: 5.
- (110) American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with major depressive disorder. Second ed. Washington: 2000.
- (111) EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990 Dec;16(3):199-208.
- (112) Zeger SL, Liang KY, Albert PS. Models for longitudinal data: a generalized estimating equation approach. *Biometrics* 1988 Dec;44(4):1049-60.
- (113) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders. REserach Version. New York: Biometrics Research; 1996.
- (114) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001 Sep;16(9):606-13.
- (115) Lowe B, Kroenke K, Herzog W, Grafe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord* 2004 Jul;81(1):61-6.
- (116) Lowe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004 Dec;42(12):1194-201.
- (117) Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, May DJ. Comparability of telephone and In-person structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) diagnoses. *Assessment* 1999 Sep;6(3):235-42.
- (118) Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Penarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med* 2005 Aug;20(8):738-42.
- (119) Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van WB. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Br J Psychiatry Suppl* 2000;(39):s28-s33.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (120) Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med* 1997;27(2):93-105.
- (121) Sheehan KH, Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discriminative metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 2008 Mar;23(2):70-83.
- (122) Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 2001 Oct;179:317-23.
- (123) Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002 Jun;17 Suppl 1:S1-11.
- (124) Whitty P, Gilbody S. NICE, but will they help people with depression? The new National Institute for Clinical Excellence depression guidelines. *Br J Psychiatry* 2005 Mar;186:177-8.
- (125) Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med* 2001 Sep;16(9):614-9.
- (126) Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003 Jun 18;289(23):3145-51.
- (127) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006 Nov 27;166(21):2314-21.
- (128) Katon W, Von KM, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995 Apr 5;273(13):1026-31.
- (129) Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001 Oct;158(10):1638-44.
- (130) Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995 Mar;36(1):1-10.
- (131) Bellon JA, Lardelli P, Luna JD, Delgado A. Validity of self reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2000 Jul;54(7):544-51.
- (132) Posternak MA, Zimmerman M. How accurate are patients in reporting their antidepressant treatment history? *J Affect Disord* 2003 Jul;75(2):115-24.

- (133) Gask L, Bower P, Lovell K, Escott D, Archer J, Gilbody S, et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implement Sci* 2010;5:15.
- (134) Trivedi MH, Kern JK, Grannemann BD, Altshuler KZ, Sunderajan P. A computerized clinical decision support system as a means of implementing depression guidelines. *Psychiatr Serv* 2004 Aug;55(8):879-85.