



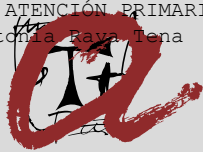
## **EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA**

**Antonia Raya Tena**

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

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

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



# **EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA**

---

Antonia Raya Tena



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN  
GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA  
POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA EN PERSONAS CON  
DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

Directoras: Dra M<sup>a</sup> Isabel Fernández San Martín

Dra Maria F. Jiménez Herrera

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena



FAIG CONSTAR que el present treball, titulat “Efectividad de una intervenció grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en personas con depresión y comorbilidad física”, que presenta **Antonia Raya Tena** per a l’obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d’Infermeria d’aquesta Universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en personas con depresión y comorbilidad física”, que presenta **Antonia Raya Tena** para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Enfermería de esta Universidad.

I STATE that the current work, titled “Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en personas con depresión y comorbilidad física”, submitted by **Antonia Raya Tena** for the PhD degree, has been conducted under our supervision at the Department of Nursing of this University.

Tarragona, 4 de juny 2023

Les directores de la tesi,  
Las directoras de la tesis,  
PhD Supervisors,

Dra. Maria F. Jiménez-Herrera

Dra. Maria Isabel Fernández San Martín

María Francisca  
Jiménez Herrera -  
DNI 39682575P  
(TCAT)

Firmado digitalmente por  
María Francisca Jiménez  
Herrera - DNI 39682575P  
(TCAT)  
Fecha: 2024.06.04 10:50:21  
+02'00'

Firmado por FERNANDEZ SAN MARTIN MARIA  
ISABEL - \*\*\*4507\*\* el día 04/06/2024 con  
un certificado emitido por AC FNMT  
Usuarios

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA  
Antonia Raya Tena

*Para mi madre, in memoriam*



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

*“Si fuera posible vivir el resto de la existencia de alguna forma nueva... ¿Comprendes? Despertarte una mañana clara y tranquila y notar que has empezado a vivir de nuevo, que todo lo pasado ha caído en el olvido, que se ha disipado como el humo.”*

El tío Vania (1899), Chéjov

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

## AGRADECIMIENTOS

---

Llegado a este punto en el que debo escribir los agradecimientos me gustaría recordar la premisa sobre la que se sostiene que lo importante no es a dónde vas, sino con quien has hecho el camino. Y en este caminar de más de 4 años va a ser difícil ser breve porque siento el privilegio y la fortuna de contar muchas personas que, en un momento u otro, me han acompañado hasta aquí y sin las que no hubiera sido posible llegar al final.

Quiero empezar agradeciendo a mis directoras de tesis haber podido contar con ellas durante esta asombrosa aventura.

A la Dra María Jiménez por su predisposición a resolver cualquier duda en cualquier momento y sus palabras de ánimo cuando más lo necesitaba, el “Antonia esto es una maratón y te queda un kilómetro para llegar a la meta” no tan sólo no lo olvidaré nunca sino que, con su permiso, pienso utilizarlo en múltiples ocasiones. Y a la Dra Maribel Fernández por creer en mi desde un principio, por sus horas y horas de supervisión, de perfeccionamiento metodológico, por su disposición para enseñarme estadística a pesar de saber que suponía enfrentarse a priori a una batalla perdida, por su alegría y su risa que hace más liviana la tarea sea cual sea ésta, por su paciencia al respetar siempre mi ritmo de trabajo sin exigencias y con alabanzas fuera cual fuera el resultado final, pero sobre todo, gracias Maribel por tu amistad.

A Rocío Casañas, por iniciarme en la experiencia de los grupos psicoeducativos, por todo lo que aprendí a tu lado, por los viajes que compartimos durante el proceso de elaboración de tu tesis doctoral sin la que, estoy completamente convencida, yo no hubiera podido realizar nunca la mía.

A todos los miembros del grupo de investigadores PSICODEP porque, en cierto modo, son co-autores de este trabajo: Glória Saüch, Eva M<sup>a</sup> Fernández, Roser Masa, Marc Casajuana, Celia Cols, Jacobo Mendioroz, Susana González, Luis Miguel Martín y Quinti Foguet. En especial a Jaume Martín que coordinó el trabajo de campo de manera excepcional, sin él la investigación jamás hubiera tenido el rigor que la ha caracterizado.

A Miguel Ángel Muñoz, coordinador de la Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona ciutat por creer en mí y animarme en momentos difíciles sin cuestionar en ningún momento mis decisiones.

A la IDIAP Jordi Gol i Gurina por sus aportaciones económicas y de intensificación sin las que tampoco hubiera sido posible llegar a finalizar mi tesis. Gracias por facilitar la investigación a las profesionales asistenciales como es mi caso.

A todas la enfermeras de Atención Primaria de Catalunya que han contribuido en la investigación liderando la intervención grupal psicoeducativa, sin ellas este proyecto no se hubiera podido llevar a cabo. A todos los pacientes que han colaborado y han querido participar en los grupos psicoeducativos ya que sin ellos, evidentemente, hubiera sido imposible realizar la tesis.

A las vecina y vecinos del Raval de los que he aprendido a cuidar en colectividad y a luchar por causas de justicia social. Por su solidaridad y soporte mutuo cuando es necesario. Gracias en especial a Iñaki de El Lokal, por estar siempre pendiente de lo que pasa en el barrio y explicármelo los lunes de domicilios cuando lo paso a ver.

A Montse, Nuria, Dolors y Anna por todo lo aprendido a su lado, son para mí mujeres referentes tanto en lo profesional como en lo personal.

A Mayte Grillo por su generosidad al ofrecerse voluntaria para trabajar por mi si lo necesitaba, son cosas que no olvidaré nunca por el valor humano que tienen. Gracias amiga.

A la “UBA dels motivats” por hacer siempre honor a su mote y mantener mi interés en otros aspectos alejados de la clínica y del barrio. No todo es ciencia y vosotros lo hacéis posible.

A mis residentes, tanto los de enfermería como los de medicina: Agnès, Natalia, Carolina, Pelayo, Natalia T., Celia, Anna, Saúl, Cristina, Alicia, Ángela, Marta S., Lupe, Pablo, Agustín y Marta B., por vuestras miradas de admiración, por compartir risas y llantos, por ese “qué?, com va el doctorat?”, porque son pura vida y me cargan de energía. Y en especial a Celia, Cris, Pablo y las Annas, con todas ellas puedo contar siempre en momentos de cansancio e incertidumbre, su infinita paciencia al escucharme no tiene precio. Poder emocionarnos juntas es todo un regalo.

A Rocío Albuixech, María Rodríguez, Alba Roselló y Laura Romera por ser ejemplo e inspiración como doctoras a las que poder tener como referentes por sus excepcionales trabajos de investigación. A la última además la quiero por su tenacidad, coherencia y valor para abandonar cuando algo duele, compartir el grupo de wsp “disidencia Raval” con ella es un bálsamo para mis heridas.

A los miembros de la Junta del FoCAP: Aurora, Blanca, Cesca, Espe, Gemma, Isa, Jordi, Mariluz, Meritxell, MJ Sanmamed, MJ Herrero, Nani, Albert, Anna, Eva y Laia, por dejarme generar relato enfermero en nuestros encuentros. No es fácil en un sistema de salud medicocéntrico y ellas lo hacen posible mostrando siempre interés y respeto.

A las compañeras de la Unitat Docent que han sido las últimas en incorporarse al viaje, en especial a Judit y Sandra que aguantan mis comentarios de desesperación en esta etapa.

*Esta tesis la quiero dedicar especialmente:*

A mis padres, Manuel y Consuelo, por su valentía y coraje al abandonar su tierra natal y su familia para brindarnos una vida mejor, gracias por hacerla posible con vuestro esfuerzo, demasiado a menudo se nos olvida y está bien recordarlo.

A mis hermanos Jose y Maica con los que me gustaría poder compartir más momentos de risas, por aguantar impasibles mi verborrea, por disimular y hacer ver que os interesara todo lo que pasa por mi cabeza, os quiero.

A Adriana y Claudia, mis sobrinas, mujeres de las que aprender a deconstruirse aunque el adjetivo de “machas” les viene al pelo.

A Jaumepetit e Irene por ser y estar en mi vida, por darle sentido. Gracias por vuestra paciencia infinita durante mis ausencias y por animarme a seguir en momentos de bajón. Os quiero de manera incondicional.

Y a Jaume, mi compañero de vida, con el que me enfado y rio a partes iguales. Gracias por dejarme hacer siempre lo que me da la gana, por mostrar tu admiración, por darme tu apoyo cuando lo necesito. Te diría que te quiero por costumbre pero no, te quiero porque eres el mejor compañero de viaje que hubiera podido imaginar.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA  
Antonia Raya Tena

Una llamada por teléfono de un caluroso mediodía de verano ...



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## PRESENTACIÓN

---

Todo empieza con una llamada por teléfono de un caluroso medio-día de verano de Maribel, coordinadora del grupo de investigación trastorno mental severo del IDIAP Jordi Gol i Gurina al que pertenezco. Me explica que el proyecto de los grupos psicoeducativos para personas con depresión y comorbilidad física ha recibido una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Instituto Carlos III y me pregunta que por que no me doctoro con él.

El proyecto de los grupos psicoeducativos para personas con depresión en población general en el que habíamos colaborado de manera muy activa y del que partíamos como experiencia previa era un trampolín del que poder tirarme a la aventura. Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física liderada por enfermeras de atención primaria sería, a partir de entonces, el objetivo del proyecto y el afán del grupo de investigación PSICODEP. Como enfermera de Atención Primaria era un privilegio poder aportar evidencia a una intervención enfermera realizada en este ámbito. Llevar a cabo el proyecto permitía además mantener la línea continuista del grupo investigador sobre los grupos psicoeducativos y la depresión.

El proyecto se diseñó como un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en el que participaron profesionales de toda Catalunya. La presentación del proyecto en los diferentes equipos de atención primaria de Catalunya, la revisión del protocolo de sesiones de la intervención y la formación de las enfermeras que deberían realizarla fueron las primeras actividades que llevamos a cabo. Para poder coordinar el trabajo de campo uno de los investigadores recibió una beca de liberación PERIS del Departament de Salut. En mi caso disfruté de una beca pre-doctoral del Instituto de investigaciones en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina que permitió mi

intensificación durante un 25% de mi jornada laboral. El análisis y la presentación de los resultados, así como la divulgación de los mismos en congresos y la publicación de artículos en revistas nacionales e internacionales me ocuparon la mayor parte del tiempo. Otro de los reconocimientos que ha obtenido el proyecto ha sido el premio en investigación de la asociación catalana de enfermería en salud mental (ASCISAM). Me hizo especial ilusión por el reconocimiento que supone de las enfermeras especialistas en salud mental premiar un trabajo realizado por enfermeras especialistas en atención familiar y comunitaria. Siempre he creído que es un binomio de especialidades con un potencial enorme.

En el tramo final de la realización de la tesis pude disfrutar del aprendizaje de otros modelos comunitarios en la atención de la salud mental durante mi estancia en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. El intercambio de experiencias y conocimientos entre enfermeras y psicólogas que paralelamente estábamos realizando nuestro doctorado fue de un valor incalculable.

Los resultados del proyecto aportan datos relevantes para un mejor manejo de las personas con depresión y comorbilidad física desde la Atención Primaria. Ha supuesto un aprendizaje a nivel profesional y académico, pero sobre todo ha generado fuertes vínculos entre los pacientes, las profesionales e investigadores que perduraran en el tiempo.

---

## LISTA DE ACRÓNIMOS

---

<b>ABS:</b>	Área básica de salud
<b>ABVD:</b>	Actividades básicas de la vida diaria
<b>AFyC:</b>	Atención familiar y comunitaria
<b>AIVD:</b>	Actividades instrumentales de la vida diaria
<b>AP:</b>	Atención Primaria
<b>AVAC:</b>	Años de vida ajustados por calidad
<b>AVD:</b>	Años vividos con discapacidad
<b>BDCAP:</b>	Base de datos clínicos de Atención Primaria
<b>BDI II:</b>	Beck Depression Inventory
<b>CAP:</b>	Centro de Atención Primaria
<b>CI:</b>	Cardiopatía isquémica
<b>CIE:</b>	Clasificación Internacional de enfermedades
<b>CEI:</b>	Comité ético de investigación
<b>COREQ:</b>	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
<b>CSMA:</b>	Centro de Salud Mental de Adultos
<b>CTFPHC:</b>	Canadian Task Force on Preventive Health Care
<b>CVRS:</b>	Calidad de vida relacionada con la salud
<b>DLD:</b>	Días libres de depresión
<b>DM II:</b>	Diabetes Mellitus tipus II
<b>DMS IV:</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EAP:</b>	Equipo de Atención Primaria
<b>EPOC:</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<b>EQ-5D-5L:</b>	Euroqol-5D-5L
<b>EQ-EVA:</b>	Euroqol-Escala visual analógica
<b>GC:</b>	Grupo control
<b>GI:</b>	Grupo intervención

<b>GPC:</b>	Guías de Práctica Clínica
<b>GT:</b>	Gerencia territorial
<b>HTA:</b>	Hipertensión arterial
<b>IAM:</b>	Infarto agudo de miocardio
<b>IC:</b>	Insuficiencia cardíaca
<b>ICS:</b>	Institut Català de la Salut
<b>IDIAPJGol :</b>	Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol
<b>INE:</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>IT:</b>	Incapacidad temporal
<b>ITT:</b>	Intención de tratar
<b>MINI:</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview
<b>NICE:</b>	National Institute for Clinical Excellence
<b>OE:</b>	Objetivos específicos
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OP:</b>	Objetivo principal
<b>PQH-9:</b>	Cuestionario sobre la Salud del Paciente
<b>RCEI:</b>	Razón del coste-efectividad incremental
<b>RCUI:</b>	Razón coste-utilidad incremental
<b>RCV:</b>	Riesgo cardiovascular
<b>REBEC:</b>	Referente de bienestar emocional
<b>SM:</b>	Salud Mental
<b>TCC:</b>	Terapia cognitivo-conductual
<b>TRP:</b>	Técnica de resolución de problemas
<b>USPSTF:</b>	United States Preventive Services Task Force
<b>WHO:</b>	World Health Organization

---

# ÍNDICE

---

<b>Agradecimientos</b>	xi
<b>Presentación</b>	xvii
<b>Lista de acrónimos</b>	xix
<b>Resumen</b>	29
<b>Resum</b>	33
<b>Summary</b>	37
<b>1 Introducción</b>	41
<b>2 Marco teórico y conceptual</b>	45
2.1. Definición y epidemiología de la depresión	45
2.2. Diagnóstico y curso clínico de la depresión	47
2.3. Tratamiento de la depresión	51
2.4. Comorbilidad y depresión	54
2.4.1. Diabetes Mellitus y depresión	56
2.4.2. Patología cardiovascular y depresión	57
2.4.3. EPOC y depresión	58
2.5. Depresión, comorbilidad física y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	59
2.6. Género y depresión	61
2.7. Costes de la depresión	63
2.8. La psicoeducación	66
2.9. El cuidado transpersonal de Jean Watson	68
2.10. Evidencia científica de intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el manejo de la depresión	70

<b>3 Justificación de la investigación</b>	79
<b>4 Hipótesis y objetivos</b>	81
4.1. Hipótesis	81
4.2. Objetivos	81
<b>5 Metodología</b>	83
5.1. Metodología de la Fase Cuantitativa	86
5.1.1. Población, ámbito, selección y reclutamiento de la muestra	86
5.1.2. Variables e instrumentos de evaluación	89
5.1.3. Descripción de la intervención grupal psicoeducativa (GI)	94
5.1.4. Descripción de la atención habitual (GC)	95
5.1.5. Procedimiento de recogida de datos	96
5.1.6. Análisis estadístico	97
5.1.7. Consideraciones éticas	99
5.2. Metodología de la Fase Cualitativa	101
5.2.1. Participantes	101
5.2.2. Instrumentos de recogida de datos	102
5.2.3. Análisis de los datos	103
5.2.4. Consideraciones éticas	105
<b>6 Resultados</b>	107
6.1. Artículo 1	107
6.2. Artículo 2	118
6.3. Artículo 3	135
6.4. Artículo 4	148
<b>7 Discusión</b>	159
7.1. Calidad de vida	159
7.2. Efectividad de la intervención	161
7.3. Coste-efectividad y coste-utilidad	167

7.4. Experiencias, emociones y vivencias	170
7.5. Fortalezas y limitaciones	173
<b>8 Implicaciones para la práctica clínica</b>	<b>177</b>
<b>9 Conclusiones</b>	<b>179</b>
<b>10 Aportaciones Científicas</b>	<b>181</b>
10.1 Comunicaciones orales	181
10.2. Comunicaciones tipo póster	182
10.3. Capítulos de libros	182
10.4. Colaboraciones docentes	182
10.5. Seminarios	183
10.6. Webinars	183
<b>11 Premios y becas</b>	<b>185</b>
<b>12 Bibliografía</b>	<b>187</b>
<b>13 Anexos</b>	<b>213</b>
13.1. Anexo 1: Protocolo del estudio	213
13.2. Anexo 2: Programa formación	223
13.3. Anexo 3: Plantilla cuaderno recogida de datos	225
13.4. Anexo 4: Certificado comité de ética de la IDIAP	227
13.5. Anexo 5: Hoja informativa del estudio cuantitativo	229
13.6. Anexo 6: Consentimiento informado del estudio cuantitativo	231
13.7. Anexo 7: Hoja informativa del estudio cualitativo	232
13.8. Anexo 8: Consentimiento informado del estudio cualitativo	234



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Factores de riesgo de depresión en Atención Primaria	50
Tabla 2. El modelo de atención escalonada o “paso a paso”.	52
Tabla 3. Modelo de Atención Escalonado en el manejo de la depresión.	52
Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.	74
Tabla 5. Artículo 1: Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género.	85
Tabla 6. Artículo 2: Effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by nurses for patients with depression and physical comorbidity in Primary Care: randomized clinical trial.	85
Tabla 7. Artículo 3: Coste-efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física en Atención Primaria.	86
Tabla 8. Equipos de Atención Primaria que participaron en el estudio	87
Tabla 9. Artículo 4: Depression and physical comorbidity from a psychoeducational group intervention in Primary Care: a qualitative study with a gender perspective.	101
Tabla 10. Característica de las enfermeras participantes	101
Tabla 11. Guión de la entrevista semi-estructurada	103
Tabla 12. Ejemplo del análisis de contenido	105

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. Modelo CVRS Wilson & Cleary	59
Figura 2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en Salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud.	62
Figura 3. Carga global de los trastornos de depresión en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)	63
Figura 4. Secuencia de los estudios realizados y los artículos publicados	84

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

## RESUMEN

---

**Introducción:** La depresión es uno de los problemas de salud pública del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud afecta actualmente a unos 300 millones de personas en todo el mundo y presenta diferencias de género tanto en el diagnóstico como en su tratamiento siendo el porcentaje depresión en mujeres muy superior al de los hombres. Existe cierta evidencia en la asociación de enfermedad física y depresión, estando presente en el 20% de las personas que padecen una patología crónica física. Esta concomitancia supone un peor manejo de la patología crónica y una menor respuesta a los tratamientos antidepresivos así como un aumento en el gasto sanitario al aumentar las visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones por posibles descompensaciones.

**Objetivos:** El objetivo principal de esta tesis es evaluar el impacto de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria (AP) para personas con depresión y comorbilidad física.

Los objetivos específicos definidos para obtener el objetivo principal son: I) Describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas con depresión y comorbilidad física bajo una perspectiva de género; II) Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física; III) Evaluar la relación coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa en comparación a la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física; IV) Explorar las experiencias, emociones y vivencias de las personas con depresión y comorbilidad.

**Métodos:** El estudio general se enmarca en un diseño de método mixto con estrategia explicativa secuencial. Se incluyen pacientes

≥50 años con diagnóstico de depresión (BDI-II > 12) y alguna comorbilidad física: diabetes mellitus tipo 2 (DM II), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma; de 31 Equipos de Atención Primaria (EAP) de toda Catalunya. La metodología para alcanzar los diferentes objetivos es la siguiente: 1. Un estudio descriptivo transversal inicial en el que se recogen en el momento basal las variables de resultado medidas con el cuestionario de calidad de vida Euroqol-5D-5L: 5 dimensiones, la escala visual analogía (EVA) y el Euroqol-Health Index. Se cuantifica en el momento basal el Beck Depression Inventory (BDI-II) para medir la depresión. Se realiza un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión así como un análisis bivariante y multivariante de las mismas. 2. El estudio cuantitativo con diseño de ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, compuesto por un grupo control (GC) y un grupo intervención (GI) con variables de respuestas ciegas y seguimiento de un año. Las variables de resultado: tasa de remisión de la depresión (puntuación en el BDI-II ≤ 13) y de respuesta terapéutica (disminución del BDI-II ≥ 50% respecto a la evaluación inicial) se midieron a los 4 y 12 meses del inicio del seguimiento. El análisis se realizó con intención de tratar llevando a cabo una regresión logística para las diferencias entre grupos. 3. El estudio de coste-efectividad y coste-utilidad de la intervención en el que se obtuvieron los costes directos e indirectos del GC y el GI, los días libres de depresión (DLD) y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) a partir del EQ-5D-5L. En el análisis se calcularon la razón incremental del coste-efectividad y coste-utilidad  $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{DLD}$  y  $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{AVAC}$ . 4.- Un estudio cualitativo, de corte fenomenológico y aproximación deductiva. Incluye los diarios de campo recogidos durante la intervención grupal psicoeducativa por las enfermeras observadoras y de las entrevistas semiestructuradas realizadas a estas enfermeras. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido temático de las transcripciones identificando los códigos que aparecían, agrupándolos por categorías e hilos de significado para finalmente realizar una triangulación con marcos teóricos existentes.

**Resultados:** Se incluyeron 380 pacientes: GI (n=204) y GC (n=176). Los participantes tenían una media de edad de 68,4 años (DS: 8,8) y el 81,6% fueron mujeres.

1. La media en el momento basal de la EQ-EVA fue de 56,1(DE: 18,3). En el análisis bivariante del estudio descriptivo la probabilidad de presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D-5L mostró el sexo como factor de más peso (mujer=1/hombre=0) en: autocuidado OR: 2,29 (IC 95% 1,04-5,07) y actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67-5,71). La media de la EQ-EVA fue de 57,8 (DE: 17,4) en hombres y 55,8 (DE: 18,6) en mujeres. La media del EQ-Health Index fue superior en hombres de manera estadísticamente significativa.

2. En el estudio de efectividad se observó que la remisión clínica se situaba en el 53,9% de los pacientes del GI y 41.5% en el GC a los 12 meses, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Estos valores se repetían cuando el modelo se ajustó por sexo y edad (OR= 0,61, 95% CI, 0,48-0,76). La respuesta terapéutica mejoraba a los 4 meses en el GI siendo las diferencias también significativas; el modelo ajustado por sexo y edad (OR= 0,59, 95%CI, 0,44-0,78) tampoco varió los resultados. Los participantes con depresión moderada presentaron remisión de la depresión en el GI a los 12 meses y una respuesta terapéutica positiva tanto a los 4 meses como a los 12 meses. Los participantes con depresión leve del GI obtuvieron una remisión de la depresión a los 12 meses y una respuesta terapéutica que sólo resultó estadísticamente significativa a los 4 meses.

3. En cuanto a los costes el GI tuvo más coste medio de visitas y menos de hospitalizaciones y días de incapacidad laboral. La diferencia de costes entre el GI y el GC fue de -357,95€ (IC 95%: -2.026,96 a 1.311,06) al año de seguimiento. Hubo una media de 11,95 (IC 95%: -15,98 a 39,88) DLD más en el GI que en el GC. Los AVAC fueron similares en ambos grupos.

4. En los diarios y las narrativas de las enfermeras se identificaron diferencias de género en la expresión de las emociones y las experiencias vitales de los participantes así como en las estrategias de afrontamiento que utilizaban. Otros hilos de información que se identificaron en las narrativas fueron: los cambios que realizaron los participantes durante la intervención, la función del grupo



como elemento terapéutico y la percepción de las enfermeras en relación a la experiencia grupal.

**Conclusiones:** La percepción de la calidad de vida de las personas con depresión y comorbilidad física es inferior a la de la población general, siendo menor en mujeres que en hombres con las mismas características. La intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP dirigida a personas con depresión y comorbilidad física se muestra efectiva en la remisión de la depresión a largo plazo y en la respuesta terapéutica a corto plazo. Los pacientes con depresión moderada serían los que más se beneficiaron al mostrar de manera significativa una remisión a la depresión a largo y corto plazo y una respuesta terapéutica a largo plazo. La intervención no mostró cambios significativos en la calidad de vida de los participantes, sin embargo, puede ser coste-efectiva con relación a la práctica habitual. Se aprecian diferencias de género en relación a las experiencias, emociones y vivencias de los participantes que reciben la intervención y cambios en las estrategias de afrontamiento a lo largo de las sesiones adquiriendo habilidades y conductas más efectivas que contribuyen a disminuir su malestar emocional.

**Palabras clave:** depresión, comorbilidad física, psicoeducación, atención primaria, enfermera, género, coste-efectividad, coste-utilidad.

## RESUM

---

**Introducció:** La depressió és un dels problemes de salut pública del segle XXI. Segons la Organització Mundial de la Salut afecta actualment a uns 300 milions de persones a tot el món i presenta diferències de gènere tant al diagnòstic com en el tractament amb un percentatge de depressió en les dones molt superior al dels homes. Existeix certa evidència amb l'associació de malaltia física i depressió, la trobem en el 20% de les persones que presenten una patologia crònica física. Aquesta concomitància suposa un pitjor maneig de la patologia crònica i una menor resposta als tractaments antidepressius així com un augment en el cost sanitari a l'augmentar les visites als serveis d'urgències i les hospitalitzacions per possibles descompensacions.

**Objectius:** L'objectiu principal d'aquesta tesi és avaluar l'impacte d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'Atenció Primària (AP) per a persones amb depressió i comorbiditat física.

Els objectius específics definits per obtenir l'objectiu principal són: I) Descriure la percepció de la qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) de persones amb depressió i comorbiditat física amb perspectiva de gènere; II) Avaluar l'efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa per a persones amb depressió i comorbiditat física; III) Avaluar la relació cost-efectivitat i cost-utilitat d'una intervenció grupal psicoeducativa comparant-la amb l'atenció habitual que reben els pacients amb depressió i comorbiditat física; IV) Explorar les experiències, emocions i vivències de les persones amb depressió i comorbiditat.

**Mètodes:** L'estudi general s'emmarca dintre d'un disseny de mètodes mixtes amb estratègia explicativa seqüencial. S'inclouen pa-

cients  $\geq 50$  anys amb diagnòstic de depressió (BDI-II  $> 12$ ) i alguna comorbiditat física: diabetis mellitus tipus 2 (DM II), cardiopatia isquèmica (CI), malaltia pulmonar crònica (MPOC) i/o asma; de 31 Equips d'Atenció Primària (EAP) de tota Catalunya. La metodologia per assolir els diferents objectius és la següent: 1. Un estudi descriptiu transversal inicial en el qual es recullen, al moment basal, les variables de resultat mesurades amb el Euroqol-5D-5L: 5 dimensions, escala visual analògica (EVA), EQ-Health Índex. Es quantifica en el moment basal el Beck Depression Inventory (BDI-II) per mesurar la depressió. Es realitza una anàlisi descriptiva amb mesures de tendència central i dispersió així com una anàlisi bivariant d'aquestes. 2. L'estudi quantitatiu amb disseny d'assaig clínic aleatoritzat, multicèntric, amb un grup control (GC) i un grup intervenció (GI), variables de respostes cegues i seguiment d'un any. Les variables de resultat: taxa de remissió de la depressió (puntuació al BDI-II  $\leq 13$ ) i resposta terapèutica (disminució del BDI-II  $\geq 50\%$  respecte a l'avaluació inicial) es van recollir als 4 i 12 mesos de d'inici del seguiment. L'anàlisi es va fer amb intenció de tractar portant a terme una regressió logística per conèixer les diferències entre grups. 3. L'estudi de cost-efectivitat i cost-utilitat de la intervenció en el que es van obtenir los costos directes e indirectes del GC i el GI, els dies lliures de depressió (DLD) i els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) a partir del EQ-5D-5L. A l'anàlisi se'n van calcular la raó incremental del cost-efectivitat i del cost-utilitat  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{DLD}$  i  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{AVAC}$ . 4.- Un estudio qualitatiu, amb perspectiva fenomenològica i aproximació deductiva. Inclou els diaris de camp recollits durant la intervenció grupal psicoeducativa per les infermeres observadores i de les entrevistes semiestructurades realitzades a les infermeres que van participar en la intervenció. Les dades es van analitzar mitjançant una anàlisi de contingut temàtic de les transcripcions, identificant els codis que apareixien, agrupant-los per categories i fils de significat per a finalment realitzar una triangulació amb marcs teòrics existents.

**Resultats:** Es van incloure 380 pacients: GI (n=204) i GC (n=176). Els participants tenien una mitjana d'edat de 68,4 anys (DS: 8,8) i el 81,6% van ser dones.

1. La mitjana al moment basal de l'EQ-EVA va ser de 56,1(DE: 18,3). A l'anàlisi bivariant de l'estudi descriptiu la probabilitat de presentar problemes a les dimensions de l'EQ-5D-5L va mostrar el sexe com el factor de major pes (dona=1/home=0) en: autocura OR: 2,29 (IC 95% 1,04-5,07) i activitats quotidianes OR: 3,09 (IC 95% 1,67-5,71). La mitjana de l'EQ-EVA va ser de 57,8 (DE: 17,4) en homes i 55,8 (DE: 18,6) en dones. La mitjana de l'EQ-Health Índex va ser superior en homes amb significació estadística.

2. A l'estudi d'efectivitat es va observar que la remissió clínica se situava al 53,9% dels pacients del GI i al 41,5% del GC al cap de 12 mesos, i aquesta diferència va ser estadísticament significativa. Aquests resultats es repeten quan el model es va ajustar per sexe i edat (OR= 0,61, 95% CI, 0,48-0,76). La resposta terapèutica millorava al cap de 4 mesos al GI i les diferències també van ser significatives; el model ajustat per sexe i edat (OR= 0,59, 95%CI, 0,44-0,78) tampoc va modificar els resultats. Els participants amb depressió moderada van presentar remissió de la depressió al GI als 12 mesos i una resposta terapèutica positiva tant als 4 mesos com als 12 mesos. Els participants amb depressió lleu del GI van obtenir una remissió de la depressió als 12 mesos i una resposta terapèutica que només va ser estadísticament significativa als 4 mesos.

3. Amb relació als costos el GI va tenir més cost mig de visites i menys d'hospitalitzacions i dies d'incapacitat laboral. La diferència de costos entre el GI i el GC va ser de -357,95€ (IC 95%: -2.026,96 a 1.311,06) a l'any de seguiment. Va haver-hi una mitjana d'11,95 (IC 95%: -15,98 a 39,88) DLD més al GI que al GC. Els AVAQ van ser similars en ambdós grups.

4. Als diaris i les narratives de les infermeres es van identificar diferències de gènere a l'expressió de les emocions i les experiències vitals dels participants així com a les estratègies d'afrontament que feien servir. Uns altres fils d'informació que es van identificar a les narratives van ser: els canvis que realitzaren els participants durant la intervenció, la funció del grup com a element terapèutic i la percepció de les infermeres amb relació a l'experiència grupal.

**Conclusions:** La percepció de la qualitat de vida de les persones amb depressió i comorbiditat física és inferior a la de la població general, sent menor a les dones que en els homes amb les mateixes característiques. La intervenció grupal psicoeducativa liderada per infermeres d'AP dirigida a persones amb depressió i comorbiditat física es mostra efectiva en la remissió de la depressió a llarg termini i en la resposta terapèutica a curt termini. Els pacients amb depressió moderada serien els que més es van beneficiar en mostrar de manera significativa una remissió a la depressió a llarg i curt termini i una resposta terapèutica a llarg termini. La intervenció no va mostrar canvis significatius a la qualitat de vida dels participants, així i tot, poden ser cost-efectives amb relació a la pràctica habitual. S'aprecien diferències de gènere amb relació a les experiències, emocions i vivències de les participants que reben la intervenció i canvis en les estratègies d'afrontament al llarg de les sessions adquirint habilitats i conductes més efectives que contribueixen a disminuir el seu malestar emocional.

**Paraules clau:** depressió, comorbiditat física, psicoeducació, atenció primària, infermera, gènere, cost-efectivitat, cost-utilitat.

## SUMMARY

---

**Introduction:** Depression is one of the public health issues of the 21st century. According to the World Health Organization, it currently affects around 300 million people worldwide and exhibits gender differences in both diagnosis and treatment, with the percentage of depression in women being significantly higher than in men. There is some evidence of the link between physical illness and depression, with depression present in 20% of individuals with a chronic physical condition. This concomitance leads to poorer management of the chronic condition and a reduced response to antidepressant treatments, as well as increased healthcare costs due to more frequent emergency room visits and hospitalizations for potential decompensation.

**Objectives:** The main objective of this thesis is to evaluate the impact of a psychoeducational group intervention conducted by Primary Care (PC) nurses for people with depression and physical comorbidity.

The specific objectives defined to achieve the main one are: I) To describe the perception of health-related quality of life (EQOL) in people with depression and physical comorbidity from a gender perspective; II) To evaluate the effectiveness of a psychoeducational group intervention for people with depression and physical comorbidity; III) To assess the cost-effectiveness and cost-utility of a psychoeducational group intervention compared to the usual care received by patients with depression and physical comorbidity; IV) To explore the experiences, emotions, and lives of people with depression and comorbidity.

**Methods:** The overall study is framed within a mixed-method design with a sequential explanatory strategy. It includes patients

aged  $\geq 50$  years with a diagnosis of depression (BDI-II  $> 12$ ) and some physical comorbidity: type 2 diabetes mellitus (DM-II), ischemic heart disease (IHD), chronic pulmonary disease (COPD), and/or asthma, from 31 Primary Care Teams (PCTs) throughout Catalonia. The methodology to achieve the different objectives is as follows: I) An initial cross-sectional descriptive study in which baseline outcome variables EQ-5D-5L, EQ-VAS, EQ-Health Index, and BDI-II are collected, performing a descriptive analysis with measures of central tendency and dispersion, as well as a bivariate and multivariate analysis. II) The quantitative study with a randomized, multicenter clinical trial design, consisting of a control group (CG) and an intervention group (IG) with blinded outcome assessment and a one-year follow-up. The outcome variables: depression remission rate (BDI-II  $\leq 13$ ) and therapeutic response (decrease in BDI-II  $\geq 50\%$  compared to the initial assessment) were collected at 4 months, and 12 months after the start of follow-up. The analysis was performed with an intention-to-treat approach using logistic regression for differences between groups. III) The cost-effectiveness and cost-utility study of the intervention, in which the direct and indirect costs of the CG and IG, depression-free days (DFD), and quality-adjusted life years (QALYs) from the EQ-5D-5L were obtained. The analysis calculated the incremental cost-effectiveness and cost-utility ratio  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{DFD}$  and  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{QALY}$ . IV) A qualitative study, with a phenomenological approach and deductive approximation. Includes field diaries collected during the psychoeducational group intervention by the observing nurses and the semi-structured interviews conducted with these nurses. The data was analyzed through thematic content analysis of the transcriptions, identifying the emerging codes, grouping them into categories and threads of meaning, and finally performing triangulation with existing theoretical frameworks.

**Results:** A total of 380 patients were included in the study: IG (n=204) and CG (n=176). The participants had a mean age of 68.4 years (SD: 8.8), and 81.6% were women.

1. The mean value of the EQ-VAS was 56.1 (SD: 18.3). In the bivariate analysis of the descriptive study, the probability of presenting

problems in the EQ-5D-5L dimensions showed gender as the most significant factor (female=1/male=0) in: self-care OR: 2.29 (95% CI 1.04-5.07) and daily activities OR: 3.09 (95% CI 1.67-5.71). The mean EQ-VAS was 57.8 (SD: 17.4) in men and 55.8 (SD: 18.6) in women. The higher mean EQ-Health Index in men was statistically significant.

2. The effectiveness study results showed that clinical remission was 53.9% in the IG and 41.5% in the CG at 12 months, a statistically significant difference. These values remained consistent when the model was adjusted for gender and age (OR= 0.61, 95% CI, 0.48-0.76). Therapeutic response improved at 4 months in the IG, with significant differences as well; and the adjusted model for gender and age (OR= 0.59, 95% CI, 0.44-0.78) did not alter the results. Participants with moderate depression showed remission at 12 months and a positive therapeutic response at both 4 and 12 months in the IG. Participants with mild depression in the IG achieved remission at 12 months and a therapeutic response that was only statistically significant at 4 months.

3. Regarding costs, the IG had higher average costs for medical visits and lower costs for hospitalizations and days of work incapacity. The cost difference between the IG and the CG was -€357.95 (95% CI: -€2,026.96 to €1,311.06) at the one-year follow-up. There was an average of 11.95 (95% CI: -15.98 to 39.88) DFD more in the IG than in the CG. QALYs were similar in both groups.

4. In the nurses' diaries and narratives, gender differences were identified in the expression of emotions and life experiences of the participants, as well as in the coping strategies they used. Other threads of information identified in the narratives included: the changes participants made during the intervention, the role of the group as a therapeutic element, and the nurses' perceptions of the group experience.

**Conclusions:** The perceived quality of life of people with depression and physical comorbidity is lower than that of the general population, with women consistently presenting a lower perception than men with the same characteristics. The psychoeducational



group intervention led by PC nurses for people with depression and physical comorbidity is effective in long-term depression remission and short-term therapeutic response. Patients with moderate depression benefited the most, showing significant remission of depression in both the long and short term and a long-term therapeutic response. The intervention did not show significant changes in the quality of life of the participants; however, it may be cost-effective compared to usual practice. Gender differences are noted in the experiences, emotions, and lives of participants receiving the intervention, with changes in coping strategies throughout the sessions, leading to the acquisition of more effective skills and behaviors that contribute to reducing their emotional distress.

**Keywords:** depression, physical comorbidity, psychoeducation, primary care, nurse, gender, cost-effectiveness, cost-utility.

---

# 1 INTRODUCCIÓN

---

La depresión es uno de los principales problemas de salud pública a los que enfrentarnos en el siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión afecta actualmente a unos 300 millones de personas en todo el mundo, lo que significa el 4,4% de la población y será el primer problema de salud mundial en el año 2030. Se caracteriza por la presencia de síntomas emocionales como la tristeza, la anhedonia, la apatía, la desesperanza, pero también puede cursar con síntomas físicos como los trastornos del sueño, del apetito, cambios en la actividad con agitación o inhibición y la aparición de cansancio (World Health Organization Geneva, 2017). Todo ello afecta sustancialmente en la capacidad del individuo para funcionar y hacer frente a las dificultades diarias, considerándose una de las principales causas de pérdida en años de vida ajustados por calidad (AVAC) (Fernández et al., 2010). Al coste de la pérdida de años de vida de las personas que sufren depresión hay que añadir el coste que la depresión supone en los sistemas de salud de todo el mundo. Los costes de depresión en España, entre los años 2015-2017, implicaron una media de 3235 €/paciente/año donde el 18,4% fueron costes directos y el 81,4% fueron costes indirectos (Vieta et al., 2021). El consumo de fármacos y el uso de recursos sanitarios suponen la mayoría de costes directos de la depresión, siendo la pérdida de días de trabajo por incapacidad temporal (IT) la partida de mayor volumen en cuanto a costes indirectos.

Existe cierta evidencia en la asociación de enfermedad física y depresión. Según la guía NICE para el abordaje y tratamiento de la depresión en adultos (NICE, 2022), la depresión está presente en el 20% de las personas que padecen alguna patología crónica física y su correcto tratamiento puede aumentar la calidad y esperanza de vida. Es precisamente en la Atención Primaria (AP) donde este tipo de pacientes realizan el seguimiento de sus patologías cróni-

cas, teniendo las enfermeras un papel clave en el manejo de las mismas. La existencia de patologías crónicas en las personas puede interferir en la capacidad de los profesionales de AP para reconocer el diagnóstico de la depresión (Menear et al., 2015). Menos del 50% de las personas que consultan en la AP por malestares emocionales comunes fueron diagnosticadas correctamente (Mitchell et al., 2009), se suelen atribuir como obstáculos para el correcto diagnóstico la falta de formación en salud mental de los profesionales, las deficiencias en habilidades comunicativas y en el abordaje psicosocial, así como el reducido tiempo que tienen en la consulta o la escasa colaboración con el equipo de salud mental de referencia (Bellón et al., 2020). Las demandas realizadas por trastornos del ánimo suponen uno de los motivos más habituales en las consultas de AP, merece la pena prestar atención a esta concomitancia entre depresión y comorbilidad física desde este ámbito. En la literatura consultada, se evidencia una relación clara entre la presencia de depresión en personas con patologías crónicas con una menor adherencia al tratamiento farmacológico, un aumento en el uso de servicios de urgencias y hospitalizaciones por descompensación o exacerbación de la enfermedad y una peor calidad de vida (Owens-Gary et al., 2019; Valenzuela et al., 2018; Blakemore et al., 2019; Iyer et al., 2016; Albrecht et al., 2016).

La calidad de vida, de igual manera que otros aspectos como el sobrediagnóstico o el consumo de antidepresivos tienen un claro condicionante en el género. El género atraviesa como eje transversal el marco de los determinantes sociales produciendo inequidades en la salud. Se hace necesario indagar sobre los procesos relacionados con las diferencias en los resultados de salud de mujeres y hombres (Valls, 2020). El diagnóstico de depresión y el consumo de antidepresivos prescritos son más frecuentes en mujeres que en hombres. Es un trastorno casi tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre y se observa que esta diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta (Subdirección General de Información Sanitaria., 2021). Se hace necesario incorporar la perspectiva de género en la práctica clínica y hacerlo de acuerdo a aquellas intervenciones que han demostrado una mayor evidencia.

Las guías de práctica clínica nacionales e internacionales recomiendan las intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de la depresión leve y moderada (Álvarez et al., 2023; NICE, 2022). Los pacientes con comorbilidades físicas crónicas presentan en muchas ocasiones tratamientos farmacológicos complejos para controlar su patología por lo que añadir un nuevo fármaco, para el manejo de la depresión, debería ser considerado de manera minuciosa. Entre los tratamientos no farmacológicos que han demostrado efectividad en el tratamiento de la depresión se encuentra la psicoeducación grupal (Sandberg & Roaldset, 2019; Casañas et al., 2012). Se considera la psicoeducación como aquella educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su trastorno. Cuando la psicoeducación se realiza en formato grupal aporta un valor añadido ya que es sabido que las intervenciones grupales poseen unas ventajas o factores terapéuticos diferentes a las intervenciones individuales como son: el apoyo social, el sentimiento de pertenencia al grupo y la universalización de los problemas de los participantes (Guimon, 2003). La psicoeducación grupal puede ser conducida por uno o dos profesionales sanitarios con una formación previa. Esta formación debe ir encaminada a la adquisición de habilidades basadas en las evidencias en el manejo de la depresión tales como la técnica en la resolución de problemas (TRP) o la terapia cognitivo-conductual (TCC) entre otras. Las enfermeras de AP, que ya han demostrado su efectividad participando en otros modelos colaborativos para el tratamiento de la depresión (Pols et al., 2017; Schlicht et al., 2013; Aragonès et al., 2012), serían las profesionales más indicadas para desarrollar este tipo de intervenciones. Las enfermeras son profesionales que tienen una formación humanística en la que la relación con el paciente supone uno de los pilares de sus cuidados. La disponibilidad de las profesionales para escuchar desde una perspectiva holística, así como la participación activa de la persona en su autocuidado deben plantearse como elementos necesarios en la atención de estos pacientes.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 2 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

---

### 2.1. DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental común que implica la pérdida de placer o interés por actividades durante un largo periodo de tiempo y que se acompaña de la presencia de tristeza de manera persistente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque también pueden aparecer síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que la depresión presenta una afectación global psíquica y física, con un especial énfasis en la esfera afectiva. Una persona con depresión tiene dificultades en su funcionamiento diario ya sea en su esfera familiar, social o laboral (World Health Organization, 2016).

Según la OMS, la depresión afecta aproximadamente a unos 300 millones de personas en todo el mundo, lo que supone el 4,4% del total de la población (OMS, 2020). La encuesta Europea de Salud 2020 (*Instituto Nacional de Estadística*, 2021), revela que el 5,2% de la población europea ha sido diagnosticada de depresión por un profesional médico en los últimos 12 meses, con una prevalencia del 3,2% en hombres y del 7,2% en mujeres. Los datos del informe anual del Sistema Nacional de Salud realizado a partir de la encuesta Europea de Salud 2020, recoge que el 5,4% de la población de 15 y más años en España declara padecer un cuadro depresivo mayor u otros cuadros depresivos, siendo este porcentaje el doble en mujeres (7,1%) que en hombres (3,5%), y el 4,3% declara padecer sintomatología depresiva severa (5,8% en mujeres y 2,7% en hombres). Tanto la prevalencia como la severidad de la depresión

aumentan con la edad y más del 10% de las personas mayores de 75 años sufren algún cuadro depresivo (Equipo de trabajo del Sistema Nacional de Salud, 2020).

El estudio EPICO realizado en España, determinó que la prevalencia de los trastornos depresivos en la población general fue del 4,7%, con unas tasas de incidencia anual entre los años 2015-2017 de 7,1, 7,3 y 8,0 por cada 1000 personas (Vieta et al., 2021).

En un informe realizado a partir de las bases de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP) de toda España en el 2020 se expone que el trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población (5,9% en mujeres y 2,3% en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12% de las mujeres y el 5% de los hombres de 75 a 84 años (Subdirección General de Información Sanitaria., 2021). La prevalencia actual de esta patología, en los servicios de Atención Primaria, se estima en 19,5% a nivel mundial y en 20,2% en España (Barceló-Soler et al., 2019).

El porcentaje de consultas relacionadas con la salud mental en AP es elevado. Según el estudio DASMAP (Serrano-Blanco, Palao, Luciano, 2010), alrededor del 30% de las personas visitadas en la AP han tenido algún episodio de depresión a lo largo de su vida. El estudio Predict-D (García-Herrera, Bryan, Noguerras, 2011) realizado en España encontró que el 14% de los pacientes de AP entre 18-75 años presentaban depresión mayor.

De acuerdo a estos datos, la depresión se comporta como un fenómeno que va en aumento y que afecta mayoritariamente a las mujeres y a las personas mayores. Esta prevalencia se ha visto incrementada en las consultas de AP en los últimos años. La crisis económica del 2008 generó mucha tensión a nivel psicosocial y se tradujo en un mayor malestar emocional de la población. La pandemia del SarsCovid-19 también ha contribuido al aumento de los episodios de malestar emocional en la población (Mejía-Zambrano, 2022). Un informe de la OMS de junio del 2022 declaraba que los diagnósticos de depresión y ansiedad aumentaron en un 25% durante el primer año de pandemia (WHO, 2022). Se podría decir que la situación actual no tiene precedentes en la historia reciente en

relación a la elevada prevalencia de depresión en la población general, lo que supone un verdadero problema de salud pública y debe ser abordado de acuerdo a su relevancia.

## 2.2. DIAGNÓSTICO Y CURSO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN

Los criterios diagnósticos de la depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación son los de la American Psychiatric Association (DMS-V) (APA, 2013) y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad, 2018), en los dos la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas, además del grado de deterioro funcional que presente la persona.

En las consultas de Atención Primaria se acostumbra a realizar el diagnóstico según la CIE-10, considerando que, durante los episodios de depresión, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, siendo frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de síntomas somáticos, tales como despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, un cierto retraso psicomotor, la agitación, y la pérdida del apetito, de peso y de la libido (Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad, 2018). Según el DMS-V (APA, 2013), el diagnóstico de depresión incluye una tristeza persistente, pérdida de interés o placer en actividades con las que antes la persona disfrutaba, cambios en el apetito y en el peso, perturbaciones del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Para poder realizar el diagnóstico deben estar presentes al menos 2 o 3 de los síntomas descritos durante más de 2 semanas, debe evaluarse también el grado de deterioro funcional y



social que los síntomas producen en la persona. En función del número de síntomas, la intensidad, duración o impacto de los mismos, la depresión se puede clasificar en leve, moderada o grave.

Esta información debe recogerse a través de una minuciosa entrevista clínica por parte del profesional, ya que se considera el procedimiento esencial para el correcto diagnóstico de la depresión (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2023). Los síntomas presentan cierta variabilidad dependiendo de la edad de la persona, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con más frecuencia síntomas somáticos (Hegeman et al., 2012).

Existe cierta dificultad a la hora de realizar el diagnóstico de depresión en Atención Primaria según muestran estudios como el metanálisis de Mitchell et al (Mitchell et al., 2009). El estudio explica como del total de pacientes que acuden a las consultas con un trastorno de depresión, tan sólo son diagnosticados la mitad y de éstos únicamente reciben el tratamiento correcto el 50%. Algunos factores que pueden influir en este infradiagnóstico podrían ser la deficiente formación en salud mental de los profesionales, habilidades comunicativas y abordaje psicosocial. El predominio del modelo biomédico y la incomodidad ante los problemas psicosociales que verbalizan los pacientes en consulta, así como el reducido tiempo que tienen en la consulta o la escasa colaboración con el equipo de salud mental de referencia podrían favorecer actitudes en las que se deseche la posibilidad de explorarlos para conocer el estado emocional de la persona (Bellón et al., 2020).

La AP es el primer nivel de atención dentro del sistema sanitario, por lo que la mayoría de pacientes hacen uso de sus servicios y son visitados en las consultas de los profesionales de medicina y de enfermería. El infradiagnóstico de depresión es una realidad y supone un auténtico problema. Las principales barreras se encuentran en los profesionales poco entrenados, ya sea por la falta de formación o la falta de tiempo para realizar una correcta entrevista clínica; y el estigma asociado que impide o dificulta a los pacientes expresar sus malestares emocionales (Bellón et al., 2020)(*Grupo de Trabajo*

*de La Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto, 2023).*

Ese infradiagnóstico sugiere la reflexión en relación a la posibilidad de realizar un cribado universal en las consultas. Las GPC identifican la AP como el lugar idóneo para detectar los episodios de depresión; sin embargo, no existe una recomendación con evidencia suficiente para realizar un cribado universal. La United States Preventive Services Task Force (Barry et al., 2023) recomienda la detección de la depresión en los adultos, embarazadas y ancianos (recomendación B). La guía Canadiense (CTFPHC, Canadian Task Force on Preventive Health Care) no recomendó el cribado de depresión ya que ninguno de los ensayos clínicos analizados demostraba un beneficio claro en el grupo que se llevó a cabo (A. Beck et al., 2022). En el Reino Unido la guía NICE, en su última revisión del año 2022, tampoco recomienda el cribado, a no ser en aquellos casos en los que existan antecedentes de un episodio previo, presenten síntomas o bien estén diagnosticados de una patología crónica que tengan asociada alguna dificultad funcional. Incluso en los pacientes de alto riesgo, el screening es controvertido. Un ensayo clínico realizado en España sobre el cribado de depresión en AP con pacientes de alto riesgo no mejoró ni el diagnóstico, ni la adecuación del tratamiento en relación al grupo control (Romera et al., 2013). La guía de la Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO) para el manejo de las personas mayores con demencia, delirio y/o depresión, aconseja valorar la posible presencia de depresión cuando existan factores de riesgo o signos y síntomas pero tampoco recomienda un cribado universal (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016).

Una propuesta de los diferentes factores de riesgo de depresión a valorar en las consultas de AP antes de realizar el cribado de depresión se refleja en la Tabla 1.

Marcadores y Factores de Riesgo de Depresión en Atención Primaria	
Predict-España	Predict-Europa
Marcadores con mayor incidencia de depresión Edad Sexo (mujer) Interacción Edad*Sexo Provincia Nivel educativo alcanzado Antecedente personal depresión Abusos físicos en la infancia Factores de riesgo Insatisfacción con el trabajo no remunerado Mala salud física y mental (percepción) Problemas graves en personas cercanas Insatisfacción con la convivencia en el hogar Estar tomando medicación para la ansiedad-estrés o depresión	<b>Marcadores no modificables</b> Edad Sexo (mujer) Antecedente personal depresión Nivel educativo alcanzado Historia familiar de problemas psicológicos graves Abusos sexuales en la infancia País <b>Factores modificables</b> Dificultades económicas (percepción) Mala salud física y mental (percepción) Insatisfacción con el trabajo remunerado y no remunerado Experiencia de discriminación

Tabla 1. Factores de riesgo de depresión en Atención Primaria

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga, 2011.

Las recomendaciones según las GPC de la RNAO y del Ministerio de Sanidad (Registered Nurses’Association of Ontario, 2016; Grupo de Trabajo de La Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión En El Adulto; 2023), son valorar la posibilidad de depresión cuando existan factores de riesgo o signos y síntomas, mediante el uso de escalas que hayan demostrado su validez. Las escalas que se utilizan con mayor frecuencia y pueden ser útiles en la evaluación de depresión son: Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)(Kroenke et al., 2001) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Sanz et al., 2003).

Estas escalas aportan una información complementaria en la evaluación, pero nunca deben sustituir a la entrevista clínica. La Guía NICE (NICE, 2023) para el manejo de la depresión en personas con patologías crónicas asociadas, recomienda realizar estas preguntas específicamente: durante el último mes, ¿te ha molestado a menudo

los sentimientos de inutilidad?, ¿te ha molestado a menudo la falta de concentración?, ¿te ha molestado a menudo los pensamientos de muerte?. Así como interrogar sobre las dificultades funcionales, interpersonales y sociales que le supone su estado actual.

En el caso de aparecer un diagnóstico de depresión estaría indicado valorar el riesgo de suicidio y actuar en consecuencia, bien derivando a la persona a un servicio de urgencias de psiquiatría o realizando el seguimiento de manera ambulatoria según el resultado.

En cuanto al curso clínico de la depresión éste es muy heterogéneo, con diversa presentación clínica y diferentes respuestas al tratamiento. Las personas pueden experimentar un episodio único, episodios recurrentes con o sin recuperación entre ellos, diversidad en los síntomas y diferente intensidad de los mismos y distintos grados en el impacto funcional. Alrededor del 50% de las personas diagnosticadas de depresión mayor presentan un episodio único y en un 15% de los casos el primer episodio depresivo no remite, manteniéndose los síntomas más de dos años (Eaton et al., 2008).

### 2.3. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Las GPC contemplan que los modelos organizativos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento de la depresión son aquellos que muestran una atención colaborativa entre AP y los servicios de Salud Mental (SM), así como los de atención escalonada o también llamados “paso a paso”. En este modelo se proporciona un marco para organizar la prestación de servicios y ayuda a los pacientes, cuidadores y profesionales para identificar y acceder a las intervenciones más eficaces. En la atención escalonada, primero se proporciona la intervención menos intrusiva y más efectiva; si el paciente no se beneficia de la intervención ofrecida inicialmente, o la rechaza, se le debe ofrecer la más acorde con el siguiente paso (NICE, 2022; García-Herrera, Bryan, Noguera, 2011; Registered Nurses’ Association of Ontario, 2016; GPC Manejo Depresión en el adulto del SNS, 2023). La atención colaborativa, que debería formar parte de un programa de atención escalonada, podría prestarse en el nivel de AP. Las intervenciones requieren un enfoque coordinado de la AP y la

atención especializada en Salud Mental (SM). Las enfermeras de AP lideran el seguimiento de pacientes con enfermedades físicas crónicas que bien pueden tener asociado un diagnóstico de depresión.

En la Tabla 2 y 3 se exponen las diferentes intervenciones recomendadas según la gravedad de la depresión.

Enfoque de la intervención	Naturaleza de la intervención
<b>PASO 4:</b> Depresión severa y compleja; riesgo para la vida; autonegligencia severa	Medicación, intervenciones psicológicas de alta intensidad, terapia electroconvulsiva, servicio de crisis, tratamientos combinados, atención multiprofesional y hospitalaria
<b>PASO 3:</b> Síntomas depresivos subumbrales persistentes o depresión leve a moderada con respuesta inadecuada a las intervenciones iniciales; depresión moderada y severa	Medicación, intervenciones psicológicas de alta intensidad, tratamientos combinados, atención colaborativa y derivación para evaluación e intervenciones adicionales
<b>PASO 2:</b> Síntomas depresivos subumbrales persistentes; depresión leve a moderada	Intervenciones psicosociales de baja intensidad, intervenciones psicológicas, medicación y derivación para evaluación e intervenciones adicionales
<b>PASO 1:</b> Todas las presentaciones conocidas y sospechadas de depresión	Evaluación, apoyo, psicoeducación, monitoreo activo y derivación para evaluaciones e intervenciones adicionales

Tabla 2. El modelo de atención escalonada o “paso a paso”.

Fuente: Guía de Práctica Clínica NICE 2022.



Tabla 3. Modelo de Atención Escalonado en el manejo de la depresión.

Fuente: Guía Práctica Clínica. Sistema Nacional de Salud 2023.

Las terapias de baja intensidad se definen como “aquellas que emplean enfoques menos complejos que la psicoterapia, en los que el contacto con los pacientes es más breve y que puede ser llevado a cabo por profesionales con menor grado de especialización” (GPC para el manejo de la Depresión en el Adulto, 2023). El autocuidado o autoayuda, las técnicas de relajación, el apoyo emocional, la psicoeducación, las intervenciones psicosociales o la terapia cognitivo-conductual (TCC) así como la técnica de resolución de problemas (TRP) o la activación conductual, formarían parte de estas terapias de baja intensidad.

Un ejemplo de atención escalonada es el estudio de Aragonès (Aragonès et al., 2012) en el que las enfermeras de AP se encargaban del seguimiento clínico de los pacientes con diagnóstico de depresión, fomentando la adherencia al tratamiento y proporcionando asistencia psicoeducativa a los pacientes y sus familias. El estudio reportó una mejora de los resultados clínicos de estos pacientes, con un modesto aumento de los costes (Aragonès et al., 2014). Otro estudio, en este caso cualitativo, realizado mediante entrevistas a enfermeras de AP en Quebec (Canadá) describió las actividades realizadas por estas enfermeras durante el seguimiento de pacientes con patologías crónicas. Las enfermeras refirieron cinco áreas de actividades: la evaluación de la condición de salud física y mental, la planificación de la atención del paciente, la colaboración interprofesional, la relación terapéutica y la promoción de la salud (Beaudin et al., 2022). Ambos estudios reflejan el papel de las enfermeras de AP en la evaluación del estado físico y mental de los pacientes a los que atienden.

Todo y que la mayoría de GPC (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016; NICE, 2022) y estudios (Cuijpers et al., 2021; Solomon et al., 2019; Linde et al., 2015), indican la psicoeducación y las intervenciones psicosociales o la psicoterapia de baja intensidad como primera línea de tratamiento en la depresión leve y moderada, siguen siendo los fármacos antidepresivos los que se prescriben mayoritariamente. El tratamiento farmacológico conlleva un aumento en el coste económico y la posible aparición de efectos secundarios no deseados. Hay que tener en cuenta que, aquellos

pacientes que realizan tratamiento con antidepresivos y no obtienen una mejoría clínica, mejoran su sintomatología y la tasa de remisión de depresión a corto plazo al asociarles alguna psicoterapia (Ijaz et al., 2018). Los pacientes con comorbilidades físicas crónicas, acostumbran a recibir tratamientos complejos para el control de su patología. Añadir un nuevo fármaco para el manejo de la depresión, debería ser considerado de manera minuciosa para evitar las posibles interacciones que pudieran aparecer.

## 2.4. COMORBILIDAD Y DEPRESIÓN

La relación entre depresión y patologías físicas es compleja, la depresión predispone a su padecimiento y al mismo tiempo, la presencia de las mismas incrementa la probabilidad de tener depresión. Los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez, la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física (Grupo de Trabajo de La Guía de Práctica Clínica Sobre El Manejo de La Depresión en el Adulto, 2023).

Existe cierta evidencia entre la asociación de enfermedad física crónica y depresión. Según la Guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2022), la depresión está presente en el 20% de las personas que padecen una patología crónica física y su correcto tratamiento puede aumentar la calidad y esperanza de vida de estas personas. La presencia de depresión produce un peor manejo de la comorbilidad física, una menor adherencia al tratamiento antidepresivo y un aumento en el gasto de recursos sanitarios, producido principalmente por las visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones por descompensación de alguna de las patologías (NICE, 2022). La revisión sistemática realizada entre los años 2000-2012, que tenía como objetivo identificar las tasas de prevalencia de comorbilidades, identificó la depresión como la enfermedad que se agrupaba, con mayor frecuencia, a otras patologías crónicas (Sinnige et al., 2013).

El diagnóstico de una patología crónica supone un impacto en la vida de las personas y va acompañado, en numerosas ocasiones, de la necesidad de realizar ciertos cambios en los hábitos para mantener un buen control de la misma. El tratamiento no farmacológico de las

enfermedades crónicas más prevalentes en la AP, requiere modificar hábitos en la vida diaria de las personas. Estos cambios van relacionados con la cantidad y el tipo de alimentos en la ingesta, incorporar una actividad física moderada y el abandono de hábitos tóxicos como el hábito tabáquico o el consumo de alcohol. Además, este tratamiento muchas veces se debe combinar, según el estadio de la enfermedad, con tratamientos farmacológicos de mayor o menor dificultad en su manejo que pueden suponer un problema en la adherencia al mismo. Todos estos cambios, pueden producir una fatiga y situación de estrés para las personas, apareciendo síntomas que no deben confundirse con un posible diagnóstico de depresión. La imposibilidad de no poder cumplir con el régimen terapéutico, en parte por los condicionantes socioeconómicos que tienen las personas, también genera un desánimo en las mismas. Cuando acuden a las visitas de seguimiento en su Centro de Atención Primaria (CAP) y comentan que no han podido alcanzar los objetivos pactados con su profesional médica o enfermera de referencia, también puede aparecer cierto desánimo en ellas. Es importante poder realizar este acompañamiento y evaluar el estado de ánimo como práctica clínica habitual, tal y como se indica en la revisión de la literatura (Li et al., 2019; Owens-Gary et al., 2019). Teniendo en cuenta que la enfermera de AP es la profesional que mayoritariamente realiza el seguimiento de pacientes con patologías crónicas en la AP, la confianza y el vínculo que se establece entre ellos debería ser un facilitador para que éstos expresaran sus emociones y pudieran identificarse malestares emocionales como la depresión. Sin embargo, en un estudio cualitativo que exploraba las percepciones de los pacientes con depresión y comorbilidad física, y de las enfermeras de AP que los atendían, se objetivó la dificultad de estos pacientes para solicitar ayuda de manera activa y la baja percepción de necesidad de cuidados relacionados con la depresión por parte de las enfermeras (Pols et al., 2018).

Las principales comorbilidades físicas que se acompañan de depresión son la Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) y los problemas cardiovasculares como la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica (CI), la insuficiencia cardíaca (IC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el dolor crónico. Los porcentajes de depresión en estas patologías son muy superiores a los de



la población general. A continuación, se describen de manera individual aquellas patologías crónicas que son más frecuentes en las consultas de AP y su relación existente con la depresión.

#### 2.4.1. DIABETES MELLITUS Y DEPRESIÓN

Los estudios que ponen de relevancia las consecuencias de la presencia de estas comorbilidades son numerosos. En el caso de personas con DM, la presencia de depresión es entre dos y tres veces más común que en la población general, dependiendo de los estudios consultados. Una revisión sistemática realizada por Roy identificó una prevalencia de depresión del 19,1% en personas con DM II (Roy, 2012). Otros trabajos indican tasas de prevalencia del 15,7% (Hashim, 2016). En un estudio realizado en centros de AP se identificó una prevalencia de depresión del 32,1% en >65a con DM II, frente al 16% en aquellos sin diabetes (Shehatah et al., 2010). Estudios más recientes, realizados en el ámbito de la AP, muestran prevalencias de hasta el 34,5% de depresión en pacientes con DM II (Valenzuela et al., 2018).

En lo que sí que parece existir coincidencias es en la asociación de: una peor calidad de vida, menor adherencia al tratamiento farmacológico, una mayor descompensación metabólica y aparición de complicaciones derivadas del mal control glicémico, una disminución en el autocuidado preventivo de problemas de salud independientes a su patología crónica, el aumento de discapacidad, la reducción de productividad laboral y el aumento de los costes del tratamiento de aquellas personas con DM II y depresión, en relación con las que no presentan depresión (Egede et al., 2010; Owens-Gary et al., 2019; Roy, 2012; Valenzuela et al., 2018).

La gravedad es tal que, recientemente, han aparecido publicados artículos sobre la relación entre DM II, depresión y suicidio. Los análisis bibliométricos son buenos indicadores del interés y repercusión que tienen determinadas áreas de conocimiento y de los esfuerzos que se realizan en torno a esas áreas. Un estudio cuyo objetivo era analizar cualitativa y cuantitativamente los resultados de la investigación mundial sobre diabetes, depresión y suicidio puso

de relevancia el aumento de este tipo de publicaciones en la última década. El análisis de las palabras clave de los autores mostró que la AP era una de las que se encontraron con más frecuencia en los diferentes artículos. Los investigadores del estudio, recomiendan firmemente que sea este nivel asistencial en el que se realicen todos los esfuerzos necesarios para realizar la detección de la depresión en los pacientes con DM (Sweileh, 2018).

#### 2.4.2. PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y DEPRESIÓN

La sintomatología depresiva aparece de manera frecuente en las personas con cardiopatía isquémica (CI). La prevalencia de depresión después de un infarto agudo de miocardio (IAM) está en torno al 27% siendo muy superior a la observada en la población general (Palacios et al., 2016). El estudio de Palacios et al. en el que se realizó el seguimiento, durante 3 años, de personas que habían sufrido un IAM, mostró como la cohorte con depresión tenía más ingresos hospitalarios, un mayor coste en el seguimiento y una menor calidad de vida que la cohorte que no presentaba depresión.

La asociación de depresión después de un IAM también se ha relacionado con el pronóstico de los pacientes, con un aumento del 22% en el riesgo de mortalidad por todas las causas. Aunque el pronóstico acostumbra a estar relacionado con la gravedad del evento cardíaco, la asociación entre la depresión posterior al infarto y la mortalidad sigue siendo significativa incluso después de ajustarse por la gravedad de la patología cardíaca y otras variables de salud tal y como muestra el estudio de Meijer et al. (Meijer et al., 2013).

La persistencia de la sintomatología depresiva, después de padecer un evento cardíaco, parece estar relacionada también con un mayor riesgo de presentar un peor estado funcional. Un estudio prospectivo de pacientes que se habían sometido a un cateterismo cardíaco, en el que se observó la relación del estado funcional con la persistencia del estado depresivo, mostró una disminución significativa de la capacidad para realizar las actividades instrumentales (AIVD) y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a los 30 meses (Wilcox et al., 2016).

Las personas con depresión acostumbran a tener mayor dificultad para conseguir una buena adherencia al tratamiento, así como para cumplir las recomendaciones necesarias para disminuir el riesgo cardiovascular (RCV). Esto puede influir en la aparición de episodios cardiovasculares y en la repetición de los mismos. Además, hay estudios en los que se muestra una relación entre el consumo de antidepresivos previa al IAM y un peor pronóstico, asociándose con una mayor mortalidad posterior (Cocchio et al., 2019).

La detección y el seguimiento proactivos de la depresión en este grupo de población ofrecen mejorar el pronóstico y facilitar la implementación de intervenciones específicas.

#### 2.4.3. EPOC Y DEPRESIÓN

La prevalencia de depresión en pacientes con EPOC grave es del 25% en comparación con el 19,6% en pacientes con EPOC leve o moderado (Van Manen et al., 2002). La presencia de depresión en los pacientes con EPOC acostumbra a asociarse a un mayor número de visitas a los servicios de urgencias y más ingresos hospitalarios, independientemente de la gravedad de la enfermedad pulmonar (Blakemore et al., 2019 & Iyer et al., 2016).

Otros estudios indican que los episodios de depresión tienen un efecto negativo en la adherencia al tratamiento farmacológico de la persona con EPOC (Albrecht et al., 2016), lo que podría relacionarse con ese aumento de visitas a los servicios de urgencias al producirse exacerbaciones en la patología respiratoria.

La pérdida de capacidad pulmonar que presentan los pacientes con EPOC acostumbra a ir acompañada de una pérdida de capacidad funcional y esta situación puede motivar cambios en el estilo de vida de estas personas. Los roles personales y familiares pueden verse alterados y el afrontamiento y la adaptación a las nuevas situaciones pueden no ser del todo efectivos (Valencia-Rico & Burbano-López, 2020).

Con todo ello, parece importante poder identificar de manera precoz los síntomas depresivos en los pacientes con EPOC e intentar reducir posibles complicaciones mediante intervenciones eficaces.

## 2.5. DEPRESIÓN, COMORBILIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

El concepto de calidad de vida es complejo puesto que adquiere un valor multidimensional que refleja la percepción del individuo sobre cómo afecta una enfermedad a su bienestar. La OMS, define el concepto de calidad de vida como la percepción de las personas de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1997). El modelo de Wilson y Cleary (Wilson & Cleary, 1995), explica como la CVRS estaría influenciada por las características individuales y ambientales, la función biológica, los síntomas, el estado funcional y las percepciones generales de la salud (Figura 1). Este modelo sería adecuado para evaluar la CVRS en personas que padecen patologías crónicas y depresión. La compleja relación entre los factores biológicos, fisiológicos y los síntomas que el paciente percibe, pueden traducirse de forma diversa. Los síntomas no tienen por qué ser siempre atribuibles a situaciones clínicas, sino que pueden responder a condicionantes sociales a los que la persona se ve sometida (género, situación económica, nivel de estudios, edad, etc.). En el caso de los síntomas depresivos, éstos se asocian fuertemente a una peor CVRS según la revisión sistemática realizada por Olejabi (Ojelabi et al., 2017).

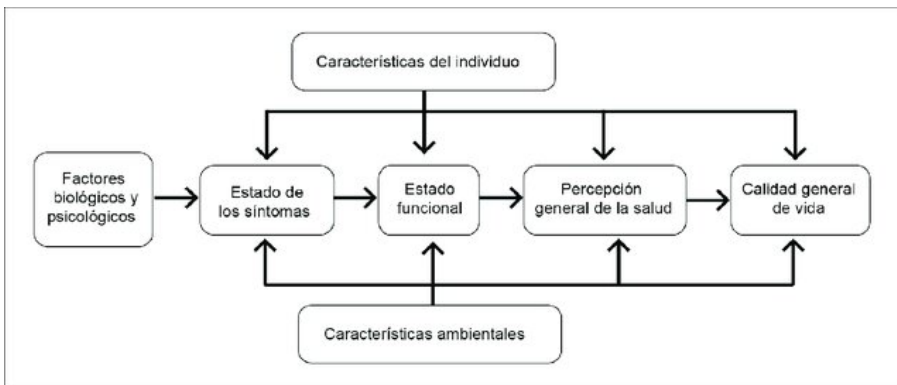


Figura 1. Modelo CVRS Wilson & Cleary

Fuente: Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA. 1995;273:59-65.

La depresión se considera una de las principales causas de pérdida en años de vida ajustados por calidad (AVAC) y en años vividos con discapacidad (AVD) en todo el mundo (Haddad, 2009). El estudio ESEMeD-España concluyó que los trastornos del ánimo ejercían un impacto más negativo en la calidad de vida y la discapacidad funcional de las personas que las propias enfermedades físicas crónicas (Fernández et al., 2010). La concomitancia de comorbilidad física crónica y depresión se traduce, así mismo, en una peor CVRS (NICE, 2022). Aspectos como la edad y el género aparecen como determinantes a la hora de presentar una peor CVRS.

Las personas mayores con síntomas depresivos presentan una menor CVRS, y una mayor gravedad de la depresión se relaciona con un menor puntaje en la CVRS. Esta asociación significativa entre depresión y peor CVRS en las personas mayores, se mantiene independientemente del instrumento de medida utilizado para su medición, según diversas revisiones sistemáticas realizadas en distintos momentos (Sivertsen et al., 2015; Rúa et al., 2022).

Estudios realizados en diversas patologías crónicas refieren siempre una peor calidad de vida cuando son las mujeres quienes las padecen (Bushnell et al., 2014; Bentsen et al., 2014; Domínguez-Mon, 2017; Bjørnnes et al., 2017). El estudio de Arrospide (Arrospide et al., 2019), en el que se identificaba el efecto del género, la edad y las patologías crónicas sobre la CVRS en una muestra de población española, mostró una peor calidad de vida en mujeres que en hombres en todas las patologías crónicas.

Sin embargo, encontramos estudios como el de Orfila que atribuye esas diferencias de género en ancianos, a la pérdida de capacidad funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria y las condiciones de salud derivadas de las patologías crónicas que padecen (Orfila et al., 2006). En esta línea, otros estudios en los que se analizó la CVRS en relación al buen manejo de la patología crónica, como el realizado por Hernández (Hernández et al., 2018), identifica la gravedad y el control de síntomas del asma como el principal contribuyente a la alteración de la CVRS, independientemente de su sexo y sugiere que el impacto del asma en la CVRS podría aliviarse logrando un buen control de los síntomas. De igual modo,

estudios realizados con pacientes con MPOC o diabetes mellitus (Esquinas et al., 2020; Aro et al., 2017), relacionan una peor CVRS con una mayor severidad de la patología y un peor control de los síntomas. Son todos ellos estudios que se centran en la patología, sin tener en cuenta que la mejoría en el control de síntomas puede responder a condicionantes sociales que favorezcan ese buen control. Comprender las diferencias en cuanto a la CVRS y el género supone todavía, en la actualidad, una incógnita estimulante para continuar investigando al respecto.

## 2.6. GÉNERO Y DEPRESIÓN

El género es la construcción social de aquello que se considera masculinidad o feminidad, por ejemplo, los rasgos, actitudes, roles... de aquello que una cultura determinada atribuye a una persona en un momento dado en función de su sexo y de cómo se relaciona con las personas según el sexo que tienen. Se entiende por sexo el conjunto de atributos biológicos diversos (cromosomas, factores hormonales, gónadas, etc.) que determinan las características físicas, anatómicas y fisiológicas de las personas (Generalitat de Catalunya. Jovecat, 2021; World Health Organization, 2017)

El género, atraviesa como eje transversal el marco de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (Figura 2), produciendo inequidades en la salud y en la calidad de vida. Las desigualdades de género en salud se producen por condicionantes sociales y no responden a diferencias biológicas. Las diferencias en salud; se entienden como aquellas condiciones de salud que son diferentes entre mujeres y hombres y que se deben a las características biológicas de cada sexo.

Es frecuente utilizar el término de depresión para nombrar el malestar emocional de las mujeres que, suele estar relacionado con las situaciones y los roles que acostumbran a desempeñar en la sociedad: la doble jornada (laboral y de cuidados), la brecha salarial (mayor ocupación a jornada parcial, los peores salarios a igual trabajo), las familias monomarentales. Por el contrario, de acuerdo a los estereotipos de género que dicta la sociedad, los hombres tienen mayor

dificultad para expresar su malestar y esto puede traducirse en un infradiagnóstico de trastornos emocionales como la depresión.



Figura 2. Marco conceptual sobre los determinantes de las desigualdades en Salud de la Comisión Española para la Reducción de las Desigualdades Sociales en Salud.

Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010.

Serian pues, las variables socioculturales las que, al actuar a través de los roles y las conductas socialmente construidas, condicionarían las distintas maneras de expresar el malestar emocional y el sufrimiento psicológico de las mujeres y los hombres (Montero, 2004).

Una revisión sistemática que analizaba las diferencias de género en las expresiones asociadas a la depresión identificó el llanto, la dificultad para dormir y la fatiga como características predominantes en las mujeres. Sin embargo, en los hombres, predominaban las expresiones relacionadas con comportamientos agresivos y el abuso de sustancias (Haroz et al., 2017).

La prevalencia de depresión en mujeres es siempre mayor a la de los hombres, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Se estima que la proporción de mujeres con depresión puede ser, aproximadamente,

el doble que la de hombres. Estas diferencias aumentan con la edad (Girgus et al., 2017) y en los grupos sociales más vulnerables. El porcentaje de depresión en las mujeres mayores de 65 años es el triple que en los hombres. En las clases de menor nivel socioeconómico, los hombres presentan depresión en un 6,3% versus el 19,7% de las mujeres de este grupo social. En cuanto al nivel educativo, el porcentaje de hombres con estudios primarios que presentan depresión es del 8%, frente al 21,2% de las mujeres (Cabezas-Rodríguez et al., 2020). La hipótesis biológico-genética sobre una mayor vulnerabilidad de las mujeres para sufrir una peor salud mental es en la actualidad inconsistente (Kuehner, 2017). Según el informe SESPAS 2020 podría existir un posible sobre-diagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, con lo que se etiquetaría de manera más frecuente como depresión estados de salud mental similares en hombre y mujeres, y se prescribirían más psicofármacos a las mujeres, en igualdad de necesidad (Bacigalupe et al., 2020). Estudios cualitativos como el de Pols (Pols et al., 2018), atribuyen a eventos y circunstancias negativas de la vida de las personas, las causas principales de la depresión. Se deberían tener presentes las variables relacionadas con el género en la valoración y abordaje del malestar emocional de las personas.

## 2.7. COSTES DE LA DEPRESIÓN

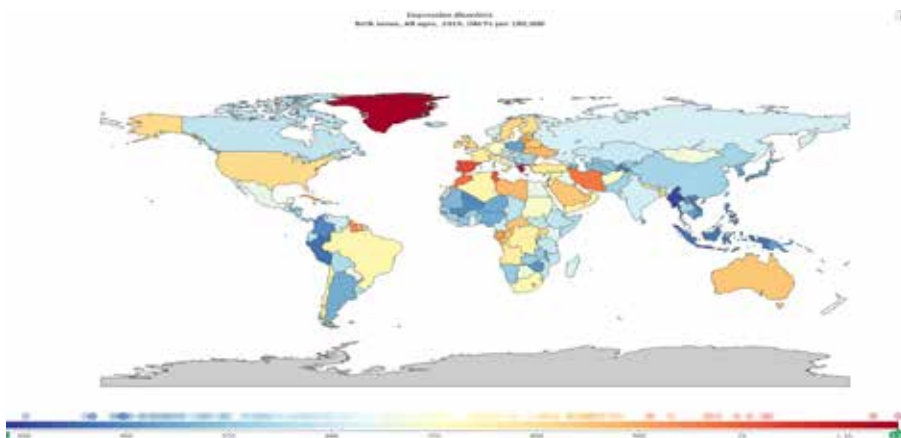


Figura 3. Carga global de los trastornos de depresión en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

Fuente: Global Health Data Exchange. GHDx



Según los resultados del estudio “Global Burden of Disease” (GBD) del 2019, los trastornos mentales representan una de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Otra manera de cuantificar el impacto de la depresión es midiendo la carga producida por la misma mediante la CVRS y calculando los años de vida ajustados a la calidad (AVAC) con que viven dichos años. Los trastornos por depresión suponen la segunda causa de años vividos con discapacidad (AVD) y la 13ª causa de AVAD (Abafati et al., 2020).

La depresión, tiene un impacto significativo en todo el mundo en términos de costes económicos, sociales y de salud. Se asocia principalmente a una elevada carga económica en los sistemas de salud. Cuando se habla de costes de la depresión, se acostumbra a diferenciar los llamados costes directos de los costes indirectos. Los costes directos tienen que ver con el gasto derivado del tratamiento, la prevención, la rehabilitación y el cuidado, siendo el consumo de fármacos y el uso de recursos sanitarios los que conforman principalmente esta partida. Los costes indirectos tienen que ver con aspectos sociales o de productividad, acostumbrando a ser los días de incapacidad temporal (IT) de la persona la partida de mayor volumen dentro de ellos. Los costes indirectos suponen el porcentaje más elevado dentro de los costes totales.

La revisión sistemática de Luppá (Luppá et al., 2007) que analizó las publicaciones sobre los costes de la depresión en el mundo hasta el año 2003, explica como los valores oscilaron entre los 3.000€ y los 6.200€ paciente/año. Las comparaciones de diferentes estudios son complicadas ya que tanto los instrumentos utilizados para el diagnóstico de depresión, como las partidas que se incluyen en los costes directos e indirectos, pueden variar de unos a otros.

En Europa el coste total de los trastornos mentales en el año 2010 fue de 798.000 millones de euros, de los cuales los costes sanitarios directos fueron el 37% y el 63% correspondían a los costes indirectos. El coste medio por habitante fue de 5.500€. Los trastornos depresivos supusieron un total de 91.814 millones de euros, con una media de 3.034 € por paciente. (Olesen et al., 2012). El estudio estimaba que el gasto total de los trastornos mentales en España

en el año 2010 fue de 77.791 millones, con un gasto medio por paciente/año de 1.692€.

Una revisión sistemática de la literatura (Parés-Badell et al., 2014), realizada con el objetivo de conocer los costes económicos de los trastornos mentales en España, concluyó que los costes totales alcanzarían 45.988 millones de euros, lo que supone un coste medio total por paciente de 2.494€/año. De acuerdo a los datos del estudio, los trastornos depresivos alcanzarían un coste total de 10.763 millones de euros.

El estudio EPICO, realizado a partir de la información del Instituto Nacional de Estadística del estado español y en el que se incluyeron los datos de todos los pacientes mayores de 18 años con un episodio de depresión entre los años 2015-2017, estimó que los costes totales observados fueron de 223,9 millones de euros. El valor correspondería a una media de 3.235€/paciente/año. El porcentaje correspondiente a costes sanitarios directos fue el 18,4% y el 81,6% restante a costes indirectos no sanitarios (18% incapacidad laboral temporal, 63% incapacidad laboral permanente). Los costes directos representaron el 1,1% del gasto sanitario total en España en el 2017 (Vieta et al., 2021).

En nuestro entorno más cercano, el estudio CostDep realizado en el año 2006 en Catalunya, estimó los costes para la depresión en 735,4 millones de euros, de los que un 5,6% fueron costes directos de las visitas en Atención Primaria (del global). En otro estudio catalán, del total de los costes de la depresión el 21,2% correspondían a los costes directos sanitarios, de los cuales la mayor partida era la del tratamiento farmacológico (101.065.278€); y el 78,8% a los costes indirectos, donde volvía a ser la incapacidad laboral permanente (353.311.007€), la partida que mayor impacto económico (Salvador-Carulla et al., 2011).

A estos cálculos, habría que añadir aquellos costes producidos por las posibles comorbilidades asociadas. Como ya hemos citado anteriormente, aproximadamente el 20% de pacientes diagnosticados con una patología crónica presentan de manera concomitante un trastorno de depresión. Esta concomitancia supone una peor ad-

herencia a los tratamientos pautados y un aumento en el consumo de recursos sanitarios debido a las visitas a urgencias y hospitalizaciones, fruto de posibles descompensaciones (Egede et al., 2010; Owens-Gary et al., 2019; Valenzuela et al., 2018; Blakemore et al., 2019; Iyer et al., 2016; Albrecht et al., 2016).

## 2.8. LA PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es la provisión de información sistemática, relevante, amplia y actualizada sobre una enfermedad, incluido su diagnóstico y tratamiento. Los programas de psicoeducación ofrecen información relacionada con la identificación de los síntomas tempranos de descompensación o recaída. También pueden incorporar información general acerca de la promoción de estilos de vida saludable, la capacitación en la técnica de resolución de problemas, el conocimiento de los diferentes estilos de comunicación o la identificación de situaciones estresantes. La intención es que pacientes y cuidadores puedan incorporar herramientas para poder vivir con la enfermedad, comprendiendo su efecto en las distintas esferas de la persona (Motlova et al., 2017).

Existe cierta evidencia en la psicoeducación de las familias de pacientes con trastorno de depresión, en relación a la mejoría funcional de éstos y el bienestar de los cuidadores, así como en la disminución del tiempo de recaída de los pacientes y la mejoría de la calidad de vida de los mismos (Brady et al., 2017). Así mismo la psicoeducación ha demostrado ser efectiva en la disminución de la carga de cuidadores de personas con deterioro cognitivo o dependencias físicas, actuando como un factor protector en la aparición de problemas en el estado del ánimo de éstas (Mou et al., 2023 & Tawfik et al., 2021). La psicoeducación puede ir dirigida a los propios pacientes y/o a sus familiares o cuidadores, se puede realizar de manera individual o bien de forma grupal. El impacto de la psicoeducación grupal en la mejora del estado de ánimo, una mayor sensación de autoeficiencia y su efecto sobre la estigmatización, puede estar relacionada con el apoyo social brindado por el grupo (Weiner et al., 2018). En el formato grupal el número de sesiones

puede variar en función de los contenidos y de la patología a la que va dirigida. En los últimos años han aparecido intervenciones basadas en la psicoeducación que se llevan a cabo a través de internet o mediante llamadas por teléfono. Este tipo de intervenciones acostumbra a ir dirigidas a poblaciones más jóvenes.

Según Palacín, el grupo psicoeducativo puede ser conducido por uno o dos profesionales sanitarios, pudiendo ser enfermeras con una formación previa (Palacín, 2004). Algunas intervenciones realizadas por enfermeras dentro del ámbito de la AP han mostrado resultados favorables incluso con intervenciones breves. Un estudio realizado con personas que presentaban síntomas psicósomáticos en el que durante 30' se explicaban los mecanismos cerebrales que se producen cuando hay dolor y la respuesta que realiza el cuerpo al estrés, mostró resultados con mejoría significativa de los síntomas incluso 3 semanas después de la intervención (Johnson, K., Bennett, C., Rochari, H., 2022).

La psicoeducación también se ha mostrado útil en la prevención de trastornos mentales en mujeres primíparas después del parto. En este caso las parejas recibían un seminario de 6 horas. La intervención se asoció a menor presencia de síntomas de ansiedad y una mejor autoevaluación de salud entre las mujeres hasta 6 meses después del parto (Fisher, J. et al., 2016).

Otro ámbito en el que la psicoeducación también ha mostrado resultados beneficiosos es en los cuidadores a domicilio que tenían a su cargo personas en situación paliativa. En este caso la intervención consistía en 3 sesiones en formato grupal, lideradas por médicas, enfermeras y trabajadoras sociales. El contenido de las sesiones preparaba a los cuidadores en el cuidado de sus familiares aumentando la competencia en los mismos en relación al grupo control (Holm, M., et al., 2016).

La psicoeducación se ha mostrado tan eficaz como la TCC a corto plazo. En un estudio dirigido por enfermeras en el que se comparaba la efectividad de una intervención psicoeducativa versus la TCC en pacientes con dolor torácico no coronario, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que recibió la psicoeducación y el grupo

que recibió la TCC, aunque en este último si que hubo una tendencia a tener menores efectos a largo plazo (Mourad, G. et al., 2022).

De los estudios anteriores se deduce que la psicoeducación realizada por enfermeras parece ser beneficiosa, tanto si se realiza de manera individual como grupal, así como en intervenciones de duración breve o más larga dependiendo de los contenidos y los objetivos que se planteen.

## 2.9. EL CUIDADO TRANSPERSONAL DE JEAN WATSON

Las enfermeras para poder asumir el liderazgo del cuidado necesitamos un marco de referencia que los centre en aquellos aspectos que consideramos fundamentales. Por lo tanto, en la práctica es necesario tener presentes aquellas teorías y modelos enfermeros que nos faciliten el desarrollo de la profesión.

Margaret Jean Watson desarrolló la Teoría del Cuidado humano entre los años 1975-1979 planteando que la profesión enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado basado en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y la que cuida. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona, así como dar apoyo durante todo el proceso de la vida y en el momento de la muerte (Guerrero et al., 2016; Turkel et al., 2018). El modelo de cuidados de Jean Watson se nutre del feminismo, la filosofía y la física cuántica, entre otras corrientes y disciplinas. Tiene una orientación existencialista con una profunda influencia de la teoría de la alteridad de Levinas según la cual el otro es un ser único al que debemos tratar como tal, más allá de nuestras propias experiencias y prejuicios (Fernández, 2015). La Teoría de Watson se considera idónea para guiar la práctica de las enfermeras que trabajan en la comunidad (Falk, 2000).

La palabra transpersonal, va más allá de la relación que se establece mediante la comunicación con el paciente y tiene connotaciones espirituales. Es un cuidado que se produce en el momento en el que existe una conexión intersubjetiva entre la enfermera y el paciente,

creando una armonía entre cuerpo, mente y alma (Vázquez & Eserri, 2010). El principal objetivo del cuidado transpersonal consiste en proteger, mejorar y preservar la dignidad, la humanidad y la integridad de la persona (Cara, 2003). La Teoría del cuidado transpersonal de Watson contempla siete supuestos básicos y diez factores de cuidado.

Los supuestos básicos son premisas asumidas como verdad sin comprobación para la ciencia del cuidado de enfermería y son los siguientes (Valencia & Melita, 2022): 1.- El cuidado solo puede demostrarse y practicarse de forma efectiva interpersonalmente. 2.- El cuidado consiste en factores cautelares que resultan en la satisfacción de ciertas necesidades humanas. 3.- El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual o familiar. 4.- Las respuestas afectuosas aceptan a una persona no solo como es ahora, sino como lo que él o ella pueden llegar a ser. 5.- Un ambiente de cuidado es aquel que ofrece desarrollo de potencial mientras le permite a la persona elegir la mejor acción para sí misma, en un momento dado. 6.- El cuidado es más saludable que el curar. 7.- La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con conocimiento del comportamiento humano para generar o promover salud y proporcionar servicios a quienes estén enfermos.

A continuación se enumeran los diez factores de cuidado que promovió Watson y que son la base de su teoría (Cara, 2003) : 1.- La formación de un sistema humanístico-altruista de valores. 2.- Infundir fe y esperanza. 3.- Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. 4.- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. 5.- La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos. 6.- El uso científico de la técnica de resolución de problemas para la toma de decisiones. 7.- La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal. 8.- La provisión de un entorno de apoyo, seguro y digno. 9.- La asistencia en la gratificación de necesidades humanas básicas. 10.- Permitir el desarrollo de la dimensión existencial y espiritual.

Los factores del cuidado que propone su modelo se basan en una relación de ayuda y de confianza con la persona, que favorezca la expresión de sentimientos y está en concordancia con las recomen-

daciones de la RNAO para el manejo de las personas mayores con depresión (Registered Nurses' Association of Ontario, 2016). Esta relación de ayuda implica respeto mutuo, coherencia, empatía y una comunicación eficaz entre la persona y el profesional. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos también suponen un aspecto fundamental en el cuidado bajo este modelo. Procurar un entorno adecuado, de apoyo y protección tanto emocional, físico, sociocultural y espiritual, que debe rodear tanto a la persona como a la profesional que está brindando el cuidado, es otro de los elementos de la teoría de Jean Watson. El grupo se identifica como ese entorno seguro en el que poder compartir problemas, dificultades y donde las personas se pueden sentir comprendidas, apoyadas y reforzadas (Guimon, 2003).

La enseñanza-aprendizaje transpersonal es una parte importante de la educación para la salud, actividad que llevan a cabo las enfermeras de AP con sus pacientes. Dar una información detallada sobre el proceso de enfermedad, en el caso de nuevos diagnósticos de patologías crónicas, facilita el desarrollo de habilidades personales y favorece el autocuidado. En el caso de la psicoeducación, la educación se ofrece a personas que tienen un trastorno mental, con el objetivo de que el paciente y/o la familia adquieran herramientas para vivir y afrontar la enfermedad. Es importante que esta información aporte una perspectiva del cuidado, no solo de la curación, puesto que en el caso de enfermedades crónicas ésta no existirá.

## 2.10. EVIDENCIA CIENTÍFICA DE INTERVENCIONES REALIZADAS POR ENFERMERAS DE AP PARA EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN

El papel de las enfermeras en el manejo de la depresión dentro de la AP es importante. Trabajos como los de Casañas (Casañas et al., 2012), donde las enfermeras de AP, previa formación, lideraban una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión, demostraron la capacidad de estas enfermeras y la eficacia de intervenciones grupales psicoeducativas lideradas por ellas.

El estudio cualitativo (Webster et al., 2016) en el que se explora las barreras y los facilitadores para la implementación de una intervención colaborativa desde la perspectiva de paciente, indicó que el papel de la enfermera fue considerado muy valioso por éstos, sobretodo por la disponibilidad que tenían para escucharlos. Sin embargo, para las enfermeras resultó tener un impacto negativo en su bienestar emocional. Mejorar las habilidades de las enfermeras de AP conduciría a aumentar su confianza y capacidad para abordar los problemas de salud mental de sus pacientes. Asimismo las enfermeras de AP se beneficiarían de obtener más conocimiento sobre los trastornos mentales comunes y de identificar los recursos que necesitan para contribuir a su manejo en un equipo interdisciplinario.

En un modelo de atención escalonada y colaborativa la enfermera sería la profesional más indicada, por la visión integral que tiene del paciente, para coordinar los cuidados de las personas con depresión y comorbilidad física en la AP. Colaborar con otros profesionales y asegurar el seguimiento de estas personas para que reciban en todo momento el tratamiento más adecuado según la gravedad de la depresión, ha demostrado también evidencia según el estudio INDI (Aragónés et al., 2012).

Las enfermeras de AP desempeñan un papel importante en la detección temprana, el apoyo emocional, la educación y la coordinación del cuidado de personas con depresión y comorbilidad física, estando capacitadas para llevar a cabo intervenciones dirigidas al manejo de la depresión. Algunas de estas intervenciones tienen que ver con la valoración holística que realizan del paciente, la entrevista clínica en busca de factores de riesgo presentes y la evaluación de la existencia o no de depresión mediante escalas o cuestionarios validados, en el caso que fuera necesario realizar un cribado. Proporcionar información sobre la depresión, sus síntomas, las posibles causas y las opciones de tratamiento escalonado que hay es fundamental. La educación sanitaria dirigida a la adopción de hábitos de vida saludables relacionados con la alimentación, la actividad física moderada y/o incorporar herramientas para el manejo del estrés como las técnicas de relajación simple, pueden tener un



impacto positivo tanto en la depresión como en la mejoría de la patología crónica asociada (Katon et al., 2012).

Informar acerca de la necesidad de hacer cambios y el acompañamiento del paciente y su entorno durante el tiempo que dure el malestar, son actividades que la enfermera puede realizar en un modelo colaborativo entre AP y SM (Girard et al., 2017 & Kappelin et al., 2022). Las enfermeras pueden, así mismo, brindar apoyo emocional y realizar una escucha activa durante las visitas. Para ello deben facilitar un espacio seguro donde los pacientes puedan expresar sus sentimientos y preocupaciones. Sentirse comprendido, con un profesional que valide las emociones que verbalizan los pacientes, puede ser de gran ayuda. Las terapias de conversación breve, han demostrado cierta evidencia en la ayuda a los pacientes en el manejo de sus emociones y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas (Webster et al., 2016).

De igual modo, informar sobre la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico, en el caso que exista, los posibles efectos secundarios y las estrategias de afrontamiento para poder salvar dificultades, acompañando a los pacientes en la toma de decisiones son intervenciones que las enfermeras ejecutan de manera autónoma.

La prevención de recaídas mediante la psicoeducación de los pacientes, ayudándolos a reconocer los signos tempranos de éstas y proporcionándoles herramientas para manejar situaciones estresantes, sería otra de las actividades que las enfermeras de primaria pueden llevar a cabo en el abordaje de los pacientes con depresión y patologías crónicas físicas (Casañas et al., 2012; Johnson et al., 2014; Wong et al., 2018).

Se ha demostrado evidencia para incluir a enfermeras en la atención colaborativa destinada a la atención de pacientes afectados por enfermedades crónicas físicas y trastornos mentales comunes (Naik et al., 2019; Wong et al., 2018; Knowles et al., 2015; Tully & Baumeister, 2015; Schlicht et al., 2013). Los estudios respaldan a la enfermera como el profesional más eficaz en el modelo colaborativo, adoptando como principales funciones la planificación de los

cuidados de las personas con depresión y comorbilidad física y la coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales.

Las intervenciones como la psicoeducación, la educación grupal, el seguimiento telefónico y la gestión de los cuidados de los pacientes han mostrado ser en diversos estudios costo-eficaces (Camacho et al., 2016; Katon et al., 2012). Es importante que estas intervenciones puedan demostrar evidencia científica. A continuación, en la Tabla 4, se presenta un resumen sobre la evidencia de los estudios que apoyan las intervenciones enfermeras en el manejo de la depresión asociada o no a comorbilidades físicas

Autor/año	Población/ muestra	Diseño	Definición de depresión	Medidas resultado	Intervención	Resultados	Conclusiones
Katon et al./2010 USA	Adultos/AP N=214 GI=106 GC=108	ECA	PQH-9 $\geq$ 10	PQH-9 LDL T.A. Hbg Pre-6- 12m	Programa colaborativo de 12m de duración. Visitas enfermera c/2-3 semanas. Autocuidado, TRP.	GI a los 12m mejores niveles Hbg, LDL, T.A. y menor puntuación de depresión ( $p < 0.001$ ) que GC.	La intervención colaborativa mejora el control de depresión y patología crónica.
Aragón et al./2012 España	Adultos >18 años/AP N= 302 GI= 172 GC= 130	ECA	Depresión según criterios DMS-IV	PQH-9 Tasa de respuesta Tasa remisión Pre-3-6- 12 meses	Programa multicomponente (procedimientos clínicos, educativos y organizativos) con enfermeras de AP que actúan como gestoras de casos	Puntuación media de PQH-9 a los 12m (GI=7,15 vs GC=8,78 $p=0,053$ ). Tasa respuesta GI=66,9% vs GC=51,5% $p=0,011$ . Tasa remisión GI=48,8% vs GC=35,4% $p=0,026$ .	El programa multicomponente para el manejo de la depresión mayor en la Atención Primaria, ofrece mejores resultados clínicos que la atención habitual.
Casañas et al./2012 España	Adultos >20 años/ AP N=231 GI=119 GC=112	ECA	Depresión según CIE-10. BDI >10 y <30	BDI Tasa respuesta Tasa remisión Pre-3-6- 9m	GI=Programa de psicoeducación grupal, 12 sesiones semanales de 90'. GC=Atención habitual en AP.	Diferencias significativas entre GI y GC en remisión de síntomas post-intervención. Tasa remisión a los 9m en pacientes con depresión leve GI=64,9% vs GC=37,5% $p=0,006$	Intervención eficaz a corto y largo plazo en pacientes con depresión leve y a corto plazo en depresión moderada.

Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.

**Abreviaturas:** AP (Atención Primaria); BDI (Beck Inventori Depression); CIE-10 (Clasificación Internacional de enfermedades, 10ª Edición); DMS-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4th Edition); ECA (Ensayo Clínico Aleatorio); GI (Grupo intervención); GC (Grupo control); Hbg (Hemoglobina glicosilada); LDL (Low density Lipoprotein); PQH-9 (Patient Questionnaire Health); T.A. (Tensión Arterial); TRP (Técnica de resolución de problemas). Fuente: elaboración propia.

Autor/año	Población/muestra	Diseño	Definición depresión	Medidas resultado	Intervención	Resultados	Conclusiones
Schlicht et al./2013 Australia	Enfermeras y médicos generales N= 5 enfermeras 5 médicos	Mixto: descriptivo + cualitativo		Pacientes que reciben atención escalonada. Identificación de ideación suicida. Aceptabilidad del modelo de atención por enfermeras y médicos	Atención escalonada con enfermeras gestoras que detectan y manejan los protocolos de depresión y diabetes y/o patología coronaria.	El 50% de los pacientes recibieron atención escalonada cuando lo necesitaron. Se identificó el 100% de pacientes con ideación suicida y se llevaron a cabo las actividades necesarias. Tanto médicos como enfermeras reconocieron las ventajas de contar con los protocolos de actuación.	Las enfermeras de AP pudieron identificar, evaluar y gestionar el riesgo de sufrir un trastorno de salud mental en pacientes con diabetes y/o patología cardíaca.
Johnson et al./2014 USA	Adultos >18/ AP N=157 GI=95 GC=62	ECA	Depresión PQH $\geq$ 10	PQH-9 a los 12m (disminución 5 puntos de valor inicial)  Pre-6-12m	Atención colaborativa. Enfermera gestora de casos (TRP, adherencia tratamiento, soporte, coordinación profesional). GI= Seguimiento presencial ó telefónico 1 ó 2 veces al mes	Disminución media puntaje PQH-9 a los 12m GI= 7,3, DS 5,6 vs GC= 5,2 DS 5,7 $p=0,015$ . Recuperación clínica de los síntomas depresivos GI= 61% vs GC= 44% $p=0,03$	La intervención de atención colaborativa reduce los síntomas depresivos en relación a la atención habitual realizada por los médicos de AP.

Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.

**Abreviaturas:** AP (Atención Primaria); DS (Desviación Estándar); GI (Grupo intervención); GC (Grupo control); PQH-9 (Patient Questionnaire Health); TRP (Técnica de resolución de problemas). Fuente: elaboración propia.

Autor/año	Población/muestra	Diseño	Definición depresión	Medidas resultado	Intervención	Resultados	Conclusiones
García-Peña et al./2015 Méjico	Adultos >60 años/AP N=81 GI=41 GC=40	ECA	Depresión sub-humbral. PQH-9 entre 2 a 6.	Disminución al menos en 5 puntos en el PQH-9  Pre-post	GI=12 sesiones semanales de 90' duración. TCC (regulación de pensamientos)	Disminución PQH-9 en 5 o más puntos GI=56% vs GC=30%.	La intervención conducida por enfermeras para personas mayores con depresión sub-humbral mostró una disminución mayor en el PQH-9 en el GI que en el GC.
Webster et al./2016 UK	Profesionales y pacientes/AP N=8 profesionales. N=4 pacientes	Cualitativo		2m post-intervención	Aceptabilidad de una intervención de activación conductual breve dentro de un programa colaborativo.	Los hallazgos de las entrevistas mostraron barreras y facilitadores relacionados con la intervención.	El papel de la enfermera desde la perspectiva del paciente fue considerado muy valioso, sin embargo, las enfermeras reportaron un impacto negativo en su propio bienestar emocional al realizarla.
Pols et al./2017 Países Bajos	Adultos >18 años/AP N=236 GI=96 GC=140	ECA	Depresión Leve PQH-9≥6	PHQ-9 MINI  Pre-3-6-9-12m	Intervención escalonada en 4 fases: conducta expectante, autocuidado, TRP, derivación a Médico de familia	Incidencia acumulada de Trastorno depresivo en GI del 10,1% vs 9,9% en GC a los 12m  Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el curso o sintomatología depresiva	La atención escalonada no fue más eficaz que la atención habitual en la prevención del Trastorno depresivo.

Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.

**Abreviaturas:** AP (Atención Primaria); ECA (Ensayo Clínico Aleatorio); GI (Grupo intervención); GC (Grupo control); MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview); PQH-9 (Patient Questionnaire Health); TCC (Terapia cognitivo-conductual); TRP (Técnica de resolución de problemas). Fuente: elaboración propia.

Autor/año	Población/muestra	Diseño	Definición depresión	Medidas resultado	Intervención	Resultados	Conclusiones
Girard et al./2017 Canadá	Enfermeras/ AP N=13	Cualitativo			Detección de trastorno mental común (ansiedad/depresión) Actividades realizadas: planificación, seguimiento, colaboración y derivación a otros profesionales	Las principales actividades realizadas por las enfermeras en pacientes con depresión y comorbilidad física se centran en la monitorización del estado físico y mental del paciente, la planificación de las visitas y la coordinación con otros profesionales si fuera preciso, la promoción de la salud y la relación terapéutica.	Existe variabilidad en las actividades que realiza la enfermera en los diferentes EAP. Hay una brecha entre lo que se espera de la enfermera y lo que realmente hace cuando aparece un trastorno mental común en los pacientes con comorbilidad física asociada. Es importante que las enfermeras de AP reciban formación al respecto. Las enfermeras que ya realizan el seguimiento y las actividades que necesitan los pacientes con trastorno mental común y patología física asociada se beneficiarían de la colaboración con otros profesionales de la salud.
Wong et al./2018 Japón	Adultos >18 años/ AP N=231 GI=115 GC=116	ECA	Depresión Leve PHQ-9 entre 5 a 9	BDI-II Pre- post-5m- 12m	GI=8 sesiones semanales de 2h. Mindfulness en grupo, psicoeducación y activación conductual. GC= atención habitual con médico AP	Diferencias significativas en la puntuación del BDI entre grupos: post-intervención -3.21 (-5.02 to -1.40) p<0.001 12m: -3.06 (-5.48 to -0.64) p<0.01	Intervención factible y eficaz para reducir los síntomas de depresión entre las personas con depresión leve en la Atención Primaria.

Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.

**Abreviaturas:** AP (Atención Primaria); BDI (Beck Inventori Depression); ECA (Ensayo Clínico Aleatorio); GI (Grupo intervención); GC (Grupo control); PQH-9 (Patient Questionnaire Health). Fuente: elaboración propia.

Autor/ año	Población/ muestra	Diseño	Definición depresión	Medidas resultado	Intervención	Resultados	Conclusiones
Kappelin et al./ 2022 Suecia	Adultos/ AP 1447 artículos identificados N=12	Rev. sistemática de ECA.			Modelos de atención colaborativa en pacientes con comor- bilidad física y depresión/ ansiedad	Los modelos de atención colabora- tiva acostumbra- n a ser modelos de atención escalo- nada, que involu- cran seguimiento de tratamientos farmacológicos y psicoterapia. Están realizados por una enfermera o psi- cólogo, se centran en las TRP. El seguimiento del paciente incluye el control de los síntomas y extra- tejas de preven- ción de recaídas.	Cuesta encontrar modelos de atención escalonada para pacientes que pre- sentan más de una comorbilidad física y depresión o ansiedad asociada.

Tabla 4. Estudios sobre intervenciones realizadas por enfermeras de AP para el abordaje de pacientes con depresión.

**Abreviaturas:** AP (Atención Primaria); ECA (Ensayo Clínico Aleatorio); TRP (Técnica de resolución de problemas). Fuente: elaboración propia.

---

### 3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

---

Para llevar a cabo nuestra investigación partíamos de trabajos previos realizados en nuestro entorno cercano en los años 2005-2006. Durante este período y por iniciativa de la Gerencia de Atención Primaria del Institut Català de la Salut (ICS) se elaboraron unas guías de sesiones grupales psicoeducativas para trastornos de ansiedad y depresión en la AP (Casañas, Armengol y Puigdeval, 2006). Mi colaboración y participación en las guías fue como revisora externa. Posteriormente se realizaron cursos de formación en psicoeducación grupal para enfermeras de AP en diferentes EAP de Barcelona ciudad. La evaluación de la efectividad de los grupos se obtuvo mediante un estudio quasi-experimental pre-post intervención en diferentes EAP de Barcelona (Casañas et al., 2009). Como los resultados fueron muy positivos, se diseñó un ensayo clínico aleatorizado, en el que participaron 13 EAP de Barcelona ciudad (Casañas et al., 2012). El objetivo del estudio era evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión leve-moderada liderada por enfermeras de AP. La intervención constaba de 12 sesiones grupales de 90 minutos de duración, estaban conducidas por enfermeras de AP y basadas en la psicoeducación. Se llevaba a cabo educación sanitaria relacionada con los síntomas, los tratamientos y el pronóstico de la patología. El ensayo clínico obtuvo como resultados una mejora en la sintomatología depresiva en el grupo intervención en comparación al grupo control. La adherencia a la intervención fue elevada, el 73% de los participantes asistieron a 8 o más sesiones. Mi participación como enfermera conductora en varios grupos psicoeducativos hizo que adquiriera competencias y experiencia en la conducción grupal, la psicoeducación y en identificar los principales malestares que expresaban las personas que participaban en los grupos. A menudo, durante mi ejercicio profesional en las consultas de AP, ob-



servo como personas diagnosticadas de patologías físicas crónicas presentan dificultades para seguir las recomendaciones y realizar los cambios de hábitos necesarios para su adecuado manejo. En ocasiones la demanda de cambios que realizamos los profesionales puede conducir a que las personas se sientan emocionalmente mal al no poder cumplir nuestras expectativas. Estas dificultades no son las mismas para hombres y mujeres, dependiendo de quién cuida y quién es cuidado. Igualmente, el estado emocional de estas personas podría reflejarse en una mejoría o empeoramiento de la patología crónica o viceversa tal y como apoya la literatura.

La elevada prevalencia de los trastornos depresivos en las consultas de AP, las diferencias de género en los mismos, la concomitancia con otras enfermedades físicas crónicas, la dificultad en el manejo de las mismas y la evidencia de intervenciones lideradas por enfermeras en el abordaje de trastornos leves de ansiedad y depresión, nos llevó a diseñar una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física conducida por enfermeras de AP y evaluar su coste-efectividad posteriormente. La intervención que se plantea en nuestro estudio es una intervención específica, relativamente corta que puede ser llevada cabo por enfermeras de AP con una formación previa. Los resultados de nuestra investigación se obtendrían de un estudio pragmático, lo más cercano posible a la práctica clínica habitual de los equipos de AP, por tanto, es una intervención que debería ser fácilmente implementada en este ámbito, sin grandes modificaciones organizativas ni estructurales.

Asimismo se nos plantea la necesidad de estudiar las diferencias de género en estos pacientes con depresión y comorbilidad física, evaluando sus diferencias en la calidad de vida de los mismos en primera instancia y en relación a las narrativas que tienen lugar en los grupos durante el desarrollo de las sesiones de la intervención.

---

## 4 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

### 4.1. HIPÓTESIS

Las hipótesis que se plantean en este trabajo son las siguientes:

La calidad de vida relacionada con la salud es inferior en personas con depresión y comorbilidad física que en personas con características sociodemográficas similares; asimismo es inferior en mujeres que en hombres.

La intervención grupal psicoeducativa impartida por enfermeras de atención primaria consigue una mayor tasa de remisión y de respuesta de la depresión que la práctica habitual, en pacientes con enfermedad crónica física asociada (diabetes mellitus, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, asma y/o cardiopatía isquémica) después de la intervención y a los 12 meses de seguimiento.

La intervención grupal psicoeducativa es más coste-efectiva y presenta mejor coste-utilidad que la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física.

Los estudios cualitativos no responden a hipótesis previas.

### 4.2. OBJETIVOS

El objetivo principal (OP) de la investigación es:

1. Evaluar el impacto de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de AP para personas con depresión y comorbilidad física.

Para lograr su consecución, se enuncian los siguientes objetivos específicos (OE):

1. Describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas con depresión y comorbilidad física dentro del ámbito de la AP, explorando esta CVRS con diferentes condicionantes sociales, entre ellos el género.
2. Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física (diabetes mellitus, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, asma y/o cardiopatía isquémica) a los 4 y 12 meses de la situación basal.
3. Evaluar si la mejoría de síntomas depresivos se asocia a una mejor calidad de vida después de la intervención y durante el seguimiento.
4. Evaluar la relación coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa en comparación a la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física (diabetes mellitus, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, asma y/o cardiopatía isquémica) por su equipo de atención primaria (EAP).
5. Explorar las experiencias, emociones y vivencias de las personas con depresión y comorbilidad física a través de las narrativas de las enfermeras observadoras en el contexto de una intervención grupal psicoeducativa realizada en equipos de AP de Catalunya.
6. Identificar las estrategias de afrontamiento de las personas que reciben la intervención y los cambios y conductas adoptados a lo largo de la misma.
7. Conocer las necesidades percibidas por las enfermeras observadoras para realizar la intervención grupal psicoeducativa.

---

## 5 METODOLOGÍA

---

La investigación tiene un diseño mixto secuencial explicativo, con una primera fase cuantitativa y una segunda fase cualitativa. Se escogió este diseño para poder explorar de manera cualitativa el contexto en el que se obtuvieron los datos cuantitativos.

La fase cuantitativa consistió en un estudio descriptivo transversal de las variables sociodemográficas y clínicas del momento basal de los participantes y un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, compuesto por dos grupos: un grupo control (GC) y un grupo intervención (GI) con variables de respuestas ciegas y seguimiento de un año. Los pacientes reclutados en los diferentes Equipos de Atención Primaria (EAP) que participaron, se repartieron aleatoriamente en el GC y el GI. Las variables de resultado se recogieron en el momento basal, 4 y 12 meses del inicio del seguimiento.

Por último, se incluye en esta fase un estudio de coste-efectividad y coste-utilidad correspondiente a los costes directos e indirectos que consumieron los participantes del GI y el GC durante el año anterior a la evaluación basal y los 12 meses posteriores a ésta.

A continuación se presenta la secuencia de estudios realizada para poder evaluar el impacto de la intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física liderada por enfermeras de AP. Los estudios están interconectados entre sí y pertenecen a las dos fases anteriormente descritas tal y como se muestra en la figura 4. Se presentan también a continuación los cuadros resúmenes con parte de la información relevante para este apartado:

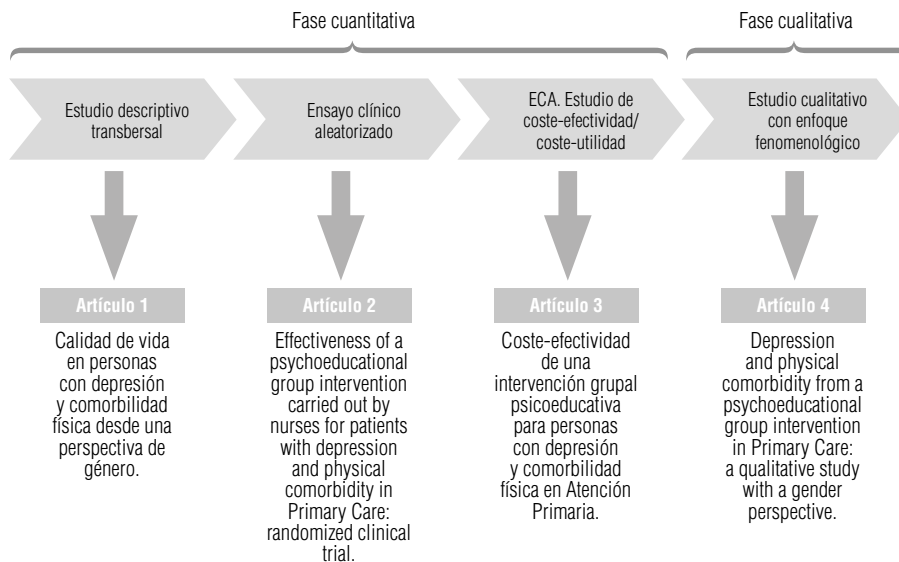


Figura 4. Secuencia de los estudios realizados y los artículos publicados

Fuente: elaboración propia

## 1.- FASE CUANTITATIVA

El artículo 1 es un estudio transversal realizado con la información del momento basal de los participantes en el ensayo clínico (artículo 2). Responde al OE 1: Describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas con depresión y comorbilidad física dentro del ámbito de la AP, explorando esta CVRS con diferentes condicionantes sociales, entre ellos el género.



<b>Objetivo</b>	Describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de personas con depresión y comorbilidad física bajo una perspectiva de género.
<b>Diseño del estudio</b>	Estudio descriptivo transversal.
<b>Población del estudio</b>	Pacientes $\geq 50$ años con diagnóstico de depresión y una patología crónica: diabetes mellitus tipo II (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma. Se reclutaron de manera consecutiva en las consultas de enfermería y medicina de 31 EAP de toda Catalunya.
<b>Variables resultados principales</b>	EuroQoI (EQ-5D-5L). Escala visual analógica (EQ-EVA). EQ-Health index. Beck Depression Inventory (BDI-II).
<b>Recogida de datos</b>	Cuaderno recogida basal de datos (CRD). Entrevista evaluadora externa.

<b>Análisis estadístico</b>	Estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Análisis bivariado y multivariado.
-----------------------------	--

Tabla 5. Artículo 1: Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género.

Fuente: elaboración propia.

En el artículo 2 se presentan los resultados del ensayo clínico aleatorizado, que evaluará la efectividad de la intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física (diabetes mellitus, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, asma y/o cardiopatía isquémica). Este artículo da respuesta a los OE 2 y 3 descritos en el apartado anterior.

<b>Objetivo</b>	Evaluar la efectividad de una intervención grupal a través de la tasa de remisión clínica de síntomas depresivos (puntuación en el BDI-II $\leq 13$ ) y la respuesta terapéutica (reducción del 50% de los síntomas depresivos respecto a la evaluación inicial). Evaluar si la mejoría de síntomas depresivos se asocia a una mejor calidad de vida después de la intervención y durante el seguimiento.
<b>Diseño del estudio</b>	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, con grupo control (GC) y grupo intervención (GI), variables de respuestas ciegas y seguimiento de un año.
<b>Población del estudio y selección de la muestra</b>	Pacientes $\geq 50$ años con diagnóstico de depresión y una patología crónica: diabetes mellitus tipo II (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma. Se reclutaron de manera consecutiva en las consultas de enfermería y medicina de 31 EAP de toda Catalunya. Asignación aleatoria a GC y GI en cada EAP mediante lista generada por ordenador. La intervención se realizó en 27 CAP.
<b>VARIABLES RESULTADOS PRINCIPALES</b>	Hamilton. Agrupamiento de morbilidad ajustada (GMA). Beck Depression Inventory (BDI-II). Tasa de remisión de la depresión. Tasa de respuesta terapéutica.
<b>VARIABLES RESULTADOS SECUNDARIOS</b>	Escala visual analógica (EQ-EVA). EQ-Health Index.
<b>Intervención</b>	Protocolo de intervención grupal psicoeducativa (grupo intervención). Atención habitual por su equipo de referencia (grupo control).
<b>Recogida de datos</b>	Cuaderno recogida de datos (CRD). Entrevista evaluadora externa. Historia clínica informatizada del paciente. Pre-intervención (basal), post-intervención(4m) y 12 meses.
<b>Análisis estadístico</b>	Análisis realizado con el principio de intención a tratar. Regresión logística para la diferencias entre grupos. Se presentan los resultados con Odds Ratios (OR) con sus intervalos de confianza (IC) al 95%.

Tabla 6. Artículo 2: Effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by nurses for patients with depression and physical comorbidity in Primary Care: randomized clinical trial.

Fuente: elaboración propia

El artículo 3 evalúa la relación coste-efectiva y coste-utilidad de la intervención psicoeducativa y responde al OE número 4.

<b>Objetivo</b>	Evaluar la relación coste-efectividad y coste-utilidad de dicha intervención psicoeducativa en comparación a la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física por su equipo de atención primaria (EAP).
<b>Diseño del estudio</b>	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, con grupo control (GC) y grupo intervención (GI), variables de respuestas ciegas y seguimiento de un año.
<b>Población del estudio y selección de la muestra</b>	Pacientes $\geq 50$ años con diagnóstico de depresión y una patología crónica: diabetes mellitus tipo II (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma. Se reclutaron de manera consecutiva en las consultas de enfermería y medicina de 31 EAP de toda Catalunya. Asignación aleatoria a GC y GI en cada EAP mediante lista generada por ordenador. La intervención se realizó en 27 CAP.
<b>Variables resultados</b>	Costes directos: visitas realizadas a profesionales médico/enfermera AP, centro de salud mental de adultos (CSMA), urgencias hospital, hospitalizaciones i consumo de fármacos. Costes indirectos: incapacidades temporales (IT). Días libres de depresión (DLD). Años de vida ajustado por calidad (AVAC).
<b>Recogida de datos</b>	Cuaderno recogida de datos (CRD). Entrevista evaluadora externa. Historia clínica informatizada. Base de datos Oblisque. Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Estadística. 12 meses antes de iniciar la intervención y 12 meses después.
<b>Análisis estadístico</b>	Análisis realizado con el principio de intención a tratar. Diferencia de medias entre GI y GC en cuanto costespor paciente, DLD y AVAC. Razón incremental del coste-efectividad y coste utilidad: $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{DLD}$ y $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{AVAC}$

Tabla 7. Artículo 3: Coste-efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física en Atención Primaria.

Fuente: elaboración propia

## 5.1. METODOLOGÍA DE LA FASE CUANTITATIVA

El protocolo del estudio fue registrado en el ClinicalTrials.gov con ID NCT03243799 el 9 de agosto del 2017. Se adjunta como Anexo-1 la publicación del mismo (Casañas et al., 2019)

### 5.1.1. POBLACIÓN, ÁMBITO, SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA

La investigación se realizó en el ámbito de la AP y participaron 31 equipos de diferentes Gerencias Territoriales (GT) de Cataluña: GT Barcelona ciudad, GT Catalunya Central (Bages, Berguedá y Solsonés), GT Metropolitana Sud (Baix Llobregat). Esta representación territorial proporcionó pacientes de áreas urbanas, semiur-

banas y rurales. Los EAP que manifestaron interés en participar recibieron una presentación explicativa para todo el equipo, los dossiers de la investigación y los consentimientos informados para los pacientes que se incluyeran en el estudio.

Catalunya Central	Metropolitana Sud	Barcelona ciutat
EAP Sant Vicenç de Castellet	EAP Martorell Urbà	EAP Casc Antic
EAP Cardona	EAP Gavà	EAP Marc Aureli
EAP Sta Margarida de Montbui	EAP Vilafranca Nord	EAP Sant Elies
EAP Monistrol de Montserrat	EAP Sant Vicenç dels Horts	EAP Passeig Sant Joan
EAP Manresa-4	EAP Sitges	EAP Poble Nou
EAP Suria	EAP Roquetes	EAP Ramón Turró
EAP Navarcles- Sant Fruitos Sant Pedor	EAP Esparraguera	EAP Congrés
EAP Piera		EAP Camp de l'Arpa
EAP VIC. El Remei		EAP Sant Antoni
EAP Baix Berguedà		EAP Vía Roma
		EAP La Mina
		EAP Besós
		EAP Raval Nord
		EAP Raval Sud

Tabla 8. Equipos de Atención Primaria que participaron en el estudio

Fuente: elaboración propia

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: a)  $\geq 50$  años de ambos sexos; b) presentar alguna de las siguientes comorbilidades físicas: Diabetes Mellitus tipo II (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma registrados en la historia clínica; c) tener una puntuación  $> 12$  en el cuestionario del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) según la versión española adaptada por Sanz et al (Sanz et al., 2005); d) permanecer durante un año de seguimiento en el mismo equipo y e) firmar el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión de los pacientes fueron: a) pacientes con diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo moderado/elevado (5 ó más errores en la escala de Pfeiffer); b) trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos u otras comorbilidades psiquiátricas graves; c) riesgo moderado/elevado de suicidio (una



puntuación de 6 en la escala MINI); d) abuso o dependencia de drogas (incluyendo alcohol); e) enfermedad física en una etapa avanzada; f) incapacidad para asistir a la intervención; g) estar recibiendo atención psicológica en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) y h) incapacidad para entender, leer y/o escribir en español/catalán.

Se estimó necesaria una muestra de 504 individuos reclutados teniendo en cuenta un estudio previo de psicoeducación grupal (Casañas et al., 2012) que reportó una tasa de remisión de los síntomas depresivos a los 9 meses de seguimiento del 40% en el GI y del 26% en el GC. Suponiendo una confianza del 95% y una precisión del 5%, y esperando unas pérdidas del 25% se necesitarían 252 participantes por grupo. Para ello se requerían 25 EAP cada uno con una media de 20 pacientes reclutados a distribuir de manera aleatoria en cada EAP (GI n = 10, GC n = 10). Los pacientes se reclutaron de forma consecutiva por el médico o enfermera del Centro de Atención Primaria (CAP) al que pertenecían durante el último trimestre del año 2017. Del total de 651 pacientes reclutados en las consultas de AP, 380 cumplieron los criterios de inclusión y posteriormente a firmar el consentimiento, se asignaron aleatoriamente en cada EAP al GC o GI mediante una lista de asignación aleatoria generada por ordenador a nivel centralizado resultando una distribución final en el GC (n= 176) y en el GI (n= 204), siendo los investigadores ciegos a la asignación de los pacientes en todo momento. Las principales causas de exclusión fueron: tener una puntuación en el BDI fuera del rango de inclusión (n=271), declinar la participación en el estudio (n=30), presentar algún otro criterio de exclusión (n=58).

Algunos EAP que habían realizado un reclutamiento bajo se agruparon para llevar a cabo la intervención. Eran EAP que físicamente estaban muy próximos, algunos incluso compartían ubicación en el mismo edificio. Se agruparon los EAP de La Mina-Besós, Raval Nord-Raval Sud, Marc Aureli-Sant Elies y Sant Antoni-Vía Roma. De esta manera el número de GI y GC que participaron fue de 27 CAP.

### 5.1.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

#### - Variables diagnósticas

*Enfermedad física crónica* registrada en la historia clínica según códigos del CIE-10 (Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad, 2018) y confirmada por su médico de AP (Diabetes Mellitus tipo II (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma).

*Deterioro cognitivo* mediante el cuestionario de Pfeiffer. Se trata de un cuestionario heteroadministrado compuesto por 10 ítems y su puntuación se encuentra entre los valores de 0 a 10 errores. Una puntuación por encima de 5 errores indica que la persona presenta un deterioro cognitivo moderado/elevado.

*Riesgo de suicidio* a través de la entrevista MINI (Sheehan DV et al., 1998). Es una entrevista diagnóstica estructurada, con un tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos. Una puntuación de 6 indica riesgo de suicidio.

#### - Variables sociodemográficas

Sexo, edad, nivel educativo (sin estudios primarios o incompletos / primarios completos / secundarios ó educación superior), situación laboral (empleado / ama de casa / desempleado / discapacitado / jubilado), estado civil (casada o en pareja/viuda/separada o soltera o divorciada), ámbito (rural/urbano: población > 15.000 habitantes) y situación socioeconómica mediante el índice de privación económica MEDEA (Domínguez-Berjón et al., 2008) asignado a las áreas básicas de salud (ABS) urbanas. El índice MEDEA de privación económica se relaciona con la mortalidad general. Para elaborar el índice se correlacionan indicadores vinculados con la ocupación laboral, el nivel de estudios y la situación habitacional. El índice se ha construido en base a datos de núcleos urbanos por lo que no es apropiado utilizarlo en áreas rurales.

### - Variables clínicas

*Ansiedad.* Para medir la ansiedad se utilizó la escala de Hamilton (Lobo A, Chamorro L, 2002) con un rango de puntuación entre 0-56. En la escala de Hamilton no existen puntos de corte para distinguir población con o sin ansiedad, el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad. Este resultado es útil para ver las variaciones tras recibir la intervención.

*Grupos de morbilidad ajustada (GMA).* Este agrupador tiene en cuenta la multimorbilidad que presenta la persona de acuerdo a la tipología de la enfermedad y en el caso de que ésta sea crónica, identifica si afecta a un sistema orgánico o a más de uno. El rango va de 1 a 4 dependiendo de los órganos en los que se presente la patología y tiene una quinta categoría que se considera cuando el paciente presenta una neoplasia activa (Ministerio de Sanidad, 2018).

### - Variables de resultados principales

Para medir las variables principales se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) en la versión española adaptada por Sanz et al. (Beck et al., 1988; Sanz J et al., 2005). En el cuestionario el marco de referencia temporal es el momento actual y la última semana. Es utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión y proporciona una adecuada estimación de la severidad e intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems que se agrupan en cuatro factores: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial, con cuatro alternativas de respuesta graduadas de 0 a 3. Los pacientes deben indicar la frecuencia con la cual experimentan cada uno de los síntomas explorados. El rango de respuesta oscila entre los valores de 0 a 63 puntos. Los puntos de corte aceptados para determinar la gravedad de los síntomas son: depresión mínima (0-13 puntos), depresión leve (14-19 puntos), depresión moderada (20-28 puntos) y depresión grave (29-63 puntos).

### *Remisión clínica/Respuesta terapéutica/Días libres de depresión*

A partir de la puntuación en el BDI-II se calcularon las variables de remisión clínica, respuesta terapéutica a la intervención y días libres de depresión (DLD).

La variable principal de resultado fue la remisión clínica de síntomas depresivos tras la intervención y fue evaluada con la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)(Beck et al., 1988; Sanz J et al., 2005). Se consideró remisión de la depresión una puntuación en el BDI-II  $\leq 13$ .

La respuesta terapéutica a la intervención se considera positiva cuando existe una disminución de los síntomas depresivos en un 50% respecto a la evaluación inicial del BDI-II (Riedel et al., 2010). La remisión de la depresión y la respuesta terapéutica se evaluaron a corto y largo plazo después de realizar la intervención.

*Los días libres de depresión (DLD)* (Vannoy & Arean, 2010) se obtuvieron de manera indirecta a partir de la remisión según la puntuación del BDI-II a nivel basal, a los 4 meses y al año, realizándose una extrapolación lineal para calcular el día en que el participante dejaba de tener depresión. Esta variable es la que se utilizó para medir la efectividad en el estudio de costes.

#### - Variables de resultados secundarios

*Calidad de vida* medida con el cuestionario EuroQol de 5 dimensiones y 5 niveles (EQ-5D-5L) (Badia et al., 1999; Herdman et al., 2011). La escala fué adaptada al castellano por Xavier Badia. Es una escala autoaplicada compuesta de dos partes, el sistema descriptivo EQ-5D-5L y la escala analógica visual (EQ-VAS). El sistema descriptivo EQ-5D-5L valora cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión, cada una con cinco opciones de respuesta, desde 1=sin problemas a 5=problemas extremos en esa dimensión. Los participantes deben indicar su estado de salud “en el día de hoy” haciendo una cruz en el cuadro que indica la respuesta más adecuada en cada una de las cinco dimensiones. Cada respuesta se codifica como 1,2,3,4 ó 5 res-

pectivamente. De ahí que cada estado de salud en el EQ-5D-5L puede ser descrito usando un número de cinco dígitos, donde 11111 indica salud perfecta y 55555 indica el peor estado posible de salud. El EQ-5D-5L proporciona un perfil descriptivo y un simple valor índice para estatus de salud. El perfil descriptivo informa de la proporción de problemas reportados para cada nivel y en cada dimensión. El índice del EQ-5D-5L está basado en la combinación de las respuestas de las 5 dimensiones y proporciona un valor que oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte).

La segunda parte es la EQ- EVA para medir el nivel global de salud, con puntuaciones de 0 al 100, donde el 0 representa el peor y 100 el mejor estado de salud imaginable.

Todas las variables de resultado se evaluaron en tres momentos: antes del inicio del estudio (línea de base), a los 4 y a los 12 meses del inicio del seguimiento.

*Años de vida ajustado por calidad (AVAC).* Los AVAC permiten representar la calidad de vida relacionada con el estado de salud y el tiempo de vida de los pacientes en un solo índice. AVAC se estiman a partir del cuestionario EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L). Cuando en alguna dimensión del EQ-5D-5L no existe ningún problema, esto se representa como nivel 1, mientras que los problemas extremos se representan como nivel 5. De ahí que cada estado de salud en el EQ-5D-5L puede ser descrito usando un número de cinco dígitos, donde 11111 indica salud perfecta y 55555 indica el peor estado posible de salud. Los valores de referencia de cada estado han sido calculados para la población española (Herdman, 2001).

-Variables de confusión

*Prescripción de fármacos.* Para este dato se utilizó la histórica clínica informatizada del paciente. Se contabilizó el número de fármacos antidepresivos y ansiolíticos prescritos, así como aquellos relativos a las patologías crónicas de los pacientes que participaron en la investigación.

*Terapias no farmacológicas.* Aquellas actividades o terapias que las participantes realizaban fuera del sistema sanitario y por cuenta propia.

## -Variables de factibilidad

*Adherencia a la intervención.* Se contabilizó la asistencia de los participantes a las sesiones mediante un registro cumplimentado por las enfermeras observadoras. Se evaluó el número de sesiones a las que asiste cada participante del GI. Se consideró adherencia a partir de la asistencia  $\geq 75\%$  del total de las sesiones que formaban la intervención.

*Satisfacción.* Al finalizar la última sesión grupal, los participantes cumplimentaron un cuestionario en el que mostraron su grado de satisfacción con la intervención recibida. Se interrogaba sobre aspectos como: los conocimientos adquiridos durante las sesiones y la aplicabilidad de los mismos; la organización y duración de las sesiones y los objetivos alcanzados. Los participantes puntuaban su satisfacción con el grupo en una escala Likert con rangos de puntuación entre el 1 (menor grado de satisfacción) y el 10 (mayor grado de satisfacción). En cuanto a los contenidos de las sesiones los participantes debían ordenar del 1 al 10 las temáticas que les habían parecido más útil.

## - Variables de costes directos

*Utilización de los servicios.* Se consideraron costes directos aquellos relacionados con los honorarios de consulta según la situación profesional y el nivel asistencial. Se contabilizaron las visitas realizadas por profesionales de medicina y enfermería de AP, las que se llevaron a cabo por profesionales del centro de salud mental de adultos (CSMA), los servicios de urgencias hospitalarias y las hospitalizaciones por cualquier motivo del ingreso. Esta información se obtuvo de la historia clínica informatizada e-cap. Para calcular el coste de los recursos se consultaron los precios del 2020 de la base de datos Oblikue (Gisbert & Brosa, 2007).

*Coste de la medicación consumida durante el estudio.* Para calcular el consumo de fármacos se estimó el número de envases prescritos por año para cada paciente en la receta electrónica de la historia clínica de cada paciente. El precio de los fármacos se obtuvo de la lista oficial del Ministerio de Sanidad del primer trimestre de año 2018.

*Coste de la intervención.* Se calculó a partir del número de horas/enfermera por intervención (36 horas), multiplicado por el precio de hora extra/enfermera (17,95€) según las tablas de retribución del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

- Variables de costes indirectos

*Coste de la incapacidad laboral temporal (IT).* El cálculo de pérdida de productividad se realizó a través de las IT registradas en el e-cap. El coste de la jornada laboral se recogió de la encuesta trimestral del coste laboral del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En relación al estudio de costes, se consultaron los datos correspondientes al año anterior a la evaluación basal y los 12 meses posteriores a ésta.

### 5.1.3. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA (GI)

El manual y el programa de las sesiones grupales en el que se basa la intervención está disponible online en el siguiente enlace:

[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4597/estudi\\_psicodep\\_efectivitat\\_intervencio\\_grupal\\_psicoeducativa\\_realitzada\\_infermeres\\_atencio\\_primaria\\_pacients\\_depressio\\_comorbidityat\\_fisica\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4597/estudi_psicodep_efectivitat_intervencio_grupal_psicoeducativa_realitzada_infermeres_atencio_primaria_pacients_depressio_comorbidityat_fisica_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Los pacientes asignados al GI recibieron una intervención grupal psicoeducativa dirigida por enfermeras de AP. La intervención constaba de 12 sesiones semanales con una duración de 90 minutos. La intervención proporcionó: 1) educación para la salud sobre patología crónica y síntomas depresivos; 2) información sobre la relación entre los síntomas depresivos y la patología crónica; 3) educación para la salud sobre: dieta, ejercicio físico, sueño, actividades agradables, habilidades sociales, tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento; 4) técnicas de respiración; 5) técnica de resolución de problemas, activación conductual y perspectiva cognitivo-conductual sobre la depresión; y 6) autoestima y asertividad. La estructura de las sesiones era siempre la misma. En la primera parte de cada sesión se exponía la educación sanitaria relacionada con el contenido de la

sesión. En la segunda parte se trabajaba ese contenido mediante dinámicas grupales para incorporar los principales aspectos expuestos en la primera parte. Y una tercera parte en la que las conductoras facilitaban la expresión de sentimientos, opiniones y dudas de las participantes, relacionadas con el tema tratado durante la sesión. Después de cada sesión y para mejorar la proactividad de los pacientes, se les indicaban tareas que debían realizar durante la semana y que se comentaban de manera grupal en la siguiente sesión.

Las sesiones fueron conducidas por dos enfermeras de AP de los diferentes EAP participantes y se realizaron en el mismo centro siempre que dispusieran del espacio y equipamiento necesario. Durante la intervención una enfermera conducía la sesión y la otra realizaba el rol de observadora anotando en el diario las observaciones holísticas del contexto. Detallaban la disposición de los participantes en la sala, la participación y la interacción de los mismos durante las sesiones. Registraron también la percepción que tenían del estado anímico de las personas del grupo mediante la observación del lenguaje no verbal. Así mismo anotaban en el diario los cambios, los objetivos alcanzados, las vivencias y las emociones que los participantes expresaron.

Estas enfermeras recibieron una formación previa 20 horas de duración que fue impartida por psicólogas, enfermeras comunitarias y enfermeras especialistas en salud mental con experiencia previa en la conducción de grupos. Mediante la formación las enfermeras adquirieron habilidades en la dinamización grupal y en la gestión de emociones. Así mismo profundizaron en técnicas como la activación conductual, la respiración controlada, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. Se repasaron los contenidos de las 12 sesiones que conformaban la intervención para asegurar en lo posible la homogeneización de la misma. El programa de la formación recibida puede consultarse en el Anexo 2.

#### 5.1.4. DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN HABITUAL (GC)

Los pacientes asignados al GC y al GI recibieron la atención habitual por su equipo de AP. Fueron visitados por su médica/enferme-



ra de referencia sin seguir un patrón previo establecido. Las visitas se realizaron siguiendo el criterio clínico habitual en relación a la patología crónica o a la sintomatología depresiva que presentaron los pacientes. Podían seguir con su tratamiento farmacológico paudado. La intervención del estudio no incluía ninguna modificación de la pauta habitual del tratamiento farmacológico prescrito por su profesional de referencia.

#### 5.1.5. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Se inició el reclutamiento en las consultas de médicas y enfermeras de los EAP que participaron en diciembre del 2017 y la evaluación final de los datos se realizó en septiembre del 2019. Se les pidió a cada CAP que reclutaran un mínimo de 24 participantes que, de manera aleatoria, serían distribuidos en el GI y el GC. De este modo, cada equipo aportaba participantes a cada uno de los grupos. Una vez realizado el reclutamiento, y previa firma del consentimiento informado, los pacientes eran entrevistados por psicólogos que actuaban como evaluadores externos y se desplazaban a los EAP para facilitar la asistencia de los participantes. Estos evaluadores en ningún momento sabían a qué grupo pertenecían los entrevistados por lo que la recogida de datos se llevó a cabo de manera ciega por evaluadores. Toda la información se registró en el cuaderno de recogida de datos (CRD)(Anexo-3). Las entrevistas tuvieron lugar al inicio del estudio, a los 4 y 12 meses de la evaluación basal, antes de empezar la intervención.

A los seis meses del inicio de la intervención, los pacientes pertenecientes al IG recibieron una llamada telefónica por parte de los evaluadores. Estos evaluadores fueron distintos a los que realizaron la evaluación previa y de seguimiento, de este modo se mantuvo ciega la evaluación. En esta llamada se les preguntaba acerca de su estado de ánimo y de salud general, y si éste era mejor/igual/peor que cuando acabó la intervención. Se exploraba si habían alcanzado alguna de las metas relacionadas con los cambios propuestos en la alimentación, la actividad física, el descanso y sueño o en el tiempo libre/ocio. También se les preguntaba si ponían en práctica las técnicas adquiridas durante la intervención como la respiración controlada, la resolución de problemas, la comunicación asertiva o

la reestructuración de pensamientos. Si el paciente tomaba tratamiento farmacológico se preguntó sobre la adherencia al mismo.

Se confeccionó una base de datos mediante el SurveyMonkey donde se volcó toda la información de los CRD en un Excel para su posterior depuración y explotación. La base de datos se guardó en el servidor del Institut Català de la Salut (ICS), custodiándose de manera segura.

#### 5.1.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se incluyeron todos los pacientes que firmaron el consentimiento informado y asistieron a la entrevista inicial. Al inicio del estudio, se realizó un análisis de la situación basal (artículo-1). En esta fase, se realizaron estadísticas descriptivas para evaluar la homogeneidad entre los dos grupos (GI y GC) con respecto a variables sociodemográficas y clínicas. Las variables continuas se muestran expresadas por medias y desviaciones estándar y las variables categóricas por frecuencias y porcentajes. Para evaluar si había diferencias entre características (variables) de acuerdo con el grupo al que pertenecían, se utilizó el test Chi-Cuadrado para variables categóricas y en el caso de variables continuas T-Student. En ambos casos, un p-value por debajo de 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Para evaluar la efectividad de la intervención grupal psicoeducativa (artículo-2), se realizó un análisis por intención de tratar (ITT). Los valores faltantes se completaron realizando imputación múltiple mediante el procedimiento “pmm” (Predictive Mean Maching) con un número de imputaciones de 10, cada una de ellas con 5 iteraciones. Para hacer la estimación de los parámetros para cada conjunto de datos imputados se usaron las reglas de Rubin (Rubin, 2009). El análisis estadístico fue realizado usando R Software for Windows versión 3.6.1, Vienna, Austria.

Para medir el objetivo principal (tasa de remisión y respuesta) se usó la regresión logística en la que la variable dependiente es dicotómica (tasa de remisión y respuesta) y el grupo al que pertenece el paciente es la variable independiente. Se evaluaron las diferencias entre grupos de la tasa de remisión clínica o la respuesta al 50%,

post-intervención (4 meses) y a los 12 meses en relación al momento basal. Se presentaron los resultados de las Odds Ratio (OR) crudos y ajustados por sexo, edad y síntomas de ansiedad según la puntuación en el cuestionario de Hamilton, con sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Para realizar o comparar las diferencias de medias entre grupos en las puntuaciones del BDI y Euroqol-EVA se aplicaron modelos multinivel de efectos mixtos. De esta manera se evaluaron las diferencias de medias entre grupos y se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95% de dicha diferencia.

Para evaluar la posible correlación entre el número de sesiones y la mejora en la remisión de la depresión del GI al finalizar la intervención se calculó el coeficiente de correlación de Spearman  $\rho$ .

En el estudio de coste-efectividad (artículo-3), se calcularon el coste-efectividad y el coste-utilidad. Durante el análisis, inicialmente, se calculó la diferencia entre medias de los grupos (GI-GC) en cuanto a costes directos e indirectos por paciente, DLD y AVAC. La media y las diferencias entre grupos de costes, DLD y AVAC se acompañaron del intervalo de confianza al 95%. Posteriormente se estimó la razón del coste-efectividad incremental (RCEI) y la razón coste-utilidad incremental (RCUI):  $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{DLD}$  y  $\Delta\text{Coste}/\Delta\text{AVAC}$  a los 12 meses de seguimiento. Se detallan seguidamente los procedimientos seguidos para el cálculo de la RCEI y la RCUI.

El análisis de coste-efectividad pretende determinar de forma numérica cual es la relación entre los costes de una intervención dada y las consecuencias de ésta. Este tipo de análisis utiliza un indicador numérico conocido como ratio coste-efectividad incremental (RCEI), mediante el cual los costes y efectos de una intervención se comparan con los costes y efectos de otra intervención para cualquier problema de salud cuyos resultados se expresen en las mismas unidades.

Cuando la nueva intervención resulta en menor coste y mayor efectividad que la práctica clínica habitual se dice que es dominante. Si por el contrario la nueva intervención supone costes adicionales y es menos efectiva, se dice que es dominada.

La fórmula para el cálculo de la RCEI en el estudio actual es la siguiente:

$$\frac{(Ca-Cb)}{(DLDa-DLDb)}$$

donde Ca son los costes de los recursos utilizados por los pacientes del GI (intervención grupal psicoeducativa), Cb los costes de los recursos de los pacientes del GC (tratamiento habitual), DLDa es el sumatorio de los DLD en el GI y DLDb los resultados del GC. El resultado representará el coste por DLD adicional en comparación con la práctica habitual.

El cálculo de la ratio coste-utilidad incremental (RCUI) se realiza utilizando el mismo numerador. En el denominador se restan los AVAC del GI menos los AVAC del GC. El valor resultante del cociente es el coste por AVAC ganado en comparación con la práctica habitual.

$$\frac{(Ca-Cb)}{(AVACa-AVACb)}$$

Para finalizar se realizó un análisis de sensibilidad determinista calculando los costes con diferentes precios o quitando partidas en los recursos donde existía un grado de incertidumbre, para cuantificar las diferencias existentes entre los diferentes modelos propuestos. Se realizaron diferentes modelos, utilizando diferentes cálculos de precios para visitas médicas (modelo 2) y de enfermería (modelo 3), o quitando del coste total los debidos a las IT y dejando únicamente los costes considerados directos (modelo 4). Los resultados de cada uno se compararon con el modelo principal.

#### 5.1.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación (CEI) del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) y registrado con el código (P16/184) (Anexo-4).

Todos los participantes recibieron una hoja informativa (Anexo-5) y firmaron el consentimiento informado (Anexo-6).

## 2.- FASE CUALITATIVA

La fase cualitativa se llevó a cabo desde un enfoque fenomenológico y una aproximación deductiva (Elo & Kyngäs, 2008). Las experiencias de las participantes se interpretaron desde sus trayectorias vitales y su relación con la depresión y con las comorbilidades físicas que padecen así como desde los significados e interpretaciones que hace la persona y cómo influyen éstas en sus elecciones (Gaos, 2016 ; Neubauer et al., 2019).

En el artículo 4 se exploran las experiencias, emociones y vivencias de las participantes en los grupos psicoeducativos donde se realiza la intervención. Esto se lleva a cabo a través de los diarios de observación y de las narrativas de las enfermeras observadoras de la intervención grupal. Nos permite añadir una información cualitativa a los resultados obtenidos en el ensayo clínico y respuesta a los OE 5,6 y 7 de la investigación desde una perspectiva analítica discursiva.

A continuación se presentan los aspectos relevantes en cuanto a esta parte del estudio:



<b>Objetivo</b>	Explorar las experiencias, emociones y vivencias de las personas con depresión y comorbilidad física a través de las enfermeras observadoras en el contexto de una intervención grupal psicoeducativa realizada en equipos de Atención Primaria de Catalunya. Identificar las estrategias de afrontamiento de las personas que reciben la intervención y los cambios y conductas adoptados a lo largo de la misma. Conocer las necesidades percibidas por las enfermeras observadoras para realizar la intervención grupal psicoeducativa.
<b>Diseño del estudio</b>	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y una aproximación deductiva.
<b>Participantes</b>	13 enfermeras observadoras de la intervención grupal psicoeducativa. 7 enfermeras conductoras/observadoras de la intervención.
<b>Instrumentos de recogida de datos</b>	1. Diarios de observación. 2. Entrevistas semiestructuradas a enfermeras conductoras/observadoras de la intervención.
<b>Metodología de análisis</b>	Los datos se han analizado según el modelo de Graneheim i Lundman. Se han seguido los criterios COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).
<b>Recogida de datos</b>	Los diarios de observación de las sesiones de la intervención en diferentes EAP. Entrevistas semiestructuradas que fueron realizadas durante el primer semestre del 2021.

<b>Análisis de contenido</b>	En dos fases: 1ª: Codificación y análisis de los diarios. 2ª entrevistas. Identificación de códigos, agrupación por categorías y hilos de significado. Triangulación con bibliografía y marcos teóricos del contenido de las entrevistas.
------------------------------	---

Tabla 9. Artículo 4: Depression and physical comorbidity from a psychoeducational group intervention in Primary Care: a qualitative study with a gender perspective.

Fuente: elaboración propia

## 5.2. METODOLOGÍA DE LA FASE CUALITATIVA

### 5.2.1. PARTICIPANTES

Todas las participantes fueron enfermeras con un perfil de heterogeneidad alto para obtener una mayor variabilidad en el discurso. Las enfermeras tenían una edad media de 47,8 años (rango: 43-58), con una media de 19 años (rango: 15-28) de experiencia en AP, todas eran mujeres y tan sólo una no tenía experiencia previa en conducción grupal. En la Tabla 10 se describe el perfil de las enfermeras que participaron en las entrevistas.

Participante	Edad	Sexo	Años en AP	Experiencia previa en grupos	Ámbito	GMA	Zona Centro de Salud
P1	43	Mujer	18	Sí (Diabéticos)	Urbano	1	Catalunya central
P2	46	Mujer	18	Sí (Deshabitación tabaco)	Urbano	2	Metropolitana Sud
P3	48	Mujer	15	Sí (Psicoeducativos)	Urbano	1	Barcelona ciudad
P4	48	Mujer	19	No	Urbano	2	Catalunya central
P5	56	Mujer	28	Sí (Psicoeducativos)	Urbano	1	Barcelona ciudad
P6	47	Mujer	20	Sí (Paciente experto)	Rural	No	Catalunya central
P7	47	Mujer	15	Sí (Psicoeducativos)	Rural	No	Catalunya central

Tabla 10. Característica de las enfermeras participantes

Fuente: Elaboración propia

### 5.2.2. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Se utilizaron como herramientas de recogida de datos diario de campo y entrevistas semiestructuradas. Se incluyeron en el estudio 13 diarios de campo, recogidos durante la intervención grupal psicoeducativa en 13 equipos de atención primaria de ámbitos rural y urbano. Se tuvo como único criterio de inclusión aquellos equipos que reportaron los diarios de todas las sesiones de la intervención grupal al equipo investigador. El estudio también incluyó 7 entrevistas semiestructuradas realizadas a enfermeras que habían participado como observadoras durante la intervención y accedieron a ser entrevistadas

La recogida de datos se llevó a cabo en dos fases. En la primera fase se recogió la información registrada por la enfermera observadora en el diario de campo de las 12 sesiones grupales del programa psicoeducativo del proyecto.

Durante las 12 sesiones, la enfermera observadora no participaba en las mismas, se mantuvo al margen de lo que pasaba, recogiendo todas las observaciones holísticas del contexto. Detallaban la disposición de los participantes en la sala, la participación y la interacción de los mismos durante las sesiones. Registraron también la percepción que tenían del estado anímico de las personas del grupo mediante la observación del lenguaje no verbal. Así mismo anotaban en el diario los cambios, los objetivos alcanzados, las vivencias y las emociones que los participantes expresaron. Los participantes del grupo sabían que estaban siendo observados y tenían información previa del objetivo de la observación pues se les comunicó al inicio de la intervención al detallar el funcionamiento de las sesiones.

En una segunda fase, se realizaron entrevistas semiestructuradas a las enfermeras observadoras que participaron en las sesiones psicoeducativas. El guion de entrevista se construyó a partir del análisis de los diarios de campo y se puede ver detallado en la Tabla 11. Para realizarlas se contactó previamente vía correo electrónico con las enfermeras observadoras para explicarles el motivo de la entrevista y el objetivo de la misma. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente durante el primer semestre de 2021 mediante una pla-

taforma digital con licencia corporativa debido a la pandemia de COVID-19, excepto una que fue presencial a petición de la informante.

---

Pregunta inicial realizada en la entrevista:

*¿Me podrías explicar con detalle una historia que recuerdes por algún motivo, de todas las personas que participaron en el grupo?*

---

Preguntas para profundizar:

- ¿Cuáles eran los principales malestares que se mostraban en el grupo?
  - ¿Qué emociones manifestaban principalmente los participantes del grupo?
  - ¿Cuál crees que es el motivo por el que la mayoría de participantes fueron mujeres?
  - ¿Qué tipo de cambios crees que tuvieron lugar en los participantes a lo largo de las sesiones?
  - ¿Qué ha significado para ti, como enfermera, la experiencia de los grupos?
  - ¿Cómo se comportó el grupo? ¿Qué crees que les ofrece a los participantes?
  - ¿Te gustaría añadir alguna cosa más a la entrevista?
- 

Tabla 11. Guión de la entrevista semi-estructurada

Fuente: Elaboración propia

### 5.2.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se prepararon previamente los textos obtenidos con los instrumentos utilizados en la recogida de datos. En el caso de los diarios de campo se analizaron aquellas notas y textos que la enfermera registró durante las 12 sesiones de la intervención grupal psicoeducativa. En el caso de las entrevistas se procedió a la transcripción literal de las mismas.

Se realizó un análisis de contenido temático de la información en dos etapas. En la primera se trabajó con los diarios de campo, realizando un análisis deductivo y codificando las anotaciones que aparecieron en el registro de los diarios de campo. Todos los inves-



tigadores participaron en este análisis para seleccionar aquellos aspectos que debían ser profundizados en la entrevista en el caso que no aparecieran de manera espontánea durante la narrativa.

En la segunda etapa, las entrevistas se analizaron por pares mediante un análisis de contenido cualitativo según Graneheim y Lundman (Graneheim et al., 2017)(Graneheim & Lundman, 2004). Se realizaron varias lecturas de las transcripciones de las entrevistas para familiarizarse con el contenido. Se procedió, de igual manera que se realizó con los diarios, a identificar códigos segmentando el texto en citas o verbatines y las categorías y subcategorías emergentes al reagrupar los códigos que pertenecían a una misma temática. Se compararon las categorías y se identificaron los temas emergentes, es decir, los hilos de significado que aparecen en las diferentes categorías (Tabla 12). Con el fin de asegurar la calidad de los datos se repartieron las transcripciones de las entrevistas entre los investigadores de manera que fueron analizadas por pares, contando con un tercer investigador en el caso que fuera necesario. Al finalizar el análisis se realizó una puesta en común de todo el equipo investigador para comparar las similitudes y diferencias encontradas.

Finalmente se triangularon los resultados con otras publicaciones y marcos teóricos más amplios. La transferibilidad de los datos se abordó mediante el uso de citas directas en la presentación de los resultados. El equipo investigador se comprometió a seguir los criterios de rigor descritos por Lincoln y Guba (Lincoln, 1985) por ser una de las más conocidas en nuestro medio y previamente expuestos en el ámbito de la salud por otros autores

Unidad de significado (cita o verbatim)	Diferencias de género		
	Código	Subcategoría	Categoría
“ no ho sé, igual estic equivocada i i qual possiblement els homes són persones... que no és que siguin més assertius... però per condició no els hi toca cuidar... no els hi toca fer moltes coses i potser aquí, jo, entren tots els meus prejudicis... però potser no arriben a aquests extrems d'ansietat o aquests extrems que arribem les dones perquè socialment de nosaltres s'esperen unes coses i dels homes s'esperen unes altres (P3).	Homes no els hi toca cuidar  No arriben a extrems d'ansietat que arriben les dones  Socialment s'esperan unes coses i dels homes s'esperen unes altres	Rol social	Género
“ fins ara les dones han sigut cuidadores i quan ja deixen de cuidar i ja deixen a la parella no saben ben be com ocupar-se i aquí es quan comença la depressió no? (P7)	Les dones han sigut cuidadores  No saben com ocupar-se	Vivencias	
“Era un hombre que nunca, pues eso, no mostraba parte de sus sentimientos. Iba muy de pasada, muy superficial en todo” (P2)	Hombre que no mostraba nunca sus sentimientos	Expresión de emociones	

Tabla 12. Ejemplo del análisis de contenido

Fuente: Elaboración propia

#### 5.2.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la fase cualitativa del estudio, diseñada a posteriori, en una segunda fase de la investigación, se procedió a enviar el protocolo al CEI de la IDIAP Jordi Gol, que fue aprobado con el número de registro P21/056 (Anexo-4). Se envió una hoja informativa (Anexo-7) y el consentimiento informado (Anexo-8) a las informantes, incluyendo en el estudio a aquellas que lo retornaron firmado por correo electrónico debidamente encriptado. Se les indicó que su participación era voluntaria y que el anonimato estaba garantizado así como que podían poner fin a su participación en cualquier momento. La custodia y almacenamiento de los archivos (audios y transcripciones) tuvo lugar en el servidor de la Unidad de soporte a la investigación de la Gerencia territorial de Barcelona del Institut Català de la Salut (ICS) teniendo tan solo acceso a estos archivos los miembros del equipo investigador mediante contraseñas personalizadas y cumpliendo toda la normativa referente a la protección de datos vigente. La destrucción de los archivos de audio y las transcripciones se llevará a cabo al finalizar la investigación.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 6 RESULTADOS

---

Existe una interdependencia entre los resultados de las dos fases de la investigación ya que los datos cuantitativos se explican con los hallazgos cualitativos desde el punto de vista de los participantes y las enfermeras que conducen y observan la intervención grupal psicoeducativa.

### 6.1. ARTÍCULO 1

Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género.

Raya-Tena A, Fernández-San-Martín MI, Martín-Royo J, Casañas R, Psicodep G, Jiménez-Herrera MF. Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. *Aten Primaria*. 2021 Feb;53(2):101946. doi: 10.1016/j.aprim.2020.07.007.

ISI Journal Citation Reports Ranking 2021; Family Practice.

Impact Factor: 2,2 - Quartile Category: Q3



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

Atención Primaria 53 (2021) 101946



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

## Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género



Antonia Raya-Tena<sup>a,b,\*</sup>, María Isabel Fernández-San-Martín<sup>c,d</sup>,  
Jaume Martín-Royo<sup>c,e</sup>, Rocío Casañas<sup>f</sup>, Grup Psicodep<sup>a,b,c,d,e,f,◇</sup>  
y María Francisca Jiménez-Herrera<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Atención Primaria Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> Universitat Rovira i Virgili, Línea de investigació en Biomedicina, epidemiologia i pràctica clínica avançada, Facultat de Infermeria, Tarragona, España

<sup>c</sup> Unitat de Suport a la Recerca, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

<sup>d</sup> Unitat Docent Multiprofesional Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>e</sup> Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) Casernes, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>f</sup> Departamento de investigación, Centre d'Higiene Mental Les Corts (CHMLC), Grupo CHM Salut Mental Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 24 de abril de 2020; aceptado el 20 de julio de 2020

Disponible en Internet el 9 de enero de 2021

### PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;  
Depresión;  
Comorbilidad física;  
Género;  
Atención Primaria

### Resumen

**Objetivo:** El objetivo del estudio es describir la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de personas con depresión y comorbilidad física bajo una perspectiva de género. Se incluyeron 380 individuos mayores de 49 años con, al menos, una patología de las siguientes: diabetes, enfermedad obstructiva pulmonar crónica y cardiopatía isquémica, reclutadas en 31 equipos de atención primaria de Cataluña. La calidad de vida se midió con la escala EuroQol (EQ-5D). Además, se recogieron variables sociodemográficas, gravedad de depresión, índice de privación económica y ámbito de residencia. Se evaluó la relación ajustada entre el sexo y las dimensiones de calidad de vida, mediante una regresión logística multivariante.

**Resultados:** El 81,3% fueron mujeres; la media de edad fue de 68,4 años (DE: 8,8). La media de la escala visual analógica fue de 57,8 (DE: 17,4) en hombres y 55,8 (DE: 18,6) en mujeres. La media del EQ-Health Index fue de 0,74 (DE: 0,17) en hombres y 0,65 (DE: 0,21) en mujeres ( $p = 0,001$ ). La probabilidad de presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D mostró el sexo como factor de más peso (mujer = 1/hombre = 0) en: autocuidado OR: 2,29 (IC 95% 1,04 a 5,07) y actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67 a 5,71). La movilidad se asoció con la edad OR: 1,87 (IC 95% 1,22 a 2,86), el ámbito de residencia con el dolor OR: 2,51 (IC 95% 1,18 a 5,34) y el Beck Depression Inventory (BDI) con la ansiedad/depresión OR: 4,77 (IC 95% 1,77 a 12,88).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arayat.bcn.ics@gencat.cat (A. Raya-Tena).

◇ Grup Psicodep: M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo, G. Sauch-Valmaña, A. Raya-Tena, R. Casañas-Sánchez, E.M. Fernández-Linares, R. Masa-Font, M. Casajuana-Closas, C. Cols-Sagarra, J. Mendioroz-Peña, S. González-Tejón, L.M. Martín-López y Q. Foguet-Boreu.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.007>

0212-6567/© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

#### KEYWORDS

Quality of life;  
Depression;  
Physical comorbidity;  
Gender;  
Primary care

**Conclusión:** La percepción en la calidad de vida de las mujeres con depresión y comorbilidad física es inferior a la de los hombres, siendo en ambos casos inferior a la de población general. © 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Quality of life in people with depression and physical comorbidity from a gender perspective

##### Abstract

**Objective:** The aim of the study is to describe from a gender perspective how people with depression and physical comorbidity perceive their quality of life. The study included 380 people over 49 years of age with at least one of the following pathologies: diabetes, chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease. Participants were recruited from 31 teams the primary care of in Catalonia. Quality of life was measured using the EuroQol Scale. In addition, sociodemographic variables were collected, as well as the severity of depression, the index of economic deprivation and area of residence. The adjusted relationship between sex and dimensions of quality of life was assessed by means of multivariate logistic regression.

**Results:** 81.3% were women; the mean age was 68.4 years (SD: 8.8). The mean on the Visual Analogue Scale was 57.8 (SD: 17.4) in men and 55.8 (SD: 18.6) in women. The mean of the EQ-Health Index was 0.74 (SD: 0.17) in men and 0.65 (SD: 0.2) in women ( $p = 0.001$ ). The probability of having problems of the EQ-5D showed sex as the most important factor (woman = 1/man = 0) in: self-care OR: 2.29 (95% CI 1.04-5.07) and daily activities OR: 3.09 (95% CI 1.67-5.71). Mobility was associated with age OR: 1.87 (95% CI 1.22-2.86), pain with area of residence OR: 2.51 (95% CI 1.18-5.34) and the BDI with anxiety/depression OR: 4.77 (95% CI 1.77-12.88).

**Conclusion:** The perception quality of life of women with depression and physical comorbidity is lower than that of men and, in both cases, it is lower than that of the general population.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El género atraviesa como eje transversal el marco de los determinantes sociales, produciendo inequidades en la salud y en la calidad de vida. Es necesario indagar sobre los procesos relacionados con las diferencias en los resultados de salud de mujeres y de hombres<sup>1-3</sup>.

El estado de salud percibido muestra la apreciación subjetiva que las personas tienen sobre su propia salud física y mental. No necesariamente coincide con la salud real de estas, pero se considera un indicativo importante de la esperanza de vida, de tener enfermedades crónicas y de la utilización de los servicios sanitarios<sup>4</sup>. El comportamiento de las mujeres en relación con el diagnóstico, manejo y afrontamiento de patologías crónicas, procesos quirúrgicos y diferentes tratamientos es distinto al que presentan los hombres. Los estudios realizados en múltiples patologías: diabetes mellitus tipo II (DM), enfermedad pulmonar crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, artrosis, dolor crónico, heridas crónicas, etc. refieren una peor calidad de vida cuando son las mujeres quienes las padecen<sup>5-8</sup>. De la misma manera, después de los procesos quirúrgicos como una cirugía cardiaca o al inicio de tratamientos agresivos como la radioterapia, los puntajes de las mujeres con respecto a la calidad de vida son siempre peores a los de los hombres<sup>9,10</sup>. Igualmente, si se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) después de haber sufrido un accidente vascular cerebral, es peor la de

las mujeres que la de los hombres, incluso 12 meses después y habiendo ajustado las variables sociodemográficas, la gravedad del accidente cerebrovascular y la discapacidad<sup>9</sup>. La concomitancia de comorbilidad física crónica y depresión se traduce, asimismo, en una peor CVRS<sup>11</sup>. El estudio ESEMeD-España realizado en el 2007 concluyó que los trastornos del ánimo ejercían un impacto más negativo en la calidad de vida de las personas que las patologías crónicas<sup>12</sup>.

En nuestro estudio, se expone la percepción de la CVRS de personas con depresión y comorbilidad física dentro del ámbito de la atención primaria (AP), explorando la relación de la CVRS con diferentes condicionantes sociales, entre ellos, el género.

## Métodos

Estudio transversal realizado con información del momento basal del ensayo clínico «Psicodep», en el que se pretende demostrar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa llevada a cabo por enfermeras de AP<sup>13</sup>.

Se reclutaron de manera consecutiva, desde las consultas de AP, a pacientes mayores de 49 años asignados a 31 equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña con diagnóstico previo de depresión, registrado según la clasificación CIE-10 y con puntuación del *Beck Depression Inventory* (BDI) por encima de 12. Los pacientes debían presentar también al menos una de las siguientes patologías crónicas: DM,

EPOC, asma, y/o cardiopatía isquémica (CI) asentadas en la historia clínica. Fueron criterios de exclusión: padecer deterioro cognitivo moderado o grave, depresiones mayores con síntomas psicóticos u otro trastorno mental grave con seguimiento por parte del centro de salud mental (CSM) de referencia, riesgo de suicidio moderado o grave, adicción a drogas y enfermedad terminal.

Se estimó necesaria una muestra de 364 individuos, teniendo en cuenta que el porcentaje de personas con problemas en las dimensiones de calidad de vida es del 25,4%<sup>14</sup> con una confianza del 95% y una precisión del 5%, y esperando unas pérdidas del 20%.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, ámbito de residencia (rural: aquellos municipios de menos de 7.500 habitantes y/o densidad de población menor de 100 hab/km<sup>2</sup>; urbanos el resto de equipos). Además, se midió la calidad de vida, la gravedad de la depresión, el índice de privación económica y la presencia de patologías crónicas.

La variable principal es la calidad de vida evaluada mediante la escala EuroQol (EQ-5D). Es una escala autoaplicada compuesta de dos partes, el sistema descriptivo EQ-5D y la escala visual analógica (EQ-EVA). El EQ-5D valora cinco dimensiones de salud: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión, cada una con cinco opciones de respuesta, que oscilan entre sin problemas a problemas extremos. La segunda parte es la EQ-EVA para medir el nivel global de salud, con escala de cero al 100, donde el primero representa el peor y 100 el mejor estado de salud imaginable. Otro valor que se ha calculado es el índice de salud o *EQ-Health Index* con una puntuación (0,1), siendo cero el número asignado a la muerte y uno el de salud perfecta<sup>15</sup>. Este índice se calcula a partir de las puntuaciones de cada uno de los cinco rubros descritos anteriormente. La escala ha sido validada en España por Badia<sup>16</sup>. Presenta una fiabilidad de entre 0,86 y 0,90 y una buena correlación con el cuestionario de salud SF-36.

La gravedad de la depresión se evaluó con la versión española del *Beck Depression Inventory secondary edition* (BDI-II) adaptada por Sanz et al.<sup>17</sup> Es una escala autoaplicada. El rango de respuesta obtenido es de cero a 63 puntos, el corte para la presencia de depresión es por encima de los 12 puntos. Esta herramienta proporciona una adecuada estimación de la gravedad e intensidad de los síntomas y tiene una buena fiabilidad y validez.

Se evaluó la situación socioeconómica de los participantes de cada EAP mediante el índice MEDEA. Es un índice de privación socioeconómica que se relaciona con la mortalidad general. Para elaborar el índice se correlacionan indicadores vinculados con la ocupación laboral, el nivel de estudios y la situación habitacional. El índice se ha construido con base en datos de núcleos urbanos por lo que no es apropiado utilizarlo en áreas rurales<sup>18</sup>.

Para el análisis de nuestro estudio se han agrupado los resultados de cada dimensión del EQ-5D en dos categorías: sin problemas en el rubro evaluado, y con algún problema (de leve a extremo). Asimismo, el índice MEDEA se ha clasificado en dos grupos: privación baja/media-baja y privación media-alta/alta.

En el análisis, se realizó una estadística descriptiva con medidas de tendencia central (porcentajes y medias) y medidas de dispersión, con los intervalos de confianza al 95%

para los resultados principales. Se hizo un análisis bivariado para evaluar la relación entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas y clínicas. Posteriormente, se valoró el vínculo entre el sexo y cada dimensión de calidad de vida, ajustada por otras variables. El ajuste se realizó mediante la regresión logística multivariante, siendo la variable dependiente cada uno de los rubros del EQ-5D en dos grupos (categoría basal: sin problemas en la dimensión evaluada). Se consideró como variable independiente el sexo (categoría basal: hombre) y se añadieron las que mostraron significación estadística en el análisis bivariado.

Se incluyeron en el estudio todas aquellas personas que otorgaron y firmaron el consentimiento informado por escrito. El protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Ildiap Jordi Gol (referencia P16/184).

## Resultados

El total de participantes fue de 380 personas de las que un 81,3% eran mujeres, con una media de edad de 68,4 años (DE: 8,8). El 77,9% de los individuos residían en un ámbito urbano. El 42,2% tenía estudios primarios completos, seguido del 32,1% con estudios universitarios y un 25,7% con estudios primarios incompletos o sin estudios. En cuanto al estado civil, el grupo más numeroso fue el de casada/o con un 54,1%. El 52,4% presentaba un índice de privación alto o medio alto. La patología crónica más frecuente era la DM presente en el 66,3% de la muestra de participantes, seguida del asma en el 26,3%, la EPOC en un 15,8% y CI en el 13,4% de los casos. Un 54,2% presentó una depresión leve, siendo el 45,8% restante de depresiones moderadas. La media en el puntaje del BDI fue de 19,5 (DE: 5,2).

Las diferencias sociodemográficas y clínicas según el sexo se han detallado en la [tabla 1](#). No se observaron discrepancias entre hombres y mujeres según la edad, el ámbito de residencia o el índice MEDEA. Si estuvieron presentes y fueron estadísticamente significativas las diferencias en cuanto al nivel de estudios, ya que el 44,3% de los hombres tenían estudios secundarios o universitarios frente al 29,3% de las mujeres ( $p = 0,015$ ). También, fueron significativas las discrepancias entre hombres y mujeres con relación al estado civil ( $p = 0,005$ ); había un 66,2% de hombres casados y un 51,3% de mujeres. El grupo de viudos con un 12,7% era muy inferior al 29,5% de viudas. Las diferencias con mayor significación ( $p < 0,001$ ) estaban en la gravedad de la depresión donde un 73,2% de los hombres presentaron una depresión leve y el 50,2% de mujeres presentaron una depresión moderada. En el resto de patologías existían disparidades en cuanto al sexo en el asma ( $p < 0,001$ ) con un 31,4% de mujeres vs. al 4,2% de hombres; y en la CI ( $p < 0,001$ ) presente en el 31,0% de hombres y tan solo en el 9,4% de mujeres.

La media en el valor de la EQ-EVA fue de 56,1 (DE: 18,3). Tal y como se ha expuesto en la [tabla 2](#), no existieron diferencias significativas en el puntaje de la EQ-EVA en relación con las características sociodemográficas, pero sí hubo significación con respecto al BDI.

La media del índice de salud *EQ-Health Index* fue de 0,67 (DE: 0,2). Los valores en este índice si tuvieron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, el ámbito de residencia y el BDI, presentando una puntua-



A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

**Tabla 1** Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Total y según sexo

	Total		Hombre		Mujer		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>							0,508
De 50 a 69 años	204	53,7%	42	59,2%	162	52,4%	
70 o más años	176	46,3%	29	40,8%	147	47,6%	
<b>Ámbito</b>							0,465
Rural	84	22,1%	18	25,4%	66	21,4%	
Urbano	296	77,9%	53	74,6%	243	78,6%	
<b>Nivel estudios</b>							0,015
Sin estudios/primarios incompletos	97	25,7%	10	14,3%	87	28,3%	
Estudios primarios completos	159	42,2%	29	41,4%	130	42,3%	
Estudios secundarios/universitarios	121	32,1%	31	44,3%	90	29,3%	
<b>Estado civil</b>							0,005
Casada/o o en pareja	205	54,1%	47	66,2%	158	51,3%	
Viuda/o	100	26,4%	9	12,7%	91	29,5%	
Divorciada/o o separada/o	58	15,3%	9	12,7%	49	15,9%	
Soltera/o	16	4,2%	5	8,5%	10	3,2%	
<b>MEDEA*</b>							0,595
Privación baja/media baja	141	47,6%	27	50,9%	114	46,9%	
Privación alta/media alta	155	52,4%	26	49,1%	129	53,1%	
<b>Patologías crónicas**</b>							
Diabetes Mellitus	252	66,3%	50	70,4%	202	65,4%	0,417
Cardiopatía isquémica	51	13,4%	22	31,0%	29	9,4%	< 0,001
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	60	18,8%	15	21,1%	45	14,6%	0,171
Asma	100	26,3%	3	4,2%	97	31,4%	< 0,001
<b>Gravedad de la depresión (BDI)</b>							< 0,001
Depresión leve	206	54,2%	52	73,2%	154	49,8%	
Depresión moderada	174	45,8%	19	26,8%	155	50,2%	

BDI: Beck Depression Inventory.  
 Los valores en negrita indican significación estadística (p < 0,05).  
 \* El índice socio-económico MEDEA no es aplicable al ámbito rural. Aparecen solo datos de zonas urbanas.  
 \*\* Hay que considerar que algunos pacientes pueden presentar varias de las patologías referenciadas.  
 \*\*\* Las variaciones del total de la «n» responden a valores perdidos en esas variables. Los porcentajes están calculados sobre el total de hombres/mujeres de cada columna.

ción menor las mujeres, aquellas personas que vivían en ámbitos rurales y las que padecían una depresión moderada.

En la **tabla 3** se ha detallado la presencia de problemas en las diferentes dimensiones del EQ-5D, según las características sociodemográficas y clínicas. Las variables sexo, edad, ámbito y gravedad de la depresión fueron significativas en varios de los rubros y son las que se utilizaron para el ajuste posterior (**tabla 4** y **figura 1**).

La probabilidad de presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D está relacionada con el sexo en: autocuidado OR: 2,29 (IC 95% 1,04 a 5,07), actividades cotidianas OR: 3,09 (IC 95% 1,67 a 5,71) y dolor 2,25 (IC 95% 1,25 a 4,08). La movilidad se asoció con la edad OR: 1,87 (IC 95% 1,22 a 2,86), el ámbito de residencia con el dolor OR: 2,51 (IC 95% 1,18 a 5,34) y el BDI con la ansiedad/depresión OR: 4,77 (IC 95% 1,77 a 12,88).

## Discusión

Los resultados de este estudio han mostrado cómo la percepción de la calidad de vida de las mujeres con depresión y comorbilidad física es peor que la de los hombres. Podrían

influir en esto las diferencias muestrales entre sexos y el porcentaje mayor de mujeres que presentan depresión moderada vs. el mayor porcentaje de hombres que tenían depresión leve. Sin embargo, al ajustar el resultado por la gravedad de la depresión, se mantienen. Las diferencias entre sexos fueron estadísticamente significativas cuando se expresó el resultado mediante el *EQ-Health Index*. Estas discrepancias también estuvieron presentes cuando la medición se realizó con la EQ-EVA pero sin llegar a ser significativas. Es posible que la valoración cuantitativa de cero a 100 de la escala visual analógica del Euroqol (EQ-EVA), pudiera resultar de mayor complejidad para los participantes a la hora de mostrar su percepción en la calidad de vida. Resultados similares se presentan cuando se analizó esta última con el EQ-5D, la presencia de problemas en cada dimensión: autocuidado, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/depresión fueron mayores en las mujeres que en los hombres. Se exceptuó esta tónica con respecto a la movilidad en la que las diferencias se encontraron en relación con la edad. Existía más presencia de problemas a mayor número de años.

Un estudio<sup>14</sup> que se realizó a partir de la encuesta nacional de salud en población general, con 20.587 participantes

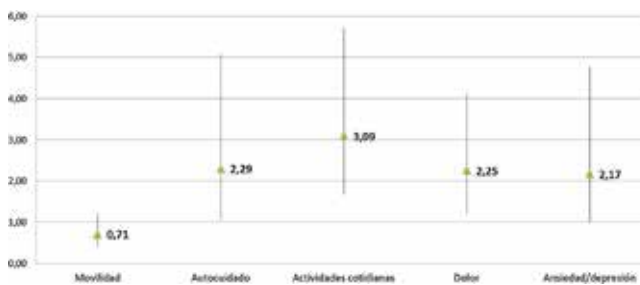
Atención Primaria 53 (2021) 101946

**Tabla 2** Calidad de vida medida mediante la escala EQ-EVA y el *EQ-Health Index* según características socio-demográficas y clínicas

	n	EQ- EVA			EQ-Health Index		
		media	DE	p	media	DE	p
<b>Sexo</b>				0,398			0,001
Hombre	71	57,8	17,36		0,747	0,17	
Mujer	309	55,8	18,58		0,656	0,21	
<b>Edad</b>				0,259			0,630
De 50 a 69 años	204	55,2	18,36		0,677	0,21	
> 70 años	176	57,3	18,32		0,667	0,20	
<b>Ámbito</b>				0,409			0,019
Rural	84	57,6	17,04		0,627	0,21	
Urbano	296	55,8	18,71		0,686	0,2	
<b>Nivel de estudios</b>				0,609			0,692
Sin estudios/primarios incompletos	97	56,3	19,09		0,676	0,2	
Estudios primarios completos	159	55,2	19,28		0,680	0,2	
Estudios secundarios/universitarios	121	57,4	16,35		0,660	0,22	
<b>Estado civil</b>				0,393			0,621
Casada/o o en pareja	205	55,2	17,91		0,678	0,20	
Viuda/o	100	55,2	18,20		0,651	0,22	
Divorciada/o ó separada/o	58	59,1	20,60		0,692	0,19	
Soltera/o	16	52,2	16,53		0,667	0,15	
<b>MEDEA</b>				0,164			0,065
Privación baja/media baja	141	54,2	18,22		0,663	0,21	
Privación alta/media alta	155	57,2	19,09		0,706	0,19	
<b>N.º Patologías crónicas</b>				0,725			0,252
2 patologías	307	56,0	18,08		0,679	0,20	
Más de 2 patologías	73	56,8	19,55		0,648	0,22	
<b>Gravedad de la depresión (BDI)</b>				< 0,001			< 0,001
Depresión leve	206	59,6	17,8		0,710	0,19	
Depresión moderada	174	52,1	18,25		0,629	0,21	

BDI: Beck Depression Inventory; DE: desviación estándar; EQ-Health Index: índice de salud del EuroQol; EQ-VAS: escala visual analógica del EuroQol; MEDEA: índice de privación.

Los valores en negrita indican significación estadística ( $p < 0,05$ ).



**Figura 1** Relación entre cada dimensión del EuroQol y el sexo (*Odds Ratio* e intervalo de confianza de la OR\*).

\* OR ajustada por edad, ámbito de residencia y BDI.

La categoría de referencia es el sexo masculino: 1 Mujer / 0 Hombre.

BDI: Beck Depression Inventory; OR: Odds Ratio.

mayores de 18 años relató cómo el porcentaje de personas sin problemas en las áreas de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas se mantuvo prácticamente igual sin diferencias de género hasta el grupo de 45 a 54 años de

edad. A partir de esta edad, población que se incluyó en nuestro estudio, el porcentaje de personas con problemas en estas áreas aumenta, siendo siempre mayor en las mujeres que en los hombres. Esas diferencias en relación con el

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

**Tabla 3** Presencia de problemas en las dimensiones del EuroQol según características sociodemográficas y clínicas

	Dimensiones EuroQol											
	Movilidad		Autocuidado		Actividades cotidianas		Dolor		Ansiedad/depresión		p	
	n	Con pro-blemas	n	Con pro-blemas	n	Con pro-blemas	n	Con pro-blemas	n	Con pro-blemas		
<b>Sexo</b>												
Hombre	44	62,0%	8	11,3%	16	22,5%	49	69,0%	59	83,1%	0,006	
Mujer	167	54,4%	71	23,0%	147	47,6%	255	82,5%	288	93,2%		0,794
<b>Edad</b>												
De 50 a 69 años	100	49,0%	36	17,6%	85	41,7%	166	81,4%	187	91,7%	0,471	
> 70 años	112	63,6%	43	24,4%	78	44,3%	138	78,4%	160	90,9%		0,897
<b>Ámbito</b>												
Rural	47	56,0%	16	19,0%	44	52,4%	75	89,3%	77	91,7%	0,016	
Urbano	165	55,7%	63	21,3%	119	40,2%	229	77,4%	270	91,2%		0,824
<b>Nivel estudios</b>												
Sin estudios/primarios incompletos	50	51,5%	18	18,6%	40	41,2%	77	79,4%	88	90,7%	0,845	
Estudios primarios completos	86	54,1%	33	20,8%	71	44,7%	126	79,2%	144	90,6%		
Estudios secundarios/universitarios	74	61,2%	27	22,3%	51	42,1%	98	81,0%	112	92,6%	0,929	
<b>Estado civil</b>												
Casada/o ó en pareja	113	55,1%	40	19,5%	91	44,4%	168	82,0%	182	88,8%	0,237	
Viuda/o	62	62,0%	27	27,0%	46	46,0%	77	77,0%	93	93,0%		0,526
Divorciada/o ó separada/o	25	43,1%	9	15,5%	18	31,0%	44	75,9%	55	94,8%		
Soltera/o	12	75,0%	3	18,8%	8	50,0%	14	87,5%	16	100,0%	0,134	
<b>MEDEA</b>												
Privación baja/media	82	58,2%	38	27,0%	63	44,7%	109	77,3%	128	90,8%	0,023	
baja												
Privación alta/media	83	53,5%	25	16,1%	56	36,1%	120	77,4%	142	91,6%	0,135	
<b>N.º patologías crónicas</b>												
2 patologías	162	52,8%	59	19,2%	126	41,0%	246	80,1%	279	90,9%	0,122	
Más de 2 patologías	50	68,5%	20	27,4%	37	50,7%	58	79,5%	68	93,2%		0,896
<b>Gravedad de la depresión (BDI)</b>												
Depresión leve	119	57,80%	42	20,40%	82	39,80%	163	79,10%	178	86,40%	0,834	
Depresión moderada	93	53,40%	37	21,30%	81	46,60%	141	81,00%	169	97,10%		0,643

BDI: Beck Depression Inventory  
 Los valores en negrita indican significación estadística (p < 0,05).  
 NOTA: los porcentajes están calculados sobre el total de participantes en cada dimensión. La «n» es el total de pacientes que contestaron que tenían problemas en cada una de las dimensiones.

**Tabla 4** Relación entre cada dimensión del EuroQoL, el sexo, la edad, el ámbito de residencia y BDI

	Movilidad		Autocuidado		Actividades cotidianas		Dolor		Ansiedad/depresión	
	OR*	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo (mujer = 1/hombre = 0)	0,70	(0,41-1,21)	2,29	(1,04-5,07)	3,09	(1,67-5,71)	2,25	(1,25-4,08)	2,17	(0,99-4,76)
Edad (70 o más = 1/ 50 a 69 = 0)	1,87	(1,22-2,86)	1,47	(0,88-2,45)	1,19	(0,77-1,83)	0,87	(0,52-1,45)	1,03	(0,49-2,18)
Ámbito (rural = 1/urbano = 0)	1,12	(0,68-1,85)	0,96	(0,51-1,80)	1,82	(1,10-3,03)	2,51	(1,18-5,34)	1,21	(0,49-2,98)
BDI (moderada = 1/leve = 0)	0,95	(0,62-1,45)	1,00	(0,60-1,67)	1,20	(0,78-1,84)	1,01	(0,59-1,72)	4,77	(1,77-12,88)

BDI: Beck Depression Inventory

OR\*: Odds Ratio ajustada por sexo, edad, ámbito y BDI.

género se revelaron en la dimensión del dolor: el 43,1% de hombres mayores de 75 años vs. el 63,9% de mujeres presentaban dificultades, y con respecto a la ansiedad/depresión: un 17,5% de hombres con problemas vs. el 29,9% de mujeres mayores de 75 años. En nuestro estudio, sin embargo, la mayor discrepancia entre sexos se encontró en el porcentaje de personas que tenían complicaciones a la hora de realizar las actividades cotidianas siendo el 22,5% de los hombres y el 47,6% de las mujeres. Señalar también que la población general presentó una evaluación en el *EQ-Health Index* por encima del valor de nuestra muestra: 0,841 en hombres mayores de 75 años vs. 0,747 en mujeres ante el 0,747 en hombres y 0,656 en mujeres de nuestro estudio.

El observatorio de salud de la Generalitat de Catalunya, a partir de la encuesta de salud en el año 2014, en mayores de 15 años, afirmó igualmente que la percepción de salud en la población general es peor en mujeres que en hombres y que empeora con la edad, siendo la diferencia entre los sexos creciente a partir de los 45 años, siempre en perjuicio de las mujeres. El porcentaje de población con problemas fue mayor en las cinco dimensiones del EQ-5D en las mujeres, tal cual se observó en nuestro trabajo. El informe consideró que existe un gradiente social en la percepción de salud, disminuyendo a medida que el nivel de estudios es más bajo<sup>19</sup>. En nuestros resultados el nivel de estudios no presentó diferencias significativas a la hora de mostrar más problemas en las diferentes dimensiones del EQ-5D.

El estudio de Arrospeide, en la misma dirección que el nuestro, mostró en población mayor de 50 años, un *EQ-Health-index* peor en mujeres que en hombres en todas las patologías crónicas<sup>20</sup>.

El modelo de Wilson y Cleary explica como la CVRS estaría influenciada por las características individuales y ambientales, la función biológica, los síntomas, el estado funcional y las percepciones generales de la salud. Según una revisión sistemática, este modelo sería adecuado para evaluar la CVRS en personas que padecen patologías crónicas<sup>21</sup>. En esta línea, conocer los condicionantes de las mujeres que presentan depresión y comorbilidad física sería también de gran interés ya que existe la probabilidad de que, el manejo correcto o no de la patología crónica, responda en gran medida a estos condicionantes. Encontramos estudios en los que se analizó la CVRS en relación con el buen manejo de la patología crónica en los que desapareció esa diferencia asociada con el género, siendo dependiente de un mejor control en la enfermedad. El estudio realizado por Hernández identificó la gravedad y el control de síntomas del asma como el principal contribuyente a la alteración de la CVRS, independientemente de su sexo, sugiere que el impacto del asma en la CVRS podría aliviarse logrando un buen control de los síntomas<sup>22</sup>. Otros estudios realizados con pacientes con EPOC o DM, también atribuyeron una peor calidad de vida cuando la gravedad de la patología es mayor y el control de los síntomas peor<sup>23,24</sup>. Todos estos trabajos se centraron en el padecimiento sin tener en cuenta que la mejoría en el control de síntomas podía responder a condicionantes sociales que favorecieran ese buen control. Orfila en su investigación realizada en ancianos concluyó diciendo que la discapacidad y la limitación funcional son las que explicarían la relación con una mejor o peor calidad de vida y no las diferencias de género en la percepción de la CVRS<sup>25</sup>.

Comprender las diferencias con respecto a la CVRS y el género supone todavía una incógnita estimulante para continuar investigando al respecto. Siguen siendo muy escasos los estudios con datos relevantes en cuanto a patologías crónicas, depresión y calidad de vida en el ámbito de la AP desde una perspectiva de género. Las connotaciones que la sociedad atribuye al rol de ser mujer y cuidadora, repercutirían de manera negativa en la calidad de vida de estas.

Una limitación importante del estudio fueron las características de la muestra ya que incluye tan solo personas mayores de 50 años con lo que no se pueden extrapolar los resultados referentes al género de manera general. Sería interesante evaluar la CVRS en poblaciones más jóvenes para conocer si la asociación con el género también está presente de la misma manera. Asimismo, esta muestra no corresponde a población general sino a aquellas personas que aceptaron participar en una intervención grupal psicoeducativa que evaluará la efectividad de la misma.

Podríamos concluir que la percepción de la calidad de vida de las mujeres con depresión y enfermedad crónica física es inferior a la de los hombres con estas mismas características y a la de la población en general. Estas diferencias suponen un porcentaje mayor de problemas en las mujeres, en las dimensiones del EQ-5D excepto en la movilidad. Parece bastante obvio que el género es un factor a tener en cuenta cuando prestemos nuestros cuidados.

### Lo conocido sobre el tema

La percepción de la calidad de vida en personas con depresión es peor que en la población general. La comorbilidad con patologías crónicas físicas se traduce en una peor CVRS. La mayoría de los estudios asocian la gravedad y el mal control de la patología a una peor CVRS.

### ¿Qué aporta este estudio?

El estudio analiza la percepción de la calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género y en el ámbito de la atención primaria.

Es importante añadir esta perspectiva a la hora de prestar nuestros cuidados ya que el rol que la sociedad atribuye a la mujer podría repercutir negativamente en el control de sus patologías y en la CVRS.

### Financiación

El estudio forma parte del proyecto: «Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en pacientes con depresión y comorbilidad física» (Estudio PSICODEP) que ha obtenido una subvención del Instituto de Salud Carlos III dentro del Subprograma de proyectos en investigación en salud (AES 2016) (código expediente 16/01272), cofinanciado por la

Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). También ha recibido una beca de intensificación de enfermería en la convocatoria del Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut 2016-2020 (PERIS) del Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya (referencia SLT002/16/00096).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía


- WHO. Gender, equity and human rights. 2019, <https://www.who.int/gender-equity-rights/en/>.
- Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections-and why does it matter? *Int J Epidemiol*. 2003;32:652-7, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyg156>.
- Velasco S. Sexo, género y salud. second ed. Minerva; 2014. p. 352.
- Llano JC. Informe sobre pobreza y salud. Madrid: European Anti-poverty Network; 2019, <https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1568024450.informe-pobreza-y-salud-vf.pdf>.
- Bushnell D, Reeves MJ, Zhao X, Pan W, Prvu-Bettger J, Zimmer L, et al. Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*. 2014;82:922-31, <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000000208>.
- Hopman WM, Van Der Kerkhof EG, Carley ME, Kuhnle JL, Harrison MB. Factors associated with Health-related quality of life in chronic leg ulceration. *Qual Life Res*. 2014;23:1833-40, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-014-0626-7>.
- Bentsen SB, Miaskowski C, Rustoen T. Demographic and clinical characteristics associated with quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*. 2014;23:991-8, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0515-5>.
- Dominguez-Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*. 2017;13:375-90, <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1156>.
- Bjørnnes AK, Parry M, Falk R, Watt-Watson J, Lie I, Leegaard M. Impact of marital status and comorbid disorders on Health-related quality of life after cardiac surgery. *Qual Life Res*. 2017;26:2421-34, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-017-1589-2>.
- West C, Paul SM, Dunn L, Dhruva A, Merriman J, Miaskowski C. Gender differences in predictors of quality of life at the initiation of radiation therapy. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42:507-16, <http://dx.doi.org/10.1188/15.ONF.507-516>.
- National Collaborating Center for Mental Health. NICE clinical guidelines 91-depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>.
- Pinto-Meza A, Haro JM, Palacin C, Torres JV, Ochoa S, Vilagut G, et al. Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35:12-20.
- Casañas R, Martín-Royo J, Fernández-San-Martín MI, Raya-Tena A, Mendioroz J, Sauch-Valmaña G, et al. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:427, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>.
- Hernández G, Garin O, Pardo Y, Vilagut G, Pont À, Suárez M, et al. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual Life Res*. 2018;27:2337-48.
- Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit*. 2015;29:401-3.
- Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications, European Quality of Life scale. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:79-86.
- Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal Psicol*. 2013;29:66-75.
- Dominguez-Berjón FM, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit*. 2008;22:179-87.
- Departament de Salut. Barcelona. Enquesta de salut de Catalunya 2002-2014. [http://observatorisalut.gencat.cat/es/details/article/04\\_IND.poblacio.percepcio.bona.salut#bloc1](http://observatorisalut.gencat.cat/es/details/article/04_IND.poblacio.percepcio.bona.salut#bloc1).
- Arrospe A, Machón M, Ramos-Goni JM, Ibarrondo O, Mar J. Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17:69, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>.
- Ojelabi AO, Graham Y, Haighton C, Ling J. A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:241, <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>.
- Hernandez G, Dima AL, Pont À, Garin O, Martí-Pastor M, Alonso J, et al. Impact of asthma on women and men: Comparison with the general population using the EQ-5D-5L questionnaire. *PLoS One*. 2018;13:e0202624, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0202624>.
- Esquinas C, Ramon MA, Nuñez A, Molina J, Quintano JA, Román-Rodríguez M, et al. Correlation between disease severity factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res*. 2020;29:607-17, <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-019-02340-4>.
- Aro AK, Karjalainen M, Tiihonen M, Kautiainen H, Saltevo J, Haanpää M, et al. Glycemic control and health-related quality of life among older home-dwelling primary care patients with diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2017;11:577-82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.07.001>.
- Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Tebe C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc Sci Med*. 2006;63:2367-80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017>.

## 6.2. ARTÍCULO 2

Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial.

Raya-Tena A, Fernández-San-Martin MI, Martin-Royo J, Casasñas R, Sauch-Valmaña G, Cols-Sagarra C, Navas-Mendez E, Massa-Font R, Casajuana-Closas M, Foguet-Boreu Q, Fernández-Linares EM, Mendioroz-Peña J, González-Tejón S, Martín-López LM, Jiménez-Herrera MF. Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 13;18(6):2948. doi: 10.3390/ijerph18062948.

ISI Journal Citation Reports Ranking 2021; Health

Impact Factor  8 - Quartile Category: Q1





## Article

# Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial

Antonia Raya-Tena <sup>1,2,\*</sup>, María Isabel Fernández-San-Martin <sup>3,4</sup>, Jaume Martin-Royo <sup>3,5</sup>, Rocío Casañas <sup>6</sup>, Glòria Sauch-Valmaña <sup>7</sup>, Cèlia Cols-Sagarra <sup>8</sup>, Elena Navas-Mendez <sup>3</sup>, Roser Masa-Font <sup>9</sup>, Marc Casajuana-Closas <sup>10</sup>, Quintí Foguet-Boreu <sup>11,12</sup>, Eva María Fernández-Linares <sup>13</sup>, Jacobo Mendioroz-Peña <sup>7,14</sup>, Susana González-Tejón <sup>15</sup>, Luis Miguel Martín-López <sup>16,17</sup> and María Francisca Jiménez-Herrera <sup>2</sup>



**Citation:** Raya-Tena, A.; Fernández-San-Martin, M.I.; Martin-Royo, J.; Casañas, R.; Sauch-Valmaña, G.; Cols-Sagarra, C.; Navas-Mendez, E.; Masa-Font, R.; Casajuana-Closas, M.; Foguet-Boreu, Q.; et al. Effectiveness of a Psychoeducational Group Intervention Carried Out by Nurses for Patients with Depression and Physical Comorbidity in Primary Care: Randomized Clinical Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 2948. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062948>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 23 February 2021

Accepted: 7 March 2021

Published: 13 March 2021

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

- <sup>1</sup> Centre d'Atenció Primària Raval Nord, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain
  - <sup>2</sup> Nursing Department, Faculty of Nursing, Rovira and Virgili University, 43002 Tarragona, Spain; maria.jimenez@urv.cat
  - <sup>3</sup> Unitat de Suport a la recerca Barcelona ciutat, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPGOL), 08001 Barcelona, Spain; mifsanmartin.bcn.ics@gencat.cat (M.I.F.-S.-M.); jmartinr.bcn.ics@gencat.cat (J.M.-R.); enavas@idiapjgol.info (E.N.-M.)
  - <sup>4</sup> Unitat Docent Multiprofessional Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain
  - <sup>5</sup> Unitat Bàsica de Prevenció, Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain
  - <sup>6</sup> Research Departament, Associació Higiene Mental Les Corts, 08001 Barcelona, Spain; rocio.casanas@chmcorts.com
  - <sup>7</sup> Unitat de Suport a la Recerca Catalunya Central, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPGOL), 08001 Barcelona, Spain; gsauch.ics@gencat.cat (G.S.-V.); jmendioroz@gencat.cat (J.M.-P.)
  - <sup>8</sup> Centre d'Atenció Primària Martorell Rural, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain; celiacolssagarra@gmail.com
  - <sup>9</sup> Centre d'Atenció Primària Besos, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain; rmasa.bcn.ics@gencat.cat
  - <sup>10</sup> Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPGOL), 08001 Barcelona, Spain; mcasajuana@idiapjgol.info
  - <sup>11</sup> Department of Psychiatry, Vic University Hospital. Francesc Pla el Vigatà, 1, 08500 Vic, 08001 Barcelona, Spain; 42292qfb@comb.cat
  - <sup>12</sup> Faculty of Medicine, University of Vic-Central University of Catalonia (UVic-UCC), 08500 Barcelona, Spain
  - <sup>13</sup> Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Línea Pediàtrica, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain; evafernandez.bcn.ics@gencat.cat
  - <sup>14</sup> Health Promotion in Rural Areas Research Group (PRoSaARu), Gerència Territorial de la Catalunya Central, Catalan Health Institute, Sant Fruitós del Bages, 08001 Barcelona, Spain
  - <sup>15</sup> Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain; sgonzalez.bcn.ics@gencat.cat
  - <sup>16</sup> Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Parc de Salut del Mar (INAD), Consorci Parc de Salut Mar, 08001 Barcelona, Spain; LMMartin@parcdesalutmar.cat
  - <sup>17</sup> Department of Psychiatry and Legal Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 08290 Cerdanyola del Valles, Spain
- \* Correspondence: arayat.bcn.ics@gencat.cat; Tel.: +34-687-503-647

**Abstract:** The association between physical illness and depression implies a poorer management of chronic disease and a lower response to antidepressant treatments. Our study evaluates the effectiveness of a psychoeducational group intervention led by Primary Care (PC) nurses, aimed at patients of this kind. It is a randomized, multicenter clinical trial with intervention (IG) and control groups (CG), blind response variables, and a one year follow-up. The study included 380 patients  $\geq 50$  years of age from 18 PC teams. The participants presented depression (BDI-II > 12) and a physical comorbidity: diabetes mellitus type 2, ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and/or asthma. The IG (n = 204) received the psychoeducational intervention (12



weekly sessions of 90 min), and the CG (n = 176) had standard care. The patients were evaluated at baseline, and at 4 and 12 months. The main outcome measures were clinical remission of depressive symptoms ( $BDI-II \leq 13$ ) and therapeutic response (reduction of depressive symptoms by 50%). Remission was not significant at four months. At 12 months it was 53.9% in the IG and 41.5% in the CG. (OR = 0.61, 95% CI, 0.49–0.76). At 4 months the response in the IG (OR = 0.59, 95% CI, 0.44–0.78) was significant, but not at 12 months. The psychoeducational group intervention led by PC nurses for individuals with depression and physical comorbidity has been shown to be effective for remission at long-term and for therapeutic response at short-term.

**Keywords:** depression; primary health care; chronic physical illness; nurses; psychoeducation

## 1. Introduction

Depression affects around 300 million individuals worldwide, that is to say 4.4% of the population, and represents a frequent cause of morbidity, disability, and loss of productivity [1,2]. The World Health Organization (WHO) estimates that depression will be the main health problem by 2030 [3]. This disorder, which is common in Primary Care (PC) consultations, represents one of the main reasons for the loss of quality-adjusted life years (QALYs) [4]. There is some evidence linking physical illness and depression. According to the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [5] guidelines, depression is present in 20% of individuals presenting a chronic physical pathology, and its correct treatment may improve both life expectancy and its quality. Numerous studies have reported that in individuals with ischemic heart disease (IHD) the prevalence of postinfarction depression is around 27% which is considerably higher than that observed in the general population [6–9]. In the case of type 2 diabetes mellitus (DM), depression is associated with a worse quality of life, lower adhesion to pharmacological treatment, greater metabolic decompensation, and decreased preventive self-care irrespective of the individual's chronic pathology [10–12]. Other studies with patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) have observed depression to be an indicator for emergency room care use and hospitalization due to acute exacerbation of the condition, irrespective of its severity. In addition, they have reported worse adherence to prescribed pharmacological treatment and a deterioration in quality of life [13–16].

Most clinical guidelines and studies [6,17–19] indicate psychotherapy as the first line of treatment for mild and moderate depression as it is less invasive and more effective. Nevertheless, antidepressant pharmacology continues to be the most commonly prescribed remedy in spite of the possibility of unwanted secondary effects and financial expense [20]. In our environment, the yearly cost of antidepressants per patient in 2017 was €98.1, which represented an increase of 2.9% with respect to the 2016 [21]. It should be noted that when patients who have not clinically improved under antidepressant treatment receive some type of psychotherapy, they present a better symptomatology and remission rate at short-term [16]. Patients with chronic physical comorbidities are accustomed to receiving complex treatments for the management of their pathology. Nevertheless, adding a new drug for depression management should be carefully considered in order to avoid possible interactions. Training programs can enable PC professionals detect and efficiently deal with individuals presenting both depression and physical comorbidity and thus optimize their care. The various non-pharmacological interventions that have shown to be effective in the treatment of depression include group psychoeducation [22–24], cognitive behavioral therapy (CBT) either in groups or individually [25,26], problem-solving therapy (PST) [27], and physical exercise, for instance, Tai-Chi [28] and indoor rock-climbing [29]. A systematic revision which assessed the efficacy of treatments for depression in adults who had experienced an acute coronary syndrome found that CBT, together with oral antidepressants, improved depressive symptomatology [6]. Other articles have described

how CBT and PST improved depressive symptoms and blood glucose levels in patients with DM [30–33].

This article evaluated the effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by PC nurses. They had previously received training related to the objective of the study. Research, such as the study performed by Casañas et al. [23,34], has demonstrated good results for individuals with depression. We included patients with both depression and physical comorbidity. The principal objective was to evaluate the effectiveness of a group intervention through the remission rate of depressive symptoms and the therapeutic response (50% reduction in depressive symptoms with respect to initial evaluation). A secondary objective was to assess whether the improvement in depressive symptoms was related to an enhanced quality of life following the intervention and during follow-up.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Design and Procedure

A multi-center, randomized, clinical trial composed of an intervention group (IG) and a control one (CG). Variable responses were blinded and there was a one-year follow-up. The study methodology has been previously published [35]. The research was carried out in the PC centers, and 18 teams from urban and rural areas in Catalunya (Spain) took part. Patients were consecutively recruited by either the physician or nurse from the Primary Care Team (PCT) to which they corresponded. Informed consent was signed by the patients who were allocated by their PCT to either an IG or CG. Assignment to the groups was randomly generated by a centralized computer platform and the investigators were blinded to the outcome. Data were gathered at commencement of the study, and at four and twelve months following baseline evaluation. Patient assessment was carried out by external examiners who were unaware of which group they belonged to.

The study was approved by the Ethics Research Committee at the IDIAP Jordi Gol University Research Institute (P16/184).

### 2.2. Subjects

Taking into account a previous psychoeducational group study [23] which reported at nine-months follow-up a remission rate of depressive symptoms of 40% and 26% for the IG and CG, respectively, it was calculated that a sample of 504 individuals was required. Assuming a confidence interval (CI) of 95% and 5% precision, and anticipating 25% dropout, 252 participants were assigned to each group.

Inclusion criteria were (a) male and female patients aged >50 years; (b) presenting some of these physical comorbidities: DM, IHD, COPD, and/or asthma registered in the clinical records; (c) a rating >12 in the Beck Depression Inventory (BDI-II) according to the Spanish version adapted by Sanz et al. [36]; and (d) to have had one year follow-up in the same PCT.

Exclusion criteria were (a) patients diagnosed with dementia or moderate/elevated cognitive deterioration (5 or more errors on the Pfeiffer Scale); (b) major depressive disorder with psychotic symptoms or any other severe psychiatric comorbidities; (c) moderate/elevated risk of suicide (a rating of 6 on the MINI scale); (d) drug abuse or dependence (including alcohol); (e) physical illness at an advanced stage; (f) inability to attend the intervention; (g) referred to a psychologist at the Mental Health Community Team; and (h) unable to understand the language of the tests (Spanish/Catalan).

### 2.3. Evaluation Tools and Variables

#### 2.3.1. Baseline Variables: Sociodemographic and Clinical Ones

Data concerning the following sociodemographic variables were gathered: sex, age, civil status, educational level, employment situation, environment (rural/urban population >15,000 inhabitants), and socioeconomic status according to the MEDEA economic deprivation index [37] calculated for the urban population.

#### Hamilton

The Hamilton scale, with a score 0–56, was employed to measure anxiety [38]. As it quantifies intensity rather than the presence or not of anxiety it was useful to identify variations following the intervention.

#### Adjusted Morbidity Group (AMG)

The pooled adjusted morbidity (AMG) was also collected [39]. This measurement takes into account the individual's multimorbidity according to illness typology and, in the case that it is chronic, identifies whether it affects one or more organic system. The range is from 1 to 4 according to the organs which present the pathology, there is a fifth category for when the patient presents an active neoplasm.

#### Pharmacological Prescription

The patients' computerized clinical records were used to obtain this information. The number of prescribed antidepressants and anxiolytics was recorded.

#### Intervention Compliance

Participants' attendance at the sessions was recorded with a register filled in by the observing nurses.

#### Satisfaction

On finishing the last group session the participants filled in a questionnaire in which they indicated their level of satisfaction with the intervention. The questions concerned such aspects as knowledge acquired during the sessions and its application, the organization and duration of the sessions, and the objectives reached.

#### 2.3.2. Clinical Remission and/or Depression Response at Short and Long-Term (One Year Follow-Up)

The primary outcomes were the remission rate of depressive symptoms and therapeutic response (50% reduction in depressive symptoms with respect to initial evaluation), measured on finishing the intervention (4 months) and at one year follow-up. They were evaluated with the Spanish adaptation of the BDI-II [36,40] which has shown good psychometric characteristics with respect to construct validity, internal consistency of the items, and predictive value. The questionnaire has a score ranging from 0 to 63 points. The accepted cut-off points to determine the gravity of the symptoms are: minimum depression (0–13 points), slight (14–19 points), moderate (20–28 points), and severe (29–63 points). A score of  $\leq 13$  in the BDI-II was considered remission, and therapeutic response a 50% reduction in depressive symptoms with respect to the initial evaluation.

#### 2.3.3. Secondary Outcomes: Quality of Life at Short and Long-Term (One Year Follow-Up)

Quality of life was measured by the EuroQol scale (EQ-5D) [41], the Spanish adaptation of which has shown good construct validity. It is a self-administered instrument composed of two parts, the descriptive EQ-5D system and the visual analogue scale (EQ-VAS). The former evaluates five health dimensions: mobility, personal care, daily activities, pain, and anxiety/depression. There are five response options for each item which range from "no problems" to "extreme problems". The latter measures the individual's global health level with a score from 0 (the worst state of health) to 100 (the best possible).

#### 2.4. Psychoeducational Group Intervention

Patients assigned to the IG received a psychoeducational group intervention directed by PC nurses. The intervention consisted of 12 weekly sessions held consecutively for 3 months. Each session lasted 90 min. The program of the sessions is explained in the protocol [35]. It provided: (1) health education about chronic pathologies and depressive symptoms; (2) information regarding the relationship between a chronic pathology and

depressive symptoms; (3) health education about: diet, physical exercise, sleep, agreeable activities, social skills, pharmacological treatment and adherence to it; (4) breathing techniques; (5) problem-solving techniques, behavioral activation, and cognitive-behavioral perspective about depression; and (6) confidence and assertiveness. After each session, in order to improve proactivity, the patients were assigned tasks to be carried out during the week which would be explained to the group in the following session. At the end of the final session the participants could fill out a satisfaction survey in order to evaluate the intervention.

The sessions were conducted by two PC nurses from each participating center and held in the same location, space and equipment permitting. The nurses had received prior training based on the psychoeducational group intervention protocol [42]. The twenty-hour program was given by psychologists, community nurses, and mental health specialists who had previous experience of leading groups. It included the content of the twelve sessions in order to ensure homogenization of the intervention.

Six months after commencement of the intervention the IG patients received a telephone call from the evaluators. They were asked about their mood and general health, and whether they were better/the same/worse than when the intervention had finished. Questions were asked about some of the goals achieved related to the proposed changes in diet, physical activity, rest, sleep, and free time/entertainment. In addition, patients' responses to whether or not they had put into practice the techniques acquired during the intervention (controlled breathing, problem-solving, assertive communication, and restructuring of thoughts) were noted. They were also questioned about any pharmacological treatment they took and their compliance.

The CG patients received their usual attention from the PC team. They were seen by their physician/nurse without following any previously established pattern. Appointments were made according to the habitual clinical criteria corresponding to the patients' chronic pathology or depressive symptomatology.

### 2.5. Data Analysis

The analyses were performed on an intention-to-treat basis. Missing data were accounted for through Predictive Mean Matching with ten imputations each of which has five interactions. The evaluation of the parameters of each imputation was carried out according to Rubin's rules [43].

Descriptive statistics were employed to summarize data at a general level and for groups (IG and CG). Continuous variables are expressed by means and standard deviation (SD), the categorical categories are shown as frequencies and percentages.

So as to assess differences between characteristics (variables) according to group, chi-square test was used for categorical variables and Student's T test for continuous ones. In both cases, a  $p$ -value  $<$  alpha 0.05 was considered statistically significant.

Logistic regression was employed for the main objective in order to evaluate the differences in both groups for clinical remission rate and 50% response post-intervention (4 months) and 12 months from baseline. Results are presented as crude and adjusted for sex, age, and anxiety symptoms. The Odds Ratios (OR) are shown with their 95% CI.

Finally, in order to compare the mean differences between the groups with respect to the BDI-II and Euroqol multi-level models with mixed effects were applied. In this way, the mean differences between groups were assessed and the 95% CI calculated. The statistical analyses were performed with R Software for Windows version 3.6.1, Vienna, Austria.

## 3. Results

A total of 380 patients were included with a mean age of 68.4 years (SD:8.8), women represented 81.8%. The flow of participants is depicted in Figure 1. They were randomized into two groups: the IG (n = 204) who received the psychoeducational intervention, and the CG (n = 176) who had the usual clinical attention from their PC physician/nurse. On termination of the intervention 66 participants (29 IG and 37 GC) were not evaluated as

they had not answered the questionnaire. At one-year follow-up the BDI-II questionnaire had not been completed by 75 patients (IG n = 36, CG n = 39) which represents a drop-out rate of 17.6% and 22.2%, respectively. The principal causes were inability to get in touch with the patient at the time of the questionnaire, the patient declining to continue in the study, the patient located out of the area or hospitalized, and, in the case of two participants, death (Figure 1). The mean time from the first evaluation was 4.4 months (SD 1.3) for the post-intervention, and 11.5 months (SD 0.7) for the final evaluation for both groups.

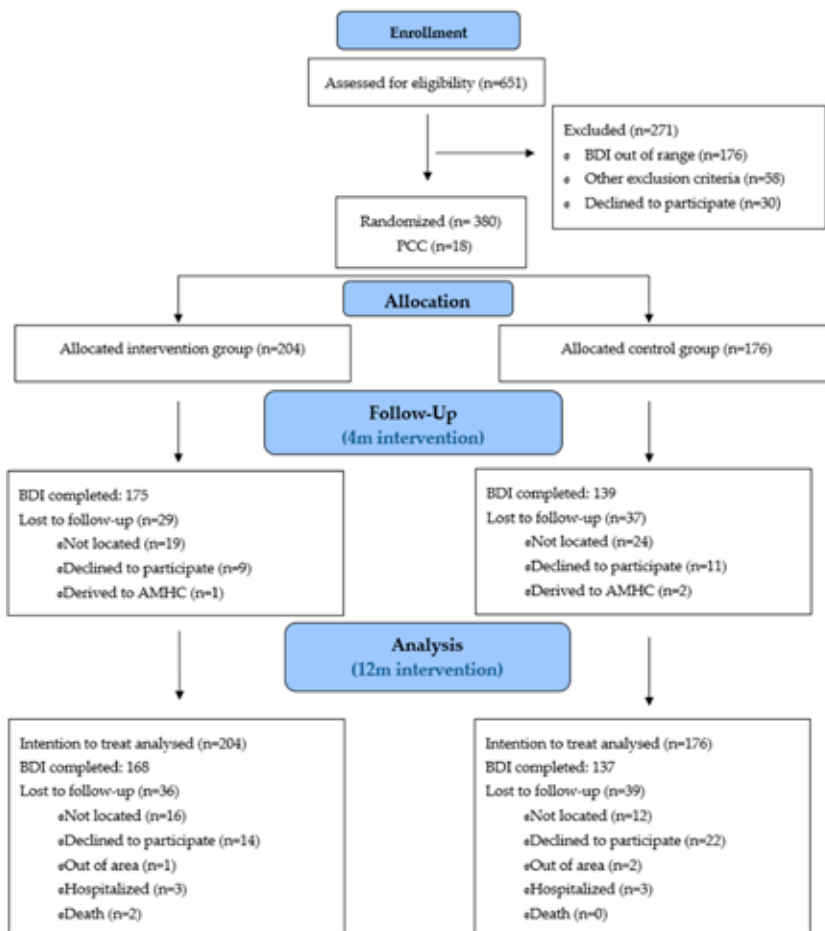


Figure 1. The flow of participants. Abbreviations: PCC, primary care center. AMHC, Adult mental health center. BDI, Beck depression inventory.

Table 1 shows the baseline characteristics for both the IG and CG subjects. The groups were homogenous with respect to sociodemographic and clinical variables with the exception of asthma which was greater in the IG ( $p = 0.030$ ). The most common sociodemographic profile was that of a woman, aged between 50 and 69 years, urban-dwelling, married, and retired who had finished primary education and presented high/medium-high socioeconomic hardship. She suffered from chronic illnesses in more than four systems or organs (the most prevalent being DM), presented mobility problems and pain according to the eEQ-5D, and was prescribed antidepressants.

**Table 1.** Sociodemographic and clinical variables at baseline.

	GLOBAL N = 380		INTERVENTION (IG) N = 204		CONTROL (CG) N = 176		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sociodemographic variables</b>							
<b>Gender</b>							0.581
Men	70	18.4	35	17.2	35	19.9	
Women	310	81.6	169	82.8	141	80.1	
<b>Age</b>							0.150
From 50 to 69 years	204	53.7	117	57.4	87	49.4	
>70 years	176	46.3	87	42.6	89	50.6	
<b>Environment</b>							0.920
Rural	84	22.1	46	22.5	38	21.6	
Urban	296	77.9	158	77.5	138	78.4	
<b>Socioeconomic deprivation (MEDEA index *)</b>							0.446
Low/medium low deprivation	141	47.6	72	45.6	69	50.0	
High/medium high deprivation	155	52.4	86	54.4	69	50.0	
<b>Educational level</b>							0.461
No studies/incomplete primary studies	97	25.7	47	23.2	50	28.7	
Completed primary education	159	42.2	88	43.3	71	40.8	
Secondary education/University	121	32.1	68	33.5	53	30.5	
Missing	3	0.80	1	0.5	2	1.1	
<b>Civil status</b>							0.283
Married/cohabitant	205	54.1	118	57.8	87	49.7	
Widow/widowed	100	26.4	49	24.1	51	29.1	
Divorced/separated/single	74	19.5	37	18.1	37	21.2	
Missing	1	0.3	0	0.0	1	0.3	
<b>Employment status</b>							0.683
Housewife	40	10.5	25	12.3	15	8.5	
Unemployed	30	7.9	15	7.2	15	8.5	
Incapacitated	37	9.7	22	10.8	15	8.5	
Retired	235	61.9	123	60.4	112	63.7	
Employed	38	10.0	19	9.3	19	10.8	
<b>Clinical variables</b>							
<b>N° of chronic pathologies included in the study</b>							0.387
1 pathology	307	80.8	161	78.9	146	83.0	
2 pathologies or more	73	19.2	43	21.1	30	17.0	
<b>Type chronic pathology**</b>							
Diabetes mellitus	252	66.3	134	65.7	118	67.0	0.864
Ischemic heart disease	51	13.4	25	12.3	26	14.8	0.571
Chronic obstructive pulmonary disease	60	15.8	28	13.7	32	18.2	0.295
Asthma	100	26.3	63	30.9	37	21.0	0.039
<b>AMG</b>							0.776
Chronic pathology 2 or 3 systems/organs	24	6.6	14	7.2	10	5.9	
Chronic pathology more 4 systems/organs	326	89.3	174	89.2	152	89.4	
Active neoplasia	15	4.1	7	3.6	8	4.7	
Missing	15	3.9	9	4.4	6	3.4	

Table 1. Cont.

<b>Severity of depression (BDI-II)</b>							0.743
Mild depression (BDI-II <= 19)	206	54.2	110	53.9	96	54.5	
Moderate depression (BDI-II >= 20)	174	45.8	94	46.1	80	45.5	
<b>Euroqol by dimensions</b>							
With mobility problems	212	55.8	118	57.8	94	53.4	0.445
With self-care problems	79	20.8	40	19.6	39	22.2	0.628
With problems in daily activities	163	42.9	91	44.6	72	40.9	0.534
With pain problems	304	80.0	162	79.4	142	80.7	0.857
With anxiety/depression problems	347	91.3	188	92.2	159	90.3	0.531
<b>Hamilton anxiety</b>	370	12.8	176	12.7	204	13.0	0.717
Missing	10	2.6	7	3.4	3	1.7	
<b>Prescribed medication</b>							
Antidepressant	229	60.3	125	61.3	104	59.1	0.742
Anxiolytics/hypnotics	183	48.2	98	48.0	85	48.3	1

\* The MEDEA socio-economic index is not applicable to rural areas. Fragmented index data appears in urban areas. \*\* It must be considered that some patients may present several of the referenced pathologies. Abbreviations: IG, intervention group; CG, control group; BDI-II, Beck Depression Inventory; AMG, adjusted morbidity group.

Remission and therapeutic response results with imputed data are shown in Table 2. Remission represented 53.9% and 41.5% in the IG and GC, respectively, at twelve months of the intervention. A finding that was statistically significant (OR = 0.61, 95%CI, 0.48–0.76). These values were replicated when adjusted for age and sex (OR = 0.61, 95% CI, 0.48–0.76), and for age, sex, and anxiety according to Hamilton (OR = 0.61, 95%CI, 0.49–0.76). The therapeutic response improved at four months post-intervention in the IG (OR = 0.59, 95%CI, 0.44–0.78). When the model was adjusted for age and sex (OR = 0.59, 95%CI, 0.44–0.78), and age, sex, and anxiety according to Hamilton (OR = 0.59, 95% CI, 0.44–0.78) it did not vary.

Table 2. Remission and therapeutic response of depression in the overall, mild and moderate depression patients. OR adjusted according to different models.

Remission	Follow-Up Months	Intervention (IG)		OR* (CI 95%)	ORadj** (CI 95%)	ORadj*** (CI 95%)
		n = 204 n (%)	Control (CG) n = 176 n (%)			
Overall	4 m	105 (51.5%)	85 (48.3%)	0.92 (0.73 to 1.17)	0.91 (0.72 to 1.16)	0.93 (0.72 to 1.18)
	12 m	110 (53.9%)	73 (41.5%)	0.61 (0.49 to 0.76)	0.61 (0.48 to 0.76)	0.61 (0.49 to 0.76)
Mild Dep.	4 m	70 (63.6%)	63 (65.6%)	1.05 (0.77 to 1.42)	1.09 (0.80 to 1.48)	1.09 (0.80 to 1.49)
	12 m	73 (66.4%)	52 (54.2%)	0.66 (0.49 to 0.90)	0.66 (0.48 to 0.91)	0.66 (0.49 to 0.91)
Moderate Dep.	4 m	35 (37.2%)	22 (27.5%)	0.76 (0.52 to 1.11)	0.77 (0.53 to 1.13)	0.81 (0.55 to 1.19)
	12 m	37 (39.4%)	21 (26.2%)	0.50 (0.35 to 0.71)	0.50 (0.35 to 0.71)	0.51 (0.36 to 0.73)
<b>Therapeutic response</b>						
Overall	4 m	64 (31.4%)	38 (21.6%)	0.59 (0.44 to 0.78)	0.59 (0.44 to 0.78)	0.59 (0.44 to 0.79)
	12 m	86 (42.2%)	69 (39.2%)	0.82 (0.65 to 1.04)	0.82 (0.65 to 1.04)	0.82 (0.65 to 1.04)
Mild Dep.	4 m	34 (30.9%)	23 (24.0%)	0.66 (0.45 to 0.97)	0.67 (0.46 to 0.98)	0.67 (0.45 to 0.98)
	12 m	42 (38.2%)	41 (42.7%)	1.22 (0.87 to 1.70)	1.20 (0.86 to 1.68)	1.21 (0.86 to 1.70)
Moderate Dep.	4 m	30 (31.9%)	15 (18.8%)	0.51 (0.35 to 0.75)	0.52 (0.36 to 0.77)	0.54 (0.37 to 0.79)
	12 m	44 (46.8%)	28 (35.0%)	0.53 (0.38 to 0.76)	0.54 (0.38 to 0.77)	0.55 (0.39 to 0.78)

OR\* un adjusted model. Group variable (IG = 1/CG = 0); ORadj\*\* model adjusted by group (IG = 1/CG = 0), sex and age. OR adj\*\*\* model adjusted by group (IG = 1/CG = 0), sex, age, and Hamilton. Depression Remission (BDI-II ≤ 13). Therapeutic response: improvement of symptoms >50% with respect to baseline. Mild Depression (BDI-II ≤ 19); Moderate Depression (BDI-II ≥ 20). Abbreviations: IG, intervention group; CG, control group; CI, confidence interval.

We also observed findings related to remission and therapeutic response in the patient subgroups according to the degree of depression (slight or moderate) in both IG and CG

(Table 2). With respect to the IG, in patients with moderate depression, remission was observed at 12 months post-intervention (OR = 0.50, 95%CI, 0.35–0.71), and therapeutic response at 4 months (OR = 0.50, 95%CI, 0.35–0.71) and 12 months (OR = 0.53, 95% CI, 0.38–0.76). The values were maintained when the data were adjusted in the different models. The participants with slight depression in the IG had a remission at 12 months (OR = 0.66, 95%CI, 0.49–0.90), and a therapeutic response that was only statistically significant at 4 months (OR = 0.66, 95%CI, 0.45–0.97).

The therapeutic response was greater in the IG than in the CG at both 4 and 12 months according to the mean BDI-II values without achieving statistical significance (Table 3). With respect to the EQ-VAS, whilst the IG quality of life at 4 months was better perceived, at 12 months it matched that of the CG (Table 3).

**Table 3.** Mean value (SD) of BDI-II and VAS Euroqol baseline, 4 m and 12 m. Changes BDI-II and VAS euroqol between groups.

Follow-Up	INTERVENTION (IG) N = 204		CONTROL (CG) N = 176		Difference (95% CI) between Groups (Intervention Group -Usual Care Group)**	
	mean (SD)	Difference * (SD)	mean (SD)	Difference * (SD)	Difference * (95% CI)	p
<b>BDI-II</b>						
Baseline	19.7 (5.2)		19.3 (5.2)			
4m	14.9 (8.2)	−4.8 (8.0)	15.4 (8.1)	−3.9 (7.5)	−1.37 (−2.22 to −0.52)	0.110
12m	15.0 (9.2)	−4.7 (8.6)	15.2 (9.3)	−4.1 (8.4)	−0.60 (−1.49 to 0.27)	0.493
<b>VAS euroqol</b>						
Baseline	55.8 (16.7)		56.6 (20.1)			
4m	61.0 (18.8)	5.2 (19.5)	59.0 (20.4)	2.4 (18.9)	2.58 (0.40 to 4.76)	0.238
12m	59.4 (20.9)	3.6 (22.4)	59.7 (21.0)	3.1 (23.0)	−0.06 (−2.75 to 2.64)	0.983

\* Differences were calculated between baseline measurement and follow-up measurement. \*\* Differences were calculated between intervention group and control. Abbreviations: BDI-II, Beck Depression Inventory; VAS euroqol, Visual Analogical Scale; SD, Standard Derivation.

Table 4 depicts the EQ-5D dimensions according to subgroups. Whilst the percentage of subjects who presented problems in the various dimensions was always higher in the CG than the IG at 4 and 12 months (with the exception of pain), these differences were not statistically significant. Nevertheless, the increase in the number of participants who had problems at 12 months in the CG was greater than in the IG with respect to mobility, selfcare, daily activities, and pain. In the area of depression and anxiety the percentages of subjects who presented problems was greater in the CG at 4 months (IG = 82.3% CG = 87.8%), and the same in both groups at 12 months (IG = 78.6 CG = 78.8).

At the end of the evaluation 61.9% and 62.0% of the IG and CG, respectively, were taking antidepressants. The percentage of subjects receiving these drugs remained the same in the IG (61.3% at commencement vs. 61.9% at 12 months), and increased in the CG (59.1 at commencement vs. 62.0%), without being statistically significant.

Mean attendance at the sessions was 7.2 (SD 4.24; range 0–12) and 65.2% of the participants (n = 133) received 7 or more sessions (Table 5). At 12 months those subjects that presented a remission had attended a mean of 8.5 sessions (SD 3.7), and those who did not present a depression remission had attended a mean of 7.1 (SD 4.2), with a statistical significance between groups (p = 0.021). Data concerning the satisfaction questionnaire are shown in Table 5. The level of satisfaction was a mean of 9.3 (SD 1.2) with a maximum of 10 and a minimum of 3. The topics that were considered the most useful were, in the following order: 1. Cognitive restructuring; 2. Behavioral activation and the education and identification of symptoms; 3. Diet; and 4. Breathing and relaxation techniques. Those considered less useful were: physical activity, use of time, and health education about pharmacological treatment.



**Table 4.** EQ-5D dimensions for intervention group and control at baseline, 4 months, and 12 months.

Euroqol by Dimensions	GLOBAL		INTERVENTION (IG)		CONTROL (CG)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>With mobility problems</b>							
Baseline	212	55.8	118	57.8	94	53.4	0.445
4 m	181	57.6	97	55.4	84	60.4	0.373
12 m	181	59.3	96	57.1	85	60.2	0.386
<b>With self-care problems</b>							
Baseline	79	20.8	40	19.6	39	22.2	0.628
4 m	89	28.3	49	28.0	40	28.8	0.879
12 m	97	31.8	49	29.2	48	35.0	0.274
<b>With problems in daily activities</b>							
Baseline	163	42.9	91	44.6	72	40.9	0.534
4 m	173	55.1	96	54.9	77	55.4	0.924
12 m	162	53.1	85	50.6	77	56.2	0.329
<b>With pain problems</b>							
Baseline	304	80.0	162	79.4	142	80.7	0.857
4 m	251	79.9	144	82.3	107	77.0	0.243
12 m	246	80.7	133	79.2	113	82.5	0.466
<b>With anxiety/depression problems</b>							
Baseline	347	91.3	188	92.2	159	90.3	0.531
4 m	266	84.7	144	82.3	122	87.8	0.180
12 m	240	78.7	132	78.6	108	78.8	0.956

Abbreviations: IG, intervention group; CG, control group; EQ-5D, Euroqol 5 dimensions.

**Table 5.** Group intervention. Session attendance and level of satisfaction.

Attendance at group sessions (0 to 12)	n = 204
mean (SD)	7.2 (4.2)
median (interquartile range)	9.0 (3.0–11.0)
Level of satisfaction with the intervention	n = 122
mean (SD)	9.3 (1.2)
median (interquartile range)	10.0 (9.0–10.0)
Items regarding satisfaction with the intervention	Percentage YES
Has your knowledge about depression improved?	93.1
Do you think the knowledge you gained during the sessions can be applied to your daily life?	99.2
Have the topics discussed during each session been what you expected?	90.9
Have the explanations about the topics been understandable?	99.2
Have you obtained, in general, support from the group?	98.4
Have the group sessions been participative?	98.3
Have you been able to express your feelings and thoughts?	96.7
Do you think the organisation of the sessions has been adequate?	99.2
Have you achieved the expected goals of the group?	94.1
Do you think the length of each session is correct?	90.8
Do you think the duration of the group intervention has been correct?	92.6
In general, are you glad you participated in the intervention?	99.2
Would you recommend this kind of group intervention to a relative or friend?	98.3

Abbreviations: SD, Standard Derivation.

#### 4. Discussion

Depression remission in patients presenting both depression and comorbidity was 12% higher in those who received the psychoeducational group intervention led by PC nurses than the control. The effect of the intervention on the response to depressive symptomatology was greater at short-term: a positive response in the IG was observed at 4-months post-intervention but not at 12. Such findings indicate that the intervention

is efficient at short-term in decreasing symptomatology and at long-term in depression remission. In our sample more than 40% were aged over 70 years. In this regard, Wilkinson et al. [44] suggested that elderly individuals take longer to adapt to change. A possibility that could explain why our participants might have needed more time to assimilate the knowledge and skills imparted during the intervention sessions, and the reason remission appeared at long-term.

For the two IG depression severity subgroups (slight and moderate), a response at 4 months and remission at 12 months were greater, with statistical significance for both. Nevertheless, in the moderate depression subgroup the 50% improvement in symptomatology was maintained long-term up to 12 months, but not in the slight depression one. Such minor differences signify that intervention should not be focused solely on patients with moderate depression. Studies have demonstrated the efficacy, in a preventive manner, of behavioral activation and CBT in subjects with slight depression, thus avoiding the development of more severe symptoms [45].

Our results regarding effectiveness are similar to those of Casañas et al. [23,34,46] who also reported remission in the IG in a program very similar to ours, carried out by PC nurses but focused on subjects with depression from the general population. A systematic revision carried out by Kastner et al. reported that collaborative interventions with different care levels have been shown to be effective in improving depressive symptoms in adults with DM and cardiovascular disease [47]. Other studies have incorporated combinations of CBT and physical exercise into community-based interventions. Positive results were obtained with a 71% depression remission in patients with DM [32]. In addition, a study also performed in PC with CBT, but by final year medical students previously trained by psychiatrists, aimed at patients with depression and DM, obtained a significant decrease in the BDI-II [31].

Our intervention included psychoeducation related to depression and health education for the various comorbidities the patients presented. Emphasis was placed on healthy lifestyle habits: diet, physical activity, and rest. Such a mixed focus has been shown to be effective in other studies, mainly in patients with DM [32,33]. In contrast, other programs led by nurses for patients with DM and IHD, which only included CBT, did not obtain significant results (OR = 1.21, CI 95% 0.12 to 12.41) with respect to depressive symptoms [48].

Regarding our second objective, quality of life did not improve significantly with depression remission. Whilst an increase in the global ratings of the EQ-VAS in the IG was observed after the intervention, the findings were not statistically significant when compared to those in the CG. As reported by Orfila et al., quality of life in elderly individuals appears to be strongly related to disability and functional limitation [49]. This could explain why it is not significantly affected by interventions aimed at improving depression. Indeed, other PC programs with patients presenting a similar profile to ours, aimed at promoting support and social participation in elderly individuals with a bad self-perception of health, did not report improvements in the subjects' quality of life [50].

Research such as ours which evaluates a psychoeducational group intervention carried out by PC nurses for patients presenting depression and chronic organic pathology is scarce. The community nurse is the PC professional who is generally responsible for the follow-up of patients with chronic pathologies. It is, therefore, clear that training these nurses in group interventions is the most efficient way to deal with depression as one more comorbidity in such patients. The capacity of PC nurses, who have received prior training in mental health, to identify, evaluate, and manage the mental health risk of patients with chronic pathologies within a collaborative care regime has been demonstrated [51]. Aragonés et al. [52] reported that when nurses in charge of patient clinical follow-up encouraged treatment adherence and provided psychoeducational care to IG patients and their families, this resulted in favorable rates of remission (48.8% IG vs. 35.6% CG  $p = 0.026$ ) and response to depression (66% IG vs. 51% CG  $p = 0.011$ ). Qualitative research has evaluated impressions from both patients with depression and physical comorbidity (for instance, DM and IHD) and the

PC nurses who attended them. It identified a low perception of need for care related to depression from the nurses, and the difficulty for patients to actively ask for help [53]. Evaluating the patient's state of mind should form part of habitual clinical practice. The trust established between patients with chronic pathologies and their professionals of reference (doctors and nurses) should enable them to express their emotions, and permit negative states of mind such as depression be identified. Patients need time to speak and reflect on their feelings; their refusal to ask for help could be due to the stigma and negative connotations that depression continues to suffer from in our society. Lack of awareness about this condition, and the limitations some nurses may experience in addressing emotional distress, are barriers that could be overcome by our intervention. This could result in a correct management of patients similar to our study participants.

The group format of our intervention is an added value. It is well-known that group interventions provide therapeutic advantages and factors that differ from individual interventions [54]. Such benefits include social support, the feeling of belonging to a group, and the experience of sharing common problems.

The dropout rate in our study was lower than others carried out with patients presenting similar characteristics [23,50]. Attendance at the sessions was, however, moderate with a mean of seven sessions which has led to the possibility of shortening them. Such a figure is a little lower than that obtained by Casañas et al. who reported a mean of nine sessions [23], and in which there was also a decrease of the BDI-II in the IG. It is possible that the health status of the participants with comorbidities played a part. Such patients often feel unwell which hinders their leaving home to attend appointments. The support telephone call at six months probably influenced the good results obtained at long-term. Experience regarding telephoning in managing depression with physical comorbidities has been very positively rated by participants [55,56]. Such interventions could be a viable alternative when moving to a health center is complex, or in contexts such as the current Covid-19 pandemic where gatherings of patients represent a risk of infection. Telematically adapting interventions such as ours to maintain efficient management of depression, and its associated physical pathologies, could be an interesting possibility for the future. A meta-analysis assessing CBT efficacy through guided and non-guided line evaluation with respect to other kinds of interventions to treat depression, reported mean adherence rates very similar to ours, 76% in the case of guided CBT [57]. The therapeutic response of the patients in the guided line intervention was 48%, a figure close to the one we obtained at 12 months.

Consumption of medication was not reduced in the IG in spite of depression remission, and slightly increased in the CG. Such a finding may reflect the predisposition PC physicians have to introduce antidepressant treatment, and their reluctance to withdraw it at long-term despite the patient's improvement. Such preferences do not always coincide with those of the patients who have been shown to be more in favor of some kind psychotherapy to treat depression rather than pharmacological treatment [58]. Moreover, as the current pandemic has resulted in a considerable increase in healthcare costs, interventions such as ours could have a better cost-effectiveness ratio.

One of the strengths of our study was that the intervention was carried out in an environment the patients frequently visited. In addition, the profile of the participants corresponded to that of the patients who generally attended PC consultations. Another strength is the study's design, it was a randomized clinical trial with homogeneity between the IG and CG, and with a highly representative sample from both urban and rural areas. As the randomization was blinded the evaluations and statistical analysis provided greater validity to the results.

With regard to limitations, one of these is the lack of data in some subgroups with respect to civil status and employment situation which prevented us from carrying out an analysis from a social perspective. Another is that we did not make any distinctions regarding the date of diagnosis of depression. This meant we did not know whether the diagnosis of comorbidity was prior to diagnosis of depression or afterwards. Moreover,

the fatigue resulting from dealing with chronic pathologies could be confused with a depressive state. Neither was the time of the evolution of depression assessed, another key factor in resistance to treatment. Another factor to take into consideration is the low participation of men which reflects the gender gap [59] regarding susceptibility to depression. Finally, at four months 21% of the IG participants and 8% of the CG had told the evaluator which group they belonged to. At 12 months the values were 23% and 8% for the IG and CG, respectively.

## 5. Conclusions

The psychoeducational group intervention conducted by PC nurses for patients with depression and physical comorbidity proved effective for depression remission at long-term and for therapeutic response short-term. Quality of life did not change significantly in both groups following the intervention.

**Author Contributions:** All the authors have contributed to the study. Conceptualization: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., J.M.-R., and R.C.; methodology: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., J.M.-P., R.C., G.S.-V., C.C.-S., R.M.-F., Q.F.-B., E.M.F.-L., J.M.-P., S.G.-T., and L.M.M.-L.; formal analysis: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., E.N.-M., R.M.-F., and J.M.-R.; investigation: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., J.M.-R., R.C., G.S.-V., C.C.-S., R.M.-F., and S.G.-T.; resources: M.I.F.-S.-M., J.M.-R., and R.C.; data curation: M.I.F.-S.-M., and E.N.-M.; writing—original draft preparation: A.R.-T.; writing—review and editing: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., R.C., J.M.-R., Q.F.-B., M.C.-C., and M.F.J.-H.; supervision: M.I.F.-S.-M. and M.F.J.-H.; project administration: M.I.F.-S.-M.; funding acquisition: A.R.-T., M.I.F.-S.-M., J.M.-R., and R.C. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This study received a research grant from the Carlos III Institute of Health, Ministry of Economy and Competitiveness (Spain). It was awarded in the 2016 call for tenders under the Health Strategy Actions 2013–2016, with the National Research Programme aimed at Societal Challenges, within the Technical, Scientific and Innovation Research National Plan 2013–2016, with reference P116/184, and was co-funded by European Union ERDF funds (European Regional Development Fund). In addition, this study has received a nursing research intensification grant from the Department of Health of the Generalitat de Catalunya (Spain). This was awarded in the 2017 call for tenders under the Health Research and Innovation Strategic Plan (PERIS) 2016–2020 with reference SLT002/17/00096. In addition, this study has received a predoctoral grant from University Institute of Research in Primary Care IDIAP Jordi Gol (Spain).

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki. The study was approved by the Ethics Research Committee at the IDIAP Jordi Gol University Research Institute (P16/184).

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Data Availability Statement:** All the principal investigators of the study had access to the complete database, and the datasets generated and analysed during the current study will be available from the corresponding author.

**Acknowledgments:** We would like to express our gratitude to all the nurses and other professionals who led the psychoeducational groups. We are grateful to all the professionals for their collaboration in the recruitment of participants in the different primary care centers that took part in the study.

**Conflicts of Interest:** All authors declare that they have no competing interests.

## References

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (accessed on 30 November 2020).
2. Knapp, M.; McDaid, D.; Mossialos, E.; Thornicroft, G. Salud Mental en Europa: Políticas y Práctica. Líneas Futuras en Salud Mental. 2007, pp. 39–69. Available online: <https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf> (accessed on 13 October 2020).

3. Organización Mundial de la Salud. La Carga Mundial de Morbilidad: Actualización de Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Available online: [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/) (accessed on 30 November 2020).
4. Fernández, A.; Saameño, J.Á.B.; Pinto-Meza, A.; Luciano, J.V.; Autonell, J.; Palao, D.; Salvador-Carulla, L.; Campayo, J.G.; Haro, J.M.; Serrano, A. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br. J. Psychiatry* **2010**, *196*, 302–309. [CrossRef] [PubMed]
5. National Collaborating Centre for Mental Health. *NICE Clinical Guideline 91- Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*; National Institute for Health and Clinical Excellence: London, UK, 2020; Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/full-guideline-243876061> (accessed on 20 January 2021).
6. Nieuwsmas, J.; Williams, J.; Namdari, N.; Washam, J.; Raitz, G.; Blumenthal, J.; Jiang, W.; Yapa, R.; McBroom, A.; Lallinger, K. Diagnostic accuracy of screening test and treatment for post-acute coronary syndrome depression: A systematic review. *Ann. Intern. Med.* **2017**, *167*, 725. Available online: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M17-1811> (accessed on 3 December 2020). [CrossRef] [PubMed]
7. Doyle, F.; Freedland, K.; Carney, R.; de Jonge, P.; Dickens, C.; Pedersen, S.; Sorensen, J.; Dempster, M. Network meta-analysis of randomised trials of pharmacological, psychotherapeutic, exercise and collaborative care interventions for depressive symptoms in patients with coronary artery disease: Hybrid systematic review of systematic reviews protocol. *Syst. Rev.* **2019**, *8*, 71. [CrossRef] [PubMed]
8. García Vicente, E.; Del Villar Sordo, V.; García, Y.; García, E.L. La depresión tras el infarto agudo de miocardio. *Ann. Med. Intern.* **2007**, *24*, 346–351. [CrossRef]
9. Palacios, J.E.; Khondoker, M.; Achilla, E.; Tylee, A.; Hotopf, M. A single, one-off measure of depression and anxiety predicts future symptoms, higher healthcare costs, and lower quality of life in coronary heart disease patients: Analysis from a multi-wave, primary care cohort study. *PLoS ONE* **2016**, *11*, 1–13. [CrossRef] [PubMed]
10. Egede, L.E.; Grubaugh, A.L.; Ellis, C. The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *Gen. Hosp. Psychiatry* **2010**, *32*, 563–569. [CrossRef]
11. Owens-Gary, M.D.; Zhang, X.; Jawanda, S.; Bullard, K.M.K.; Allweiss, P.; Smith, B.D. The Importance of Addressing Depression and Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes. *J. Gen. Intern. Med.* **2019**, *34*, 320–324. [CrossRef] [PubMed]
12. Valenzuela, M.J.; Münzenmayer, B.; Osorio, T.; Arancibia, M.; Madrid, E. Sintomatología depresiva y control metabólico en pacientes ambulatorios portadores de diabetes mellitus tipo. *Rev. Med. Chil.* **2018**, *146*, 1415–1421. [CrossRef] [PubMed]
13. Blakemore, A.; Dickens, C.; Chew-Graham, C.A.; Afzal, C.W.; Tomenson, B.; Coventry, P.A.; Guthrie, E. Depression predicts emergency care use in people with chronic obstructive pulmonary disease: A large cohort study in primary care. *Int. J. COPD* **2019**, *14*, 1343–1353. [CrossRef]
14. Iyer, A.S.; Bhatt, S.P.; Garner, J.J.; Wells, J.M.; Trevor, J.L.; Patel, N.M.; Kirkpatrick, D.; Williams, J.C.; Dransfield, M.T. Depression is associated with readmission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann. Am. Thorac. Soc.* **2016**, *13*, 197–203. [CrossRef]
15. Albrecht, J.S.; Park, Y.; Hur, P.; Huang, T.Y.; Harris, I.; Netzer, G.; Lehmann, S.W.; Langenberg, P.; Khokhar, B.; Wei, Y.-J. Adherence to maintenance medications among older adults with chronic obstructive pulmonary disease the role of depression. *Ann. Am. Thorac. Soc.* **2016**, *13*, 1497–1504. [CrossRef]
16. Ijaz, S.; Davies, P.; Cj, W.; Kessler, D.; Lewis, G.; Wiles, N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2018**, *5*, CD010558. [CrossRef]
17. Solomon, C.G.; Park, L.T.; Zarate, C.A. Depression in the primary care setting. *N. Engl. J. Med.* **2019**, *380*, 559–568.
18. Linde, K.; Rucker, G.; Sigterman, K.; Jamil, S.; Meissner, K.; Schneider, A. Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: Network meta-analysis. *BMC Fam. Pract.* **2015**. [CrossRef] [PubMed]
19. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirio, Demencia y Depresión en la Personas Mayores: Valoración y Cuidados. 2016. Available online: [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices) (accessed on 22 November 2020).
20. Martín, J.C.; Garriga, A.; Egea, C.; Diaz, G.; Campillo, M.-J.; Espinosa, R.M. Intervención psicológica escalonada con trastornos mentales comunes en Atención Primaria. *Ann. Psicol. Ann. Psychol.* **2017**, *34*, 30–40. [CrossRef]
21. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de resultats Atenció Primària. 2018. Available online: [http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central\\_de\\_resultats/informes\\_cdr/dades\\_actuats](http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuats) (accessed on 17 September 2020).
22. Sandberg, H.; Roaldset, Å. Effect of Group Psychoeducation for Major Depressive Disorder: A Systematic Review. *Fac. Health Sci.* **2019**. Available online: <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/15371/thesis.pdf?isAllowed=y&sequence=2> (accessed on 30 November 2020).
23. Casañas, R.; Catalán, R.; del Val, J.L.; Real, J.; Valero, S.; Casas, M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* **2012**, *12*, 1–16. [CrossRef]
24. Raya Tena, A.; Falder Serna, I.; Fernández Linares, E.M.; Casañas Sánchez, R. Impact of a psychoeducational group intervention for patients with mild/moderate depression in primary care consultations. *Rev. Enferm.* **2015**, *38*, 58–62. [PubMed]
25. González-Blanch, C.; Ruiz-Torres, M.; Cordero-Andrés, P.; Umaran Alfageme, O.; Hernández Abellán, A.; Muñoz Navarro, R.; Cano Vindel, A. Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica en Atención Primaria. *Rev. Psicoterapia* **2018**, *29*, 37–52. [CrossRef]

26. Cuijpers, P.; Noma, H.; Karyotaki, E.; Cipriani, A.; Furukawa, T.A. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults with Depression: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* **2019**, *76*, 700–707. [\[CrossRef\]](#)
27. Zhang, A.; Park, S.; Sullivan, J.E.; Jing, S. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-Analysis. *J. Am. Board Fam. Med.* **2018**, *31*, 139–150. [\[CrossRef\]](#)
28. Chi, I.; Jordan-Marsh, M.; Guo, M.; Xie, B.; Bai, Z. Tai chi and reduction of depressive symptoms for older adults: A meta-analysis of randomized trials. *Geriatr. Gerontol. Int.* **2013**, *13*, 3–12. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
29. Luttenberger, K.; Stelzer, E.M.; Först, S.; Schopper, M.; Kornhuber, J.; Book, S. Indoor rock climbing (bouldering) as a new treatment for depression: Study design of a waitlist-controlled randomized group pilot study and the first results. *BMC Psychiatry* **2015**, *15*, 1–10. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
30. Schmitt, A.; Reimer, A.; Ehrmann, D.; Kulzer, B.; Haak, T.; Hermanns, N. Reduction of depressive symptoms predicts improved glycaemic control: Secondary results from the DIAMOS study. *J. Diabet. Complicat.* **2017**, *31*, 1608–1613. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
31. Villamil-Salcedo, V.; Vargas-Terrez, B.E.; Caraveo-Anduaga, J.; González-Olvera, J.; Díaz-Anzaldúa, A.; Cortés-Sotres, J.; Pérez-Ávila, M. Glucose and cholesterol stabilization in patients with type 2 diabetes mellitus with depressive and anxiety symptoms by problem-solving therapy in primary care centers in Mexico City. *Prim. Health Care Res. Dev.* **2018**, *19*, 33–41. [\[CrossRef\]](#)
32. De Groot, M.; Shubrook, J.H.; Hornsby, W.G.; Pillay, Y.; Mather, K.J.; Fitzpatrick, K.; Yang, Z.; Saha, C. Program ACTIVE II: Outcomes from a randomized, multistate community-based depression treatment for rural and urban adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* **2019**, *42*, 1185–1193. [\[CrossRef\]](#)
33. Moncrieff, A.E.; Llabre, M.M.; McCalla, J.R.; Gutt, M.; Mendez, A.J.; Gellman, M.D.; Goldberg, R.B.; Schneiderman, N. Effects of a Multicomponent Life-Style Intervention on Weight, Glycemic Control, Depressive Symptoms, and Renal Function in Low-Income, Minority Patients with Type 2 Diabetes: Results of the Community Approach to Lifestyle Modification for Diabetes Random. *Psychosom. Med.* **2016**, *78*, 851–860. [\[CrossRef\]](#)
34. Casañas, R.; Catalán, R.; Raya, A.; Real, J. Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: Ensayo clínico controlado aleatorizado. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* **2014**, *34*, 145–146. [\[CrossRef\]](#)
35. Casañas, R.; Martín Royo, J.; Fernández-San-Martín, M.I.; Raya Tena, A.; Mendioroz, J.; Sauch Valmaña, G.; Masa-Font, R.; Casajua-Closas, M.; Linares, E.M.E.; Cols-Sagarra, C. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv. Res.* **2019**, *19*, 3–9. [\[CrossRef\]](#)
36. Sanz, J.; García-Vera, M.P.; Espinosa, R.; Fortún, M.; Vázquez, C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos Spanish adaptation of the Beck Psychometric features in patients with psychological disorders. *Clínica Salud* **2005**, *16*, 121–142.
37. Domínguez-Berjón, M.F.; Borrell, C.; Cano-Serral, G.; Esnaola, S.; Nolasco, A.; Pasarín, M.I.; Ramis, R.; Saurina, C.; Escolar-Pujolar, A. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gac. Sanit.* **2008**, *22*, 179–187. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
38. Lobo, A.; Chamorro, L.; Luque, A.; Dal-Ré, R.; Badia, X.; Baró, E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med. Clin. (Barc.)* **2002**, *118*, 480–520. [\[CrossRef\]](#)
39. Ministerio de Sanidad. Informe del Proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014–2016). España 2018; 103p. Available online: [http://www.mscb.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS\\_20142016.pdf](http://www.mscb.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_20142016.pdf) (accessed on 27 September 2020).
40. Beck, A.T.; Steer, R.A.; Carbin, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* **1988**, *8*, 77–100. [\[CrossRef\]](#)
41. Hernandez, G.; Garin, O.; Pardo, Y.; Vilagut, G.; Pont, À.; Suárez, M.; Neira, M.; Rajmil, L.; Gorostiza, I.; Ramallo-Fariña, Y. Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Qual. Life Res.* **2018**, *27*, 2337. [\[CrossRef\]](#)
42. Casañas, R.; Falder, I.; Fernández, E.M.; Martín, J.; Moya, I.; Raya, A.; Psicodep, E. Programa de Sesiones Grupales Psicoeducativas. Available online: [http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/protocol\\_sesiones\\_psicoeducativas.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/protocol_sesiones_psicoeducativas.pdf) (accessed on 8 December 2020).
43. Rubin, D.B. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*; John and Wiley & Sons: Hoboken, NJ, USA, 2004; p. 258.
44. Wilkinson, P. Cognitive therapy with elderly people. *Age Ageing* **1997**, *26*, 53–58. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
45. Cuijpers, P.; Quero, S.; Dowrick, C.; Arroll, B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr. Psychiatry Rep.* **2019**, *21*, 129. [\[CrossRef\]](#)
46. Casañas Sánchez, R.; Raya Tena, A.; Ibáñez Pérez, L.; Valls Colomer, M.M. Psycho-education group therapy in patients with anxiety and depression in Barcelona Primary Care. *Aten. Primaria* **2009**, *41*, 227–228. [\[CrossRef\]](#) [\[PubMed\]](#)
47. Kastner, M.; Cardoso, R.; Lai, Y.; Treister, V.; Hamid, J.S.; Hayden, L.; Wong, G.; Ivers, N.M.; Liu, B.; Marr, S. Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* **2018**, *190*, E1004–12. [\[CrossRef\]](#)
48. Pols, A.D.; Van Dijk, S.E.; Bosmans, J.E.; Hoekstra, T.; Van Marwijk, H.W.J.; van Tulder, M.W.; Adriaanse, M.C. Effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: A pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLoS ONE* **2017**, *12*. [\[CrossRef\]](#)


49. Orfila, F.; Ferrer, M.; Lamarca, R.; Tebe, C.; Domingo-Salvany, A.; Alonso, J. Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc. Sci. Med.* **2006**, *63*, 2367–2380. [[CrossRef](#)]
50. Blancafort, S.; Monteserín, R.; Moral, I.; Roqué, M.; Rojano, X.; Coll, L. Promoting social capital, self-management and health literacy in older adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: Results of the randomized trial aequalis. *BMC Public Health* **2021**, *21*, 1–12.
51. Schlicht, K.; Morgan, M.A.J.; Fuller, J.; Coates, M.J.; Dunbar, J.A. Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study. *BMJ Open* **2013**, *3*, 1–6. [[CrossRef](#)]
52. Aragonés, E.; Piñol, J.L.; Caballero, A.; López, G.; Casaus, P.; Hernández, J.M.; Badia, W.; Folch, S. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *J. Affect. Disord.* **2012**, *142*, 297–305. [[CrossRef](#)]
53. Pols, A.D.; Schipper, K.; Overkamp, D.; Van Marwijk, H.W.J.; Van Tulder, M.W.; Adriaanse, M.C. Patients' and practice nurses' perceptions of depression in patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease screened for subthreshold depression. *BMC Fam. Pract.* **2018**, *19*, 1–14. [[CrossRef](#)]
54. Guimón, J. *Manual de Terapia de Grupos. Tipos, Modelos y Programas*; Biblioteca Nueva: Madrid, Spain, 2003; 400p.
55. Newby, J.; Robins, L.; Wilhelm, K.; Smith, J.; Fletcher, T.; Gillis, I.; Ma, T.; Finch, A.; Campbell, L.; Andrews, G. Web-based cognitive behavior therapy for depression in people with diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.* **2017**, *19*, e157. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
56. Wu, S.; Ell, K.; Jin, H.; Vidyanti, I.; Chou, C.P.; Lee, P.J.; Gross-Schulman, S.; Sklaroff, L.M.; Belson, D.; Nezu, A.M. Comparative effectiveness of a technology-facilitated depression care management model in safety-net primary care patients with type 2 diabetes: 6-Month outcomes of a large clinical trial. *J. Med. Internet Res.* **2018**, *20*. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
57. Karyotaki, E.; Efthimiou, O.; Miguel, C.; Maas Genannt Bempohl, F.; Furukawa, T.A.; Cuijpers, P. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis Supplemental content. 2021. Available online: <https://jamanetwork.com/> (accessed on 4 February 2021).
58. Dorow, M.; Löbner, M.; Pabst, A.; Stein, J.; Riedel-Heller, S.G. Preferences for depression treatment including internet-based interventions: Results from a large sample of primary care patients. *Front. Psychiatry* **2018**, *9*, 1–13. [[CrossRef](#)]
59. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry* **2017**, *4*, 146–158. [[CrossRef](#)]

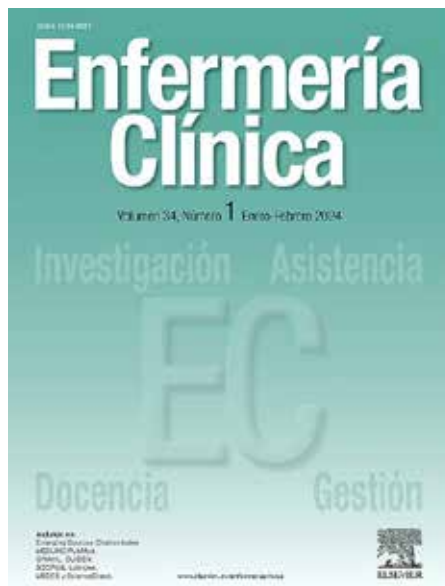
### 6.3. ARTÍCULO 3

Coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física en Atención Primaria.

Raya-Tena A, Fernández-San-Martín MI, Martín-Royo J, Casajua-Closas M, Jiménez-Herrera MF; Grup Psicodep. Cost-effectiveness and cost-utility study of a psychoeducational group intervention for people with depression and physical comorbidity in primary care. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2024 Mar 18;S2445-1479(24)00024-9. doi: 10.1016/j.enfcle.2024.03.005

ISI Journal Citation Reports Ranking 2023; Nursing

Impact Factor: 0,5 - Quartile Category: 







# Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



## ORIGINAL

### Coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física en atención primaria

Antonia Raya-Tena<sup>a,b,\*</sup>, María Isabel Fernández-San-Martín<sup>c,d</sup>, Jaume Martín-Royo<sup>e</sup>,  
Marc Casajuana-Closas<sup>c,f</sup>, María Francisca Jiménez-Herrera<sup>b</sup> y Grup Psicodep<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Centre d'Atenció Primària Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> Línea d'Investigació en Biomedicina, Epidemiologia i Pràctica Clínica Avançada, Facultat de Infermeria, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

<sup>c</sup> Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España

<sup>d</sup> Unitat Docent Multiprofesional, Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>e</sup> Unitat Bàsica de Prevenció, Gerència Territorial Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>f</sup> Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, España

Recibido el 15 de diciembre de 2022; aceptado el 26 de diciembre de 2023

#### PALABRAS CLAVE

Coste-efectividad;  
Depresión;  
Patología crónica;  
Atención primaria;  
Psicoeducación;  
Enfermera

#### Resumen

**Objetivo:** Evaluar el coste-efectividad y el coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de atención primaria (AP) comparada con la atención habitual para la prevención de la depresión y la mejora de la calidad de vida en pacientes con comorbilidad física.

**Diseño:** Evaluación económica basada en datos de un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, con variables respuesta ciegas y seguimiento de un año, realizado en el contexto del estudio PSICODEP. **Emplazamiento:** 27 equipos de AP de Cataluña. **Participantes:** pacientes > 50 años con depresión y alguna comorbilidad física: diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar crónica y/o asma. **Intervención:** 12 sesiones psicoeducativas grupales, 1/semana, conducidas por 2 enfermeras de AP con formación previa.

**Mediciones:** **Efectividad:** días libres de depresión (DLD) calculados a partir del BDI-II y años de vida ajustados por calidad (AVAC) a partir del Euroqol-5D-5L. **Costes directos:** visitas AP, salud mental, urgencias y hospitalizaciones, fármacos. **Costes indirectos:** días de incapacidad temporal (IT). Se estimó la ratio coste-efectividad incremental (RCEI =  $\Delta$ Coste/  $\Delta$ DLD) y la ratio coste-utilidad incremental (RCUI =  $\Delta$ Coste/  $\Delta$ AVAC).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arayat.bcn.ics@gencat.cat (A. Raya-Tena).

<sup>g</sup> Los miembros del Grup Psicodep se enumeran en el Anexo A.

+Model  
ENFCLI-2086; No. of Pages 12

## ARTICLE IN PRESS

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

**Resultados:** Se incluyeron 380 pacientes (grupo intervención [GI]=204; grupo control [GC]=176). El 81,6% eran mujeres. Media de edad de 68,4 años (DE: 8,8). El GI tuvo más coste medio de visitas, menos de hospitalizaciones y menos días IT que el GC. La diferencia de costes entre el GI y el GC fue de  $-357,95\text{€}$  (IC 95%:  $-2.026,96$  a  $1.311,06$ ) al año de seguimiento. Hubo una media de 11,95 (IC 95%:  $-15,98$  a  $39,88$ ) más DLD en el GI que en el GC. Los AVAC fueron similares (diferencia de  $-0,01$ ; IC 95%:  $-0,04$  a  $0,05$ ). La RCEI y la RCUI fueron de  $29,95\text{€}/\text{DLD}$  y de  $35,795\text{€}/\text{AVAC}$ .

**Conclusiones:** La intervención psicoeducativa se asocia a una mejora de DLD, así como a una reducción de costes a los 12 meses, aunque no de forma significativa. Los AVAC fueron muy similares entre grupos.

© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Cost-effectiveness;  
Depression;  
Chronic pathology;  
Primary care;  
Psychoeducation;  
Nurse

### Cost-effectiveness and cost-utility study of a psychoeducational group intervention for people with depression and physical comorbidity in primary care

## Abstract

**Objective:** To evaluate the cost-effectiveness and cost-utility of a psychoeducational group intervention led by primary care (PC) nurses in relation to customary care to prevent the depression and improve quality of life in patients with physical comorbidity.

**Design:** Economic evaluation based on data from randomized, multicenter clinical trial with blind response variables and a one-year follow-up, carried in the context of the PSICODEP study. **Location:** 27 PC teams from Catalonia. **Participants:** > 50 year-old patients with depression and some physical comorbidity: diabetes mellitus type 2, ischemic heart disease, chronic obstructive pulmonary disease, and/or asthma. **Intervention:** 12 psychoeducational group sessions, 1 per week, led by 2 PC nurses with prior training.

**Measurements:** *Effectiveness:* depression-free days (DFD) calculated from the BDI-II and quality-adjusted life years (QALYs) from the Euroqol-5D. *Direct costs:* PC visits, mental health, emergencies and hospitalizations, drugs. *Indirect costs:* days of temporary disability (TD). The incremental cost-effectiveness ratios (ICER), cost-effectiveness ( $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{DLD}$ ) and cost-utility ( $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{QALY}$ ) were estimated.

**Results:** The study includes 380 patients (intervention group [IG]=204; control group [CG]=176). 81.6% women; mean age 68.4 (SD=8.8). The IG had a higher mean cost of visits, less of hospitalizations and less TD than the CG. The difference in costs between the IG and the CG was  $-357.95\text{€}$  (95% CI:  $-2026.96$  to  $1311.06$ ) at one year of follow-up. There was a mean of 11.95 (95% CI:  $-15.98$  to  $39.88$ ) more DFD in the IG than in the CG. QALYs were similar (difference  $-0.01$ , 95% CI  $-0.04$  to  $0.05$ ). The ICERs were  $29.95\text{€}/\text{DLD}$  and  $35,795\text{€}/\text{QALY}$ .

**Conclusions:** Psychoeducational intervention is associated with an improvement in DFD, as well as a reduction in costs at 12 months, although not significantly. QALYs were very similar between groups.

© 2024 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## ¿Qué se conoce?

La depresión está presente en el 20% de las personas con patologías crónicas. Existen intervenciones no farmacológicas, con evidencia en el tratamiento de la depresión en personas con comorbilidad física asociada.

## ¿Qué aporta?

La evaluación económica de una intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de atención primaria para personas con depresión y comorbilidad física supone una buena opción no farmacológica en el tratamiento de estos pacientes, al obtener resultados favorables en los días libres de depresión y un menor coste a los 12 meses de seguimiento.

## Introducción

La depresión es un diagnóstico prevalente en las consultas de atención primaria (AP) y se considera una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por calidad (AVAC), estando presente en el 20% de las personas que padecen una patología crónica física<sup>1,2</sup>. Tanto la depresión como la aparición de patologías crónicas aumentan su prevalencia con la edad, siendo a partir del grupo comprendido entre los 45-54 años cuando el incremento es mayor<sup>3</sup>.

Una revisión sistemática sobre el coste de la depresión en todo el mundo asoció esta, en parte, al excesivo uso de productos farmacéuticos<sup>4,5</sup>. Los costes de depresión en España, entre los años 2015 y 2017, implicaron una media de 3.235,6 euros (€)/paciente/año: el 18,4% fueron en costes directos y el 81,6% en costes indirectos<sup>6</sup>. El gasto anual medio por persona en antidepresivos, en Cataluña, fue de 98,1€ durante el año 2017, siendo un valor superior en relación al año anterior<sup>7</sup>. Cuando se combinan con otros fármacos prescritos para el control de una patología crónica física como la diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar crónica y/o asma, pueden aparecer interacciones adversas y una peor adherencia terapéutica. El consumo de fármacos y el uso de recursos sanitarios suponen la mayoría de los costes directos de la depresión, siendo la pérdida de días por incapacidad laboral (IT) la partida de mayor volumen en cuanto a costes indirectos<sup>8-10</sup>.

Por todo ello, se hace indispensable escoger tratamientos eficaces basados en la evidencia, y que a su vez sean coste-efectivos, para paliar la repercusión de la depresión en costes personales y sociales. La psicoeducación grupal ha mostrado evidencia en el tratamiento de la depresión, ya sea dirigida a los propios pacientes o a las familias de estos<sup>11,12</sup>. Este grupo de investigación desarrolló una intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras (estudio PSICODEP) para personas con depresión y comorbilidad física en AP<sup>13,14</sup> que evidenció una mejoría en la remisión de la depresión a los 12 meses y una respuesta terapéutica positiva a los 4 meses de iniciar la intervención. De igual modo, terapias cognitivo-conductuales grupales dirigidas a pacientes adultos con trastornos emocionales y lideradas por psicólogos en la AP han dado resultados significativos en la mejoría de este tipo de trastornos<sup>15</sup>.

El trabajo que se presenta forma parte del estudio PSICODEP<sup>13</sup> y tiene como objetivo evaluar la relación coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP, comparada con la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física para prevenir la depresión y mejorar la calidad de vida en pacientes con comorbilidad física.

## Método

Se trata de una evaluación económica basada en datos de un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, de dos grupos: control (GC) e intervención (GI), con valoración de respuesta ciega y seguimiento de un año. En el protocolo del estudio<sup>13</sup> puede encontrarse más información. Se inició el reclutamiento en diciembre del 2017 y la evaluación

final se realizó en septiembre del 2019. La investigación tuvo lugar en el ámbito de la AP y participaron 27 equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña (España). Los pacientes se reclutaron de forma consecutiva por el médico o la enfermera del EAP al que pertenecían. Previa firma del consentimiento informado, se distribuyeron de forma aleatoria al GC o al GI en cada EAP, siendo tanto los profesionales como los investigadores ciegos a la asignación. Los datos se recopilaron previamente a la intervención grupal psicoeducativa (PSICODEP), a los 4 y a los 12 meses después de la evaluación basal.

## Participantes

Se reclutaron un total de 651 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: a) pacientes  $\geq 50$  años de ambos sexos; b) presentar: diabetes mellitus tipo 2 (DM), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) y/o asma registrados en la historia clínica; c) puntuación  $> 12$  en el cuestionario Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)<sup>16</sup>, y d) permanecer durante un año de seguimiento en el mismo EAP. El corte de selección de los participantes se sitúa en  $\geq 50$  años debido a que es a partir de esa edad cuando aumenta la prevalencia de las patologías crónicas descritas.

Los criterios de exclusión fueron: a) diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo moderado/elevado (5 o más errores en la escala de Pfeiffer); b) trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos u otras comorbilidades psiquiátricas graves; c) riesgo moderado/elevado de suicidio (una puntuación de 6 en la escala MNI); d) abuso de drogas; e) enfermedad física en una etapa avanzada; f) incapacidad para asistir a la intervención; g) estar recibiendo atención por el psicólogo del Centro de Salud Mental Adultos (CSMA), y h) incapacidad para entender el castellano o el catalán.

## Intervención

Los pacientes asignados al GI recibieron una intervención grupal psicoeducativa dirigida por dos enfermeras de AP que participaron en el ensayo clínico. Estas enfermeras recibieron una formación previa de 20 horas impartida por psicólogas, enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de AP con experiencia previa en la conducción de grupos. La intervención constó de 12 sesiones semanales con una duración de 90 min cada una. Las sesiones se llevaron a cabo en el mismo centro siempre que este dispusiera del espacio y del equipamiento necesarios. El contenido de las sesiones proporcionó educación sobre: 1) la relación entre los síntomas depresivos y la patología crónica; 2) dieta, ejercicio físico, sueño, habilidades sociales, tratamiento farmacológico y adherencia; 3) técnicas de respiración, resolución de problemas, activación conductual, reestructuración cognitivo-conductual, autoestima y asertividad (Anexo 1). Se puede consultar cada sesión, de manera más detallada, en el documento «Programa de sesiones grupales psicoeducativas de l'estudi PSICODEP»<sup>17</sup>.

Para mejorar la proactividad de los pacientes se les indicaban tareas relacionadas con la temática de las sesiones. Debían realizarlas durante la semana y se comentaban en el grupo en la siguiente sesión.

+Model

ENFCLI-2086; No. of Pages 12

## ARTICLE IN PRESS

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

**Estimación de costes**

La obtención de los datos la realizó una evaluadora externa mediante la revisión de la historia clínica informatizada del paciente (e-cap) y el cuaderno de recogida de datos (CDR) (Anexo-2). Se consultaron los datos correspondientes al año anterior a la evaluación basal y los 12 meses posteriores a esta. El estudio se realizó desde una perspectiva sanitaria y social, incorporando los costes directos o sanitarios y los costes indirectos. Se contabilizaron todas las visitas realizadas por el médico y enfermera de AP, las realizadas en los CSMA, a los servicios de urgencias del hospital y el número de hospitalizaciones de cada paciente. Para calcular el consumo de fármacos se estimó el número de envases prescritos por año para cada paciente. El cálculo de pérdida de productividad se realizó a través de las IT registradas en el e-cap.

Se consideraron costes directos los siguientes: visitas a profesionales de AP y de CSMA, urgencias hospitalarias, hospitalizaciones, consumo de fármacos y costes de la intervención psicoeducativa. Como costes indirectos se tuvieron en cuenta los días de IT.

Para calcular los importes se consultaron los precios del año 2020 de la base de datos Oblivue<sup>18</sup> expresados en euros (€). Se ajustaron para el año 2018 restando un 0,5%, teniendo en cuenta la inflación de esos dos últimos años. El precio de los fármacos se obtuvo de la lista oficial del Ministerio de Sanidad del primer trimestre del año 2018. El coste de la jornada laboral se recogió de la encuesta trimestral del coste laboral del Instituto Nacional de Estadística (INE), asumiendo un mismo valor medio del coste de la jornada laboral para todos los pacientes. El coste de la intervención se calculó a partir del número de horas/enfermera por intervención (36 horas), multiplicado por el precio de hora extra/enfermera (17,95€) según las tablas de retribución del Instituto Catalán de la Salud, con un coste total de 646,2€/enfermera por intervención. Teniendo en cuenta que se realizaron 27 intervenciones (en los 27 equipos de AP participantes), el coste total de la intervención grupal fue de 17.447,4€. Al haber recibido la intervención un total de 204 pacientes (GI=204), el cálculo medio del coste por paciente fue de 85,53€. La asistencia media fue de 7,2 participantes por grupo (DE: 4,24; rango 0-12). Los costes totales de los dos grupos del estudio se calcularon cuantificando los recursos consumidos por cada individuo en cada una de las variables de recursos y luego se multiplicaron por el precio o tarifa de cada recurso, obteniendo así el coste total de recursos por individuo y para cada grupo (GI y GC).

**Cálculo de la efectividad y la utilidad**

La efectividad de la intervención se midió utilizando la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), considerando remisión de depresión una puntuación en el BDI-II  $\leq 13$ <sup>16,19</sup>. Para el análisis de coste-efectividad se utilizaron los días libres de depresión (DL<sub>D</sub>)<sup>20</sup>, calculados a partir de la remisión según la puntuación del BDI-II a nivel basal, a los 4 meses y al año. Se realizó una extrapolación lineal para calcular el día en que el participante dejaba de tener depresión.

El análisis de utilidad se obtuvo a partir de los AVAC estimados a partir del cuestionario EuroQol-5D-5L (EQ-5D-5L) y

las tarifas de servicios públicos asociados<sup>21</sup>. Los AVAC permiten representar la calidad de vida relacionada con el estado de salud y el tiempo de vida de los pacientes en un solo índice. Cuando en alguna dimensión del EQ-5D-5L no existe ningún problema, esto se representa como nivel 1, mientras que los problemas extremos se representan como nivel 5. De ahí que cada estado de salud en el EQ-5D-5L puede ser descrito usando un número de cinco dígitos, donde 11111 indica salud perfecta y 55555 indica el peor estado posible de salud. Los valores de referencia de cada estado han sido calculados para la población española. Se administró el EQ-5D-5L en la entrevista basal, a los 4 meses y a los 12 meses.

**Análisis coste-efectividad y coste-utilidad<sup>22</sup>**

El análisis de coste-efectividad pretende determinar de forma numérica cuál es la relación entre los costes de una intervención dada y las consecuencias de esta. Este tipo de análisis utiliza un indicador numérico conocido como ratio coste-efectividad incremental (RCEI), mediante el cual los costes y los efectos de una intervención se comparan con los costes y los efectos de otra intervención para cualquier problema de salud cuyos resultados se expresen en las mismas unidades.

Cuando la nueva intervención resulta en menor coste y mayor efectividad que la práctica clínica habitual, se dice que es dominante. Si por el contrario la nueva intervención supone costes adicionales y es menos efectiva, se dice que es dominada.

La fórmula para el cálculo de la RCEI en el estudio actual es la siguiente:

$$\frac{Ca - Cb}{DLDa - DLDb} \quad (1)$$

donde Ca son los costes de la intervención A (psicoeducativa), Cb los costes de la intervención B (tratamiento habitual), DLDa los resultados (efectividad) de la intervención A y DLDb los resultados de la intervención B. El resultado representará el coste por DLD adicional en comparación con la práctica habitual.

El cálculo de la ratio coste-utilidad incremental (RCUI) se realiza utilizando el mismo numerador. En el denominador se restan los AVAC de la intervención A menos los AVAC de la intervención B. El valor resultante del cociente es el coste por AVAC ganado en comparación con la práctica habitual.

$$\frac{Ca - Cb}{AVACa - AVACb} \quad (2)$$

**Análisis estadístico**

Los dos grupos, GI y GC, se compararon al inicio del estudio, antes de la intervención, con el fin de comprobar que no había diferencias significativas entre ellos. Para llevar a cabo estas comparaciones se utilizaron pruebas paramétricas, una vez comprobados los supuestos de aplicación: chi cuadrado y t de Student. La media y las diferencias entre grupos de costes, DLD y AVAC se acompañaron del intervalo de confianza al 95%.

Los análisis se realizaron con el principio de intención a tratar. Los valores faltantes de los cuestionarios BDI-II

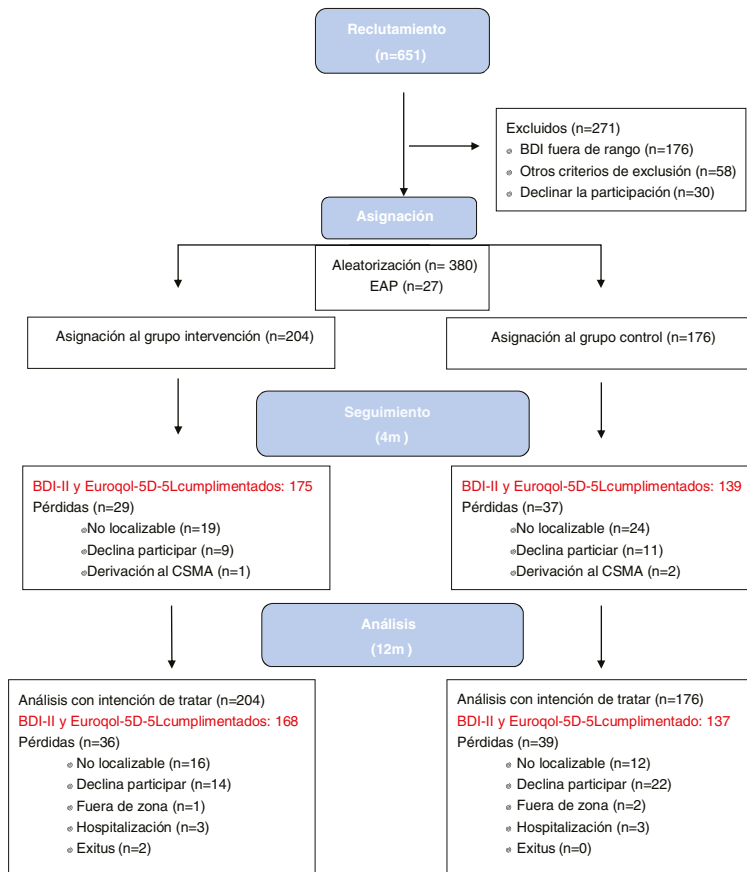


Figura 1 Flujo de participantes, aleatorización y seguimiento.  
 BDI-II: Beck Depression Inventory; CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos; EAP: equipo de atención primaria.

y EQ-5D-5L a los 4 meses y a los 12 meses se completaron realizando imputación múltiple mediante el procedimiento *Predictive Mean Matching* (pmm) con un número de imputaciones de 10, cada una de ellas con 5 interacciones. Para hacer la estimación de los parámetros para cada conjunto de datos imputados se usaron las reglas de Rubin<sup>23</sup>. El total de BDI-II y EQ-5D-5L perdidos en el seguimiento se especifica en la figura 1.

En primer lugar se calculó la diferencia entre medias de los grupos (GI-GC) en cuanto a costes por paciente, DLD y AVAC. Posteriormente se estimó la razón del coste-efectividad incremental (RCEI) y la razón coste-utilidad

incremental (RCUI):  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{DFD}$  y  $\Delta\text{Cost}/\Delta\text{AVAC}$  a los 12 meses de seguimiento.

Se realizó un análisis de sensibilidad determinista calculando los costes con diferentes precios o quitando partidas en los recursos donde existía un grado de incertidumbre, para cuantificar las diferencias existentes entre los diferentes modelos propuestos. Se realizaron diferentes modelos, utilizando diferentes cálculos de precios para visitas médicas (modelo 2) y de enfermería (modelo 3), o quitando del coste total los costes debidos a las IT y dejando únicamente los costes considerados directos (modelo 4). Los resultados de cada uno se compararon con el modelo principal.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria IDIAP Jordi Gol (P16/184).

El ensayo clínico fue registrado con el código NCT03243799 el 9 de agosto del 2017.

### Resultados

Se incluyeron 380 pacientes aleatorizados (GI,  $n=204$ ; GC,  $n=176$ ). El 81,6% eran mujeres, y la media de edad era de 68,4 años (DE: 8,8). Al finalizar la intervención no fueron evaluados (no respondieron al cuestionario BDI) 66 pacientes (29 pertenecían al GI y 37 al GC). En el seguimiento anual no completaron el cuestionario BDI 75 pacientes (36 del GI y 39 del GC), lo que supone una tasa de abandono del 17,6% y del 22,2%, respectivamente. El flujo de participantes se muestra en la figura 1.

La tabla 1 muestra las características basales del total de participantes en el estudio, así como de los GI y GC. Los dos grupos eran homogéneos en relación a las variables sociodemográficas y clínicas, excepto en el caso de presentar asma, que era mayor en el grupo intervención ( $p=0,030$ ).

En la tabla 2 se refleja el consumo de recursos por paciente/año comparando el año anterior a la evaluación basal y los 12 meses de seguimiento. Las diferencias entre GI y GC son modestas y sin significación estadística. Existe una disminución en la media de consumo de fármacos en el GC más marcada que en el GI. Destaca el aumento en las visitas de enfermera de AP en el GI en relación al GC y un aumento de días de IT en el GC.

La tabla 3 expone los costes medios totales por paciente/año durante el año anterior a la situación basal y en los 12 meses siguientes. Los costes directos más elevados corresponden a los tratamientos farmacológicos, seguidos por las hospitalizaciones, las visitas al médico y a la enfermera de AP, las visitas a los servicios de urgencias y, por último, las realizadas en el CSMA. Con relación al año anterior a la evaluación basal, hay un mayor coste medio en el GI en visitas y un menor coste en hospitalizaciones y en IT que en el GC, sin que estas diferencias sean significativas. La diferencia en los costes totales entre el GI y el GC es de  $-273,95\text{€}$  por paciente/año a los 12 meses, con relación al año anterior, sin llegar a ser estadísticamente significativa.

Tal y como se muestra en la tabla 4, el coste medio por paciente durante el año de seguimiento es menor en el GI que en el GC en  $357,95\text{€}$  (IC 95%:  $-2.026,96$  a  $1.311,06$ ). La media de DLD durante este periodo es mayor en el GI que en el GC, con una diferencia no significativa de 11,95 (IC 95%:  $-15,98$  a  $39,88$ ) más DLD por paciente en el GI. Con la intervención cada DLD cuesta  $29,98\text{€}$ , con un ahorro de  $5,39\text{€}$  en relación con la práctica habitual. Se estimó un aumento de 0,67 en los AVAC en el GI, siendo este valor muy similar al del GC (0,66).

La relación coste-efectividad incremental ( $RCEI = \Delta\text{Cost}/\Delta\text{DFD}$ ) de la intervención grupal respecto a la atención habitual supuso un ahorro de  $29,93\text{€}/\text{DLD}$ , incluyendo tanto los costes directos como los indirectos. La relación coste-utilidad incremental ( $RCUI = \Delta\text{Cost}/\Delta\text{AVAC}$ ) de la intervención respecto a la atención habitual fue de  $35.795\text{€}/\text{AVAC}$ , es decir, se estima un ahorro de  $35.795\text{€}$

por año de vida ajustado por calidad, cuando se lleva a cabo la intervención grupal psicoeducativa en personas con depresión y comorbilidad física. La intervención grupal psicoeducativa se considera dominante.

En el análisis de sensibilidad los costes siempre son menores en el GI que en el GC, y esta diferencia de costes es mínima ( $-53,32\text{€}$ ) cuando no se tienen en cuenta los días de IT. De igual modo, las RCEI y RCUI son favorables en el GI tanto para los DLD como en los AVAC, independientemente del modelo utilizado (tabla 5).

### Discusión

Los resultados del estudio muestran que la intervención grupal psicoeducativa produce unos mejores resultados en salud que la atención habitual y a un menor coste total por paciente/año. Los resultados deben tomarse con cautela, al no presentar una significación estadística.

La intervención grupal psicoeducativa se asoció con un aumento de DLD y una disminución de los costes totales a los 12 meses de la evaluación basal. Si bien la diferencia en DLD no fue significativa entre el GI y el GC, la remisión clínica de la depresión a los 12 meses de la intervención, sí que lo fue en el estudio de efectividad ya publicado a los 12 meses<sup>14</sup>, donde se consideró la medida utilizada para la remisión de la depresión ( $\text{BDI-II} \leq 13$ ) más robusta, ya que los DLD se calcularon por estimación lineal. El coste de la intervención grupal es bajo si se compara con otro tipo de intervenciones similares dirigidas a personas con depresión y comorbilidad física<sup>24,25</sup>, lo que puede deberse a que la implementación se realizó en un entorno real, utilizando los recursos humanos, materiales y las infraestructuras ya disponibles. Aunque el coste medio por paciente/año en nuestro estudio es superior al coste medio de depresión en España<sup>6</sup>, es inferior a otros estudios similares realizados en entornos distintos, respondiendo probablemente a los diferentes modelos de salud de cada país<sup>9,26</sup>. Otras intervenciones, basadas en tecnologías de la información, también reportan datos favorables en salud a costos bajos, pero suelen ir dirigidas a población más joven<sup>27-29</sup>. No es habitual realizar evaluaciones económicas de intervenciones dirigidas a pacientes con depresión y comorbilidad física lideradas por enfermeras de AP. No obstante, existe evidencia relacionada con abordajes colaborativos dirigidos a este tipo de pacientes que obtienen un ahorro potencial de costes a largo plazo<sup>30</sup>.

La disminución del número de fármacos medio consumido por paciente en el GC respecto al GI es un hallazgo que merece su reflexión. Se estima que la poca adherencia a los tratamientos en patologías crónicas es un problema relevante que causa un aumento del gasto sanitario a largo plazo, debido a los ingresos y a las complicaciones derivadas de las patologías<sup>31</sup>. La intervención dedica un espacio dirigido a mejorar la adherencia, tanto farmacológica como no farmacológica, que podría haber influido en estos resultados. El ligero aumento en las visitas de los profesionales de AP y del CSMA podría explicarse por esa toma de conciencia de la importancia en la adherencia terapéutica.

La intervención psicoeducativa revela un menor número de días de hospitalización e IT en el GI con relación al GC, en el que también hay un descenso de hospitalizaciones, pero en menor medida. Más allá del valor económico que

**Tabla 1** Variables clínicas y sociodemográficas basales

	Global		GI		GC		p
	n = 380		n = 204		n = 176		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Variables sociodemográficas</b>							
<i>Sexo</i>							
Hombre	70	18,4	35	17,2	35	19,9	0,581
Mujer	310	81,6	169	82,8	141	80,1	
<i>Edad</i>							
Desde 50 a 69 años	204	53,7	117	57,4	87	49,4	0,150
> 70 años	176	46,3	87	42,6	89	50,6	
<i>Estudios</i>							
Sin estudios/ estudios primarios incompletos	97	25,7	47	23,2	50	28,7	0,461
Estudios primarios completos	159	42,2	88	43,3	71	40,8	
Estudios secundarios/universitarios	121	32,1	68	33,5	53	30,5	
Valores perdidos	3	0,80	1	0,5	2	1,1	
<i>Estado civil</i>							
Casado/a o en pareja	205	54,1	118	57,8	87	49,7	0,283
Viudo/a	100	26,4	49	24,1	51	29,1	
Divorciado/separado/soltero	74	19,5	37	18,1	37	21,2	
Valores perdidos	1	0,3	0	0,0	1	0,3	
<i>Situación laboral</i>							
Labores del hogar	40	10,5	25	12,3	15	8,5	0,683
Desempleado	30	7,9	15	7,2	15	8,5	
Incapacitado	37	9,7	22	10,8	15	8,5	
Jubilado	235	61,9	123	60,4	112	63,7	
En activo	38	10,0	19	9,3	19	10,8	
<b>Variables clínicas</b>							
<i>Patología crónica<sup>a</sup></i>							
Diabetes mellitus	252	66,3	134	65,7	118	67,0	0,864
Cardiopatía isquémica	51	13,4	25	12,3	26	14,8	0,571
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	60	15,8	28	13,7	32	18,2	0,295
Asma	100	26,3	63	30,9	37	21,0	0,039
<i>Gravedad de la depresión (BDI-II)</i>							
Depresión leve (BDI-II ≤ 19)	206	54,2	110	53,9	96	54,5	0,743
Depresión moderada (BDI-II ≥ 20)	174	45,8	94	46,1	80	45,5	
<i>Euroqol según dimensiones</i>							
Con problemas en la movilidad	212	55,8	118	57,8	94	53,4	0,445
Con problemas en el autocuidado	79	20,8	40	19,6	39	22,2	0,628
Con problemas en las actividades diarias	163	42,9	91	44,6	72	40,9	0,534
Con problemas de dolor	304	80,0	162	79,4	142	80,7	0,857
Con problemas de ansiedad/depresión	347	91,3	188	92,2	159	90,3	0,531
<i>Medicación prescrita</i>							
Antidepresivos	229	60,3	125	61,3	104	59,1	0,742
Ansiolíticos/hipnóticos	183	48,2	98	48,0	85	48,3	0,999
<b>BDI II (media y DS)</b>	<b>19,5 (5,2)</b>		<b>19,7 (5,2)</b>		<b>19,3 (5,2)</b>		<b>0,553</b>
<b>EVA Euroqol (media y DS)</b>	<b>56,2 (18,4)</b>		<b>55,8 (16,7)</b>		<b>56,6 (20,1)</b>		<b>0,702</b>

BDI-II: Beck Depression Inventory; EVA: escala visual analógica; GC: grupo control; GI: grupo intervención.

<sup>a</sup> Debe considerarse que algunos pacientes pueden presentar varias patologías a la vez.

supone la disminución de hospitalizaciones, hay que tener en cuenta la importancia social que se asocia a ellas, tanto para la funcionalidad del paciente como para la familia. Los costes indirectos suponen, habitualmente, la mayor partida del

total del gasto de las personas con depresión<sup>5,6</sup>. Contar con intervenciones que reducen el número de días de IT debería considerarse prioritario. Poder mantenerse activo laboralmente mejora el estigma social que supone la depresión<sup>32</sup>.

+Model  
ENFCLI-2086; No. of Pages 12

ARTICLE IN PRESS

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

Tabla 2 Media de consumo de recursos/paciente 12 meses antes y después de la evaluación basal

	12 meses antes		12 meses después		Diferencias GI 12 meses antes vs 12 meses después	Diferencias GC 12 meses antes vs 12 meses después	Diferencias entre grupos <sup>a</sup> GI vs GC 12 meses después
	GI (n = 204) media (IC 95%)	GC (n = 176) media (IC 95%)	GI (n = 204) media (IC 95%)	GC (n = 176) media (IC 95%)			
Fármacos	7,81 (7,24 a 8,38)	8,21 (7,63 a 8,79)	7,01 (6,34 a 7,70)	6,71 (5,98 a 7,44)	-0,78 (-1,34 a -0,24)	-1,50 (-2,20 a -0,82)	0,44 (-0,16 a 1,58)
Visitas médico de AP	10,20 (9,28 a 11,12)	9,78 (8,87 a 10,69)	10,92 (9,77 a 12,09)	10,21 (9,31 a 11,09)	0,72 (-0,25 a 1,70)	0,43 (-0,38 a 1,23)	0,30 (-0,95 a 1,56)
Visitas enfermera AP	9,19 (7,66 a 10,73)	8,99 (7,69 a 10,30)	12,02 (10,48 a 13,58)	11,00 (9,75 a 12,25)	2,84 (1,71 a 3,97)	2,00 (0,47 a 3,54)	0,83 (-1,06 a 2,73)
Visitas al CSMA	0,54 (0,19 a 0,88)	0,78 (0,31 a 1,26)	0,68 (0,20 a 1,15)	0,56 (0,17 a 0,96)	0,14 (-0,33 a 0,61)	-0,22 (-0,69 a 0,24)	0,33 (-0,30 a 1,02)
Visitas urgencias hospital	0,99 (0,80 a 1,18)	1,44 (1,14 a 1,73)	1,64 (0,80 a 2,48)	1,52 (0,89 a 2,14)	0,65 (-0,13 a 1,42)	0,08 (-0,55 a 0,71)	0,51 (-0,43 a 1,57)
Hospitalizaciones	0,28 (0,18 a 0,38)	0,38 (0,23 a 0,53)	0,21 (0,15 a 0,28)	0,35 (0,22 a 0,47)	-0,06 (-0,17 a 0,05)	-0,03 (-0,16 a 0,09)	0,08 (-0,19 a 0,13)
Incapacidad temporal laboral (n = 24 basal / n = 29 a los 12 meses)	12,54 (4,68 a 20,39)	10,60 (2,15 a 5,72)	13,70 (4,92 a 22,49)	16,53 (5,72 a 27,34)	1,67 (-4,77 a 7,11)	5,83 (-4,34 a 16,20)	6,01 (-7,07 a 16,60)

AP: atención primaria; CSMA: Centro de Salud Mental Adultos; GC: grupo control; GI: grupo intervención.

<sup>a</sup> Diferencias entre grupos no estadísticamente significativas (p > 0,05).



**Tabla 3** Costes directos e indirectos medios por paciente/año basales y a los 12 meses. Diferencias de costes intragrupos y entre grupos (GI y GC)

	Basales				12 meses				Dif. entre grupos <sup>a</sup>
	GI (n=204)		GC (n=176)		GI (n=204)		GC (n=176)		
	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)	Media (IC 95%)		
<b>Costes directos (euros)</b>	0	0	85,53	0	85,53	0	85,53	85,53	85,53
PS/CODEF programa	1.193,69	1.218,37	1.143,26	1.100,95	1.143,26	1.100,95	1.143,26	-117,42	123,27
Fármacos	(966,43 a 1.420,95)	(1.036,00 a 1.400,74)	(922,09 a 1.364,16)	(862,03 a 1.339,86)	(922,09 a 1.364,16)	(862,03 a 1.339,86)	(922,09 a 1.364,16)	(-329,14 a 94,30)	(-175,80 a 309,51)
Visitas médico de AP	484,55	464,47	519,01	484,71	484,71	484,71	34,46	20,24	30,36
	(440,76 a 528,33)	(421,38 a 507,57)	(463,95 a 574,07)	(442,52 a 526,90)	(463,95 a 574,07)	(442,52 a 526,90)	(-11,71 a 80,63)	(-17,89 a 58,37)	(-45,48 a 73,92)
Visitas enfermera AP	305,6	299,06	399,98	365,75	399,98	365,75	94,37	66,69	32,07
	(254,55 a 356,66)	(255,54 a 342,58)	(348,50 a 451,45)	(324,15 a 407,34)	(348,50 a 451,45)	(324,15 a 407,34)	(56,79 a 131,95)	(15,77 a 117,59)	(-35,41 a 90,77)
Visitas al CSMA	87,6	127,37	109,89	91,38	109,89	91,38	22,30	-36,00	54,46
	(31,53 a 143,66)	(50,73 a 204,01)	(30,81 a 186,98)	(26,80 a 155,94)	(30,81 a 186,98)	(26,80 a 155,94)	(-53,78 a 98,37)	(-111,86 a 39,86)	(-48,80 a 165,38)
Visitas urgencias hospital	88,81	128,92	146,85	136,06	146,85	136,06	58,03	7,13	45,68
	(71,51 a 106,10)	(102,80 a 155,06)	(71,35 a 106,10)	(79,87 a 192,26)	(71,35 a 106,10)	(79,87 a 192,26)	(-11,92 a 127,99)	(-49,66 a 63,93)	(-38,93 a 140,73)
Hospitalizaciones	595,17	810,88	459,43	738,27	459,43	738,27	-135,74	-72,61	-177,4
	(381,61 a 808,74)	(495,37 a 1.126,41)	(312,75 a 606,11)	(473,84 a 1.002,74)	(312,75 a 606,11)	(473,84 a 1.002,74)	(-367,57 a 96,08)	(-334,80 a 189,56)	(-411,99 a 285,74)
<b>Costes indirectos (euros)</b>	1.353,35	1.143,69	1.479,28	1.783,91	1.479,28	1.783,91	125,91	640,22	-514,3
Incapacidad temporal laboral (n=24 basal / n=29 a los 12 m)	(505,22 a 2.201,49)	(232,32 a 2.055,06)	(531,67 a 2.426,88)	(617,34 a 2.950,49)	(531,67 a 2.426,88)	(617,34 a 2.950,49)	(-515,78 a 767,62)	(-468,07 a 1.748,51)	(-1.791,85 a 763,24)
<b>Total costes: directos+ indirectos(euros)</b>	4.108,78	4.192,79	4.343,09	4.701,04	4.343,09	4.701,04	234,30	508,25	-273,95
	(3.162,84 a 5.054,73)	(3.185,67 a 5.199,91)	(3.269,13 a 5.417,04)	(3.396,98 a 6.005,10)	(3.269,13 a 5.417,04)	(3.396,98 a 6.005,10)	(-488,12 a 956,73)	(-711,76 a 1.728,25)	(-1.688,27 a 1.140,38)

AP: atención primaria; CSMA: Centro de Salud Mental Adultos; GC: grupo control; GI: grupo intervención.  
<sup>a</sup> Diferencias entre grupos no estadísticamente significativas (p > 0,05).

+Model

ENFCLI-2086; No. of Pages 12

## ARTICLE IN PRESS

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.

**Tabla 4** Ratio coste-efectividad y coste-utilidad incremental de la intervención grupal psicoeducativa a los 12 meses de la evaluación basal

	GI (n = 204) Media (IC 95%)	GC (n = 176) Media (IC 95%)	Diferencias entre grupos Media (IC 95%)
Costes totales (€): directos + indirectos <sup>a</sup>	4.343,09 (3.269,13 a 5.417,04)	4.701,04 (3.396,98 a 6.005,10)	-357,95 (-2.026,96 a 1.311,06)
Días libres de depresión (DLD)	144,87 (125,57 a 164,16)	132,91 (112,67 a 153,16)	11,95 (-15,98 a 39,88)
AVAC	0,67 (0,63 a 0,73)	0,66 (0,63 a 0,69)	0,01 (-0,04 a 0,05)
Cost/DLD	29,98	35,37	-29,93
Cost/AVAC	6.482,22	7.122,79	-35.795

AVAC: años vida ajustados por calidad; DLD: días libres de depresión; GC: grupo control; GI: grupo intervención.

<sup>a</sup> Los valores son medias por paciente/año.**Tabla 5** Análisis de sensibilidad a los 12 meses de la evaluación basal según diferentes modelos

	Dif. costes entre GI y GC	$\Delta$ Cost/ $\Delta$ DLD	$\Delta$ Cost/ $\Delta$ AVAC
Modelo 1	-357,95 (-2.026,96 a 1.311,06)	-29,93	-35.795,00
Modelo 2	-379,15 (-2.036,92 a 1.278,62)	-31,70	-37914,87
Modelo 3	-373,95 (-2.038,90 a 1.290,99)	-31,27	-37.395,00
Modelo 4	-53,32 (-618,35 a 511,71)	-4,46	-5.331,77

AVAC: años vida ajustados por calidad; DLD: días libres de depresión; GC: grupo control; GI: grupo intervención.

Modelo 2. Uso de coste medio para las visitas de médicos AP, resto igual.

Modelo 3. Uso de coste medio para las visitas de enfermeras AP, resto igual.

Modelo 4. Cálculo sin los costes indirectos (IT).

Si, como se muestra en algunos estudios, los costes atribuibles a la depresión superan el 1% del producto interior bruto, su correcto abordaje, además de reportar beneficios a los pacientes, también repercutirá en la productividad<sup>33</sup>. La mayoría de estudios no incluyen los costes indirectos en sus evaluaciones y es complejo poder establecer comparaciones con ellos<sup>34</sup>.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es no haber diferenciado el consumo de recursos entre las diferentes patologías crónicas y la depresión. Tampoco se ha tenido en cuenta para el análisis la situación social de los participantes. El género, o tener el cuidado de algún familiar a su cargo, quizá pudiera influir en el consumo de recursos.

Como fortalezas destacaríamos la realización del estudio en el ámbito natural de los pacientes y el liderazgo de las enfermeras de AP en la intervención grupal psicoeducativa, como profesionales de referencia.

En conclusión, la intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP para pacientes con depresión y comorbilidad física puede ser coste-efectiva con relación a la práctica habitual; se asocia a una mejora de DLD, así como a una reducción de costes a los 12 meses, aunque no alcanza la significación estadística. La intervención resultó ser dominante frente a la atención habitual. Los AVAC fueron muy similares entre grupos.

Evaluar los costes de las intervenciones que se llevan a cabo en la atención que prestamos es importante,

sobre todo, en situaciones en las que el sistema sanitario se encuentra tensionado por una falta de profesionales y teniendo en cuenta que los recursos económicos son limitados.

## Financiación

El estudio forma parte del proyecto «Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en pacientes con depresión y comorbilidad física» (Estudio PSICODEP), que ha obtenido una subvención del Instituto de Salud Carlos III dentro del Subprograma de proyectos en investigación en salud (AES 2016) (código expediente 16/01272), cofinanciado por la Unión Europea a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Anexo A. Componentes del Grup Psicodep

MI Fernández-San-Martín, J Martín-Royo, G Sauch-Valmaña, A Raya-Tena, R Casañas-Sánchez, EM Fernández-Linares, R Masa-Font, Marc Casajuana-Closas, C Cols-Sagarra,

J Mendioroz-Peña, S Gonzalez-Tejon, LM Martin-López, Q Foguet-Boreu.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfcli.2023.12.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.12.001).

### Bibliografía

1. Fernández A, Saameño JAB, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 2010;196:302-9, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074211>.
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1204-22, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9).
3. Instituto Nacional de Estadística. Estado de salud. Cifras absolutas. Enfermedades crónicas. 2017 [consultado 20 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/l0/&file=02023.px&L=0>
4. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. *J Affect Disord*. 2007;98:29-43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.017>.
5. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Fernández A, Alberti C, Sabes-Figuera R, Molina C, et al. Costs of depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord*. 2011;132:130-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.019>.
6. Vieta E, Alonso J, Pérez-Sola V, Roca M, Hernando T, Sacras-Mainar A, et al. Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: The EPICO study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;50:93-103, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.04.022>.
7. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit d'atenció primària. Dades 2017. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2018 [consultado 30 Jul 2022]. Disponible en: [https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_atencio\\_primaria\\_dades.2017.pdf](https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_dades.2017.pdf)
8. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Irso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord*. 2014;159:85-93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.021>.
9. Holst A, Ginter A, Björkelund C, Hange D, Petersson EL, Svenningsson I, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: Economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open*. 2018;8:1-9, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024741>.
10. Pla director de salut mental i addiccions. 2017 [consultado 8 Ago 2022]. Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017\\_2020.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Salut-mental-addiccions/Linies-estrategiques/estrategies2017_2020.pdf)
11. Roadset Å. Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: A systematic review. [tesis doctoral]. Noruega, 2019: Norges Arktiske Universitet.
12. Katsuki F, Takeuchi H, Inagaki T, Maeda T, Kubota Y, Shiraishi N, et al. Brief multifamily psychoeducation for family

- members of patients with chronic major depression: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18:207, <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1788-6>.
13. Casañas R, Martín Royo J, Fernández-San-Martín MI, Raya Tena A, Mendioroz J, Sauch Valmaña G, et al. Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:427, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>.
  14. Raya-Tena A, Fernández-San-martin MI, Martín-Royo J, Casañas R, Sauch-Valmaña G, Cols-Sagarra C, et al. Effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by nurses for patients with depression and physical comorbidity in primary care: Randomized clinical trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:2948, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18062948>.
  15. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, Medrano LA, González-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2022;52:3336-48, <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291720005498>.
  16. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3 Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 2005;16:121-42.
  17. Casañas R, Falder I, Fernández EM, Martín J, Moya I, Raya A. Programa de sessions grupals psicoeducatives. 2018 [consultado 2 Sep 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4597>
  18. Oblikue Consulting. Oblikue Database [consultado 3 Sep 2022]. Disponible en: <http://www.oblikue.com/bddcostes/>
  19. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100, [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
  20. Vannoy SD, Arean P, Unützer J. Advantages of using estimated depression-free days for evaluating treatment efficacy. *Psychiatr Serv*. 2010;61:160-3, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.61.2.160>.
  21. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) [consultado 28 Dic 2021]. Disponible en: [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org). doi: 10.1007/s11136-011-9903-x.
  22. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. UK: Oxford University Press; 2015.
  23. Rubin DB. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. 99th ed. Nashville, TN, EE.UU.: John Wiley & Sons; 2009.
  24. Camacho EM, Ntais D, Coventry P, Bower P, Lovell K, Chew-Graham C, et al. Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: A Markov model informed by the COINCE randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6:e012514, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012514>.
  25. Grochtdreis T, Brettschneider C, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, et al. Cost-effectiveness analysis of collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT). *Eur Psychiatry*. 2019;57:10-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.007>.
  26. Holst A, Labori F, Björkelund C, Hange D, Svenningsson I, Petersson E-L, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: 12-month economic evaluation of a pragmatic randomised controlled trial. *Cost Eff Resour Alloc*. 2021;19:e024741, <http://dx.doi.org/10.1186/s12962-021-00304-5>.

+Model

ENFCLI-2086; No. of Pages 12

## ARTICLE IN PRESS

A. Raya-Tena, M.I. Fernández-San-Martín, J. Martín-Royo et al.


27. Romero-Sanchiz P, Nogueira-Arjona R, García-Ruiz A, Luciano JV, Campayo JG, Gili M, et al. Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multicenter, three-armed randomized controlled trial conducted in primary care. *PLoS One*. 2017;12:1–15, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0172741>.
28. Hay JW, Lee PJ, Jin H, Guterman JJ, Gross-Schulman S, Ell K, et al. Cost-effectiveness of a technology-facilitated depression care management adoption model in safety-net primary care patients with type 2 diabetes. *Value Health*. 2018;21:561–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.005>.
29. Massoudi B, Holvast F, Bockting CLH, Burger H, Blanker MH. The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;245:728–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.050>.
30. Rossom RC, Solberg LI, Magnan S, Crain AL, Beck A, Coleman KJ, et al. Impact of a national collaborative care initiative for patients with depression and diabetes or cardiovascular disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;44:77–85, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.05.006>.
31. Sporinova B, Manns B, Tonelli M, Hemmelgarn B, MacMaster F, Mitchell N, et al. Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA Netw Open*. 2019;2:e199910, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9910>.
32. Hari J. *Conexiones perdidas*. Madrid: Capitan Swing; 2020.
33. Castellón Leal E, Ibern Regàs P, Gili Planas M, Lahera Forteza G, Sanz González J, Saiz Ruiz J. Management of depression in the work setting: Key recommendations. *Psiquiatr Biol*. 2016;23:112–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003>.
34. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A, Watzke B, Riedel-Heller S, Härter M, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10:1–20, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0123078>.

#### 6.4. ARTÍCULO 4

A primary care psychoeducational group intervention for patients with depression and physical comorbidity: A qualitative study with a gender perspective.

Raya-Tena, A., Martín-Royo, J., Bellido-Pérez, M., Sauch Valmaña, G., Berenguera Ossó, A., Soria-García, M. D., Ruíz-Serrano, S., Lacasta-Tintorer, N., & Jiménez Herrera, M. F. (2023). A primary care psychoeducational group intervention for patients with depression and physical comorbidity: A qualitative study with a gender perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 29(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.13157>

ISI Journal Citation Reports Ranking 2023; Nursing

Impact Factor: 1,9 - Quartile Category: 





Received: 24 May 2022 | Revised: 7 March 2023 | Accepted: 28 March 2023

DOI: 10.1111/ijn.13157

## ORIGINAL RESEARCH

INTERNATIONAL JOURNAL  
of NURSING PRACTICE

WILEY

## A primary care psychoeducational group intervention for patients with depression and physical comorbidity: A qualitative study with a gender perspective

Antonia Raya-Tena Nurse Specialist in Family and Community Care, Master of Science in Nursing Research, Master of Public Health, Registered Nurse, Community Nurse, PhD Student<sup>1,2</sup> | Jaume Martín-Royo Nurse Specialist in Family and Community Care, Registered Nurse, Community Nurse<sup>3,4</sup> | Mercedes Bellido-Pérez PhD, Registered Nurse, Geriatric Nurse Specialist<sup>5,6</sup> | Gloria Sauch Valmaña PhD, Research Nurse<sup>7,8</sup> | Anna Berenguera Ossó PhD, Professor, Psychologist<sup>4,9</sup> | M. Dolores Soria-García, Registered Nurse, Primary Care Nurse<sup>10</sup> | Sonia Ruíz-Serrano Nurse Specialist in Family and Community Care, Registered Nurse, Community Nurse<sup>11</sup> | Norma Lacasta-Tintorer Nurse Specialist in Family and Community Care, Registered Nurse, Community Nurse<sup>12</sup> | M. Francisca Jiménez Herrera PhD, Professor, Registered Nurse<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Primary Health Care Center Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Nursing Department, Faculty of Nursing, Rovira and Virgili University, Tarragona, Spain

<sup>3</sup>Unitat Bàsica de Prevenció, Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

<sup>4</sup>Unitat de Suport a la Recerca Barcelona ciutat, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPGòl), Barcelona, Spain

<sup>5</sup>Primary Health Care Center Esparreguera, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

<sup>6</sup>Department of Nursing, School of Medicine and Health Sciences, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, Spain

<sup>7</sup>Health Promotion in Rural Areas Research Group, Gerència Territorial de la Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Sant Fruitós de Bages, Barcelona, Spain

<sup>8</sup>Unitat de Suport a la Recerca Catalunya Central, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPGòl), Barcelona, Spain

### Abstract

**Objective:** To explore the experiences and emotions of individuals with depression and physical comorbidity within the context of psychoeducational group interventions led by primary care nurses in Catalunya (Spain).

**Method:** A psychoeducational group intervention was conducted in the first semester of 2019 with 13 primary care teams (rural/urban) and 95 participants with depression and physical comorbidity. The qualitative research and phenomenological perspective were based on 13 field diaries and 7 semi-structured interviews carried out with the observer nurses. The interviews were recorded and transcribed. Codes were identified by segmenting the text into citations/verbatim accounts and emerging categories/subcategories by regrouping the codes. The results were triangulated among the researchers to identify and compare similarities and differences.

**Results:** Four major themes were found: (a) gender differences; (b) coping strategies and changes observed during the intervention; (c) functions of the group as a therapeutic element; and (d) the nurses' perceptions of the group experience. Gender differences were identified in relation to experiences and emotions.

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

© 2023 The Authors. *International Journal of Nursing Practice* published by John Wiley & Sons Australia, Ltd.

<sup>9</sup>Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), Spain

<sup>10</sup>Primary Health Care Center Congrés, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

<sup>11</sup>Primary Health Care Center Adrià, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

<sup>12</sup>Primary Health Care Center Via Roma, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

#### Correspondence

Antonia Raya-Tena, Primary Health Care Center Raval Nord, Institut Català de la Salut, 08001 Barcelona, Spain.  
Email: arayat.bcn.ics@gencat.cat

#### Funding information

This study received a research grant from XB Projects in Primary Care in Barcelona of the Institut Català de la Salut. In addition, it has obtained a research award from the Catalan Association of Mental Health Nursing (ASCISAM).

**Conclusions:** As some patients acquired skills/behaviours during the intervention that helped them initiate changes and the nurses were satisfied with the intervention, it is important to include this information when planning effective interventions for patients with this profile.

#### KEYWORDS

chronic physical illness, depression, gender, nurses, primary health care, psychoeducation, qualitative research

#### Summary statement

What is already known about this topic?

- There are gender differences in the prevalence of depression.

What this paper adds?

- This study describes the experiences and emotions of women with depression and physical comorbidity within the context of psychoeducational group intervention.

The implications of this paper:

- The study provides information about the experiences and emotions of women with depression. It will be important to include this qualitative information when planning effective interventions directed at patients with this profile.

## 1 | INTRODUCTION

Depression affects more than 300 million individuals and is a frequent cause of morbidity, disability and loss of productivity (Knapp et al., 2007; Organización Mundial de La Salud, 2013). Indeed, the World Health Organization estimates that by 2030 it will represent a major worldwide health problem (Organización Mundial de La Salud, 2008). Currently, depression is one of the principal reasons for the loss of quality-adjusted life years (Fernández et al., 2010). Whilst it is present in 20% of individuals suffering from a chronic physical condition, its correct treatment has been reported to increase life expectancy and quality (Haddad, 2009). In primary care (PC), it is common to find depression in conjunction with physical comorbidity, and chronic pathologies may interfere with its diagnosis (Menear et al., 2015). It is, therefore, necessary to manage this condition with proven non-pharmacologic treatment, for instance, psychoeducational group interventions (Casañas et al., 2012, 2014; Raya Tena et al., 2015; Sandberg & Roaldset, 2019). Studies that qualitatively evaluate nursing interventions tend to provide data concerning the barriers and facilitators of their implementation, the satisfaction of the professional health workers and patients, and improvements obtained (Ashcroft et al., 2021; Clignet et al., 2017; Graves et al., 2016; Knowles et al., 2015; Rørtveit et al., 2020). In our case, we have examined the experiences and emotions of individuals who present both depression and physical comorbidity within the context of a psychoeducational group intervention. This has been achieved through the narratives of the observer nurses and their field diaries. Taking into account that the percentage of depression in women is higher than in men and that an improvement in depressive symptomatology is not necessarily accompanied by a better quality of

life (Graves et al., 2016), it is crucial that other aspects that may play a role be examined. A considerable number of authors (Bacigalupe et al., 2020; Cabezas-Rodríguez et al., 2020; Kuehner, 2017; Montesó-curto & Aguilar-Martín, 2014) have questioned the biological-genetic hypothesis regarding the increased vulnerability of women to present worse mental health. There are qualitative studies in which patients attribute the main cause of their depression to the negative events and circumstances of their lives (Pols et al., 2018). It is thus necessary to investigate which experiences or life conditions can explain such inequalities from a gender perspective.

The qualitative research presented here is nested within the PSICODEP (psychoeducation, comorbidity, and depression) study, a clinical trial that obtained favourable results for depression remission and therapeutic response in individuals who presented both this condition and physical comorbidity. The participants received a psychoeducational group intervention given by previously trained PC nurses (Casañas et al., 2019; Raya-Tena et al., 2021). Analysis of the data gathered from the nurses' diaries during the 12 intervention sessions, and their narratives regarding the individuals who attended them, can provide valuable information regarding dimensions not quantitatively researched. Such aspects may be crucial when planning interventions directed at patients with this profile.

### 1.1 | Objectives

Objectives were to investigate the experiences and emotions of individuals presenting depression and physical comorbidity with observer nurses within the context of a psychoeducational group intervention carried out by PC teams (PCT) in Catalunya (Spain). Specifically, objectives sought:

- To identify the coping strategies of the individuals receiving the intervention and the changes and behaviours adopted during its duration.
- To establish the needs perceived by the observer nurses who carried out the psychoeducational group intervention.

## 2 | METHODS

### 2.1 | Research design

A qualitative study with a phenomenological focus and deductive approximation was performed (Elo & Kyngäs, 2008). The participants' experiences were interpreted based on their life paths, their relationship with depression and the physical comorbidities they presented, and the influences that marked their lives and how they affected their decisions (Gaos, 2016; Neubauer et al., 2019).

### 2.2 | Context—The PSICODEP study

This study forms part of a wider, multi-centre study in which 27 PCT from around Catalunya (Spain) took part (Raya-Tena et al., 2021). The PSICODEP study evaluated the efficacy of a psychoeducational group intervention conducted by PC nurses for individuals with depression and physical comorbidity. The intervention was made up of 12 weekly 90-minute sessions given by two nurses (one leading the session and the other observing). The session schedules are detailed in the protocol (Psicodep, 2018). The project fieldwork was finished in the first semester of 2019.

### 2.3 | Participants

The sample units were composed of psychoeducational groups from the territories participating in the PSICODEP project. Thirteen field diaries were obtained during the intervention from the 13 rural/urban PCT. A total of 95 patients (Mean age 68.4 years, SD: 8.8) participated, and 83% were women. The sole inclusion criterion was that

the PCT provided the researchers with the diaries from all the group intervention sessions. The study also included seven semi-structured questionnaires for the nurses who had taken part as observers during the intervention. The nurses had a mean age of 47.8 years (range: 43–58) and a mean of 19 years of experience in PC. They were all women, and only one had no previous experience in carrying out group interventions (Table 1).

### 2.4 | Data collection

This was performed in two steps. First, information recorded by the observer nurse in the field diary from the 12 sessions of the psychoeducational group intervention of the PSICODEP was gathered (Psicodep, 2018). During the sessions, the observer nurses did not actively participate, and they recorded in the diaries all the contextual holistic observations: the placing of the participants in the room and their participation and interaction. The nurses also registered their perception of the participants' states of mind by observing their non-verbal language and any changes, achieved goals and emotions/experiences that the participants described. The participants were aware that they were being observed and the reasons for this, as they had been previously informed about the intervention at the commencement of the sessions.

The second step consisted of the principal investigator carrying out semi-structured interviews with the observer nurses. The interview was based on the analysis of the field diaries (Table 2). The nurses had been previously contacted by email to explain the reason for the interview and its objectives. All the interviews were recorded and transcribed during the first semester of 2021 with a licensed corporative digital platform due to the COVID-19 pandemic, with the exception of one nurse who requested a face-to-face interview.

### 2.5 | Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Institut d'Investigació en Atenció Primària Idiap Jordi Gol (code 21/056-P). A fact sheet and informed consent were sent to the

TABLE 1 Profile of participant observer nurses.

Participant	Characteristics of the nurses interviewed					Adjusted morbidity groups	Health centre area
	Age	Gender	Years in primary care	Previous experience in groups	Scope		
P1	43	Woman	18	Yes (diabetes)	Urban	1	Central Catalunya
P2	46	Woman	18	Yes (smoking cessation)	Urban	2	South metropolitan
P3	48	Woman	15	Yes (psychoeducational)	Urban	1	Barcelona city
P4	48	Woman	19	No	Urban	2	Central Catalunya
P5	56	Woman	28	Yes (psychoeducational)	Urban	1	Barcelona city
P6	47	Woman	20	Yes (expert patient)	Rural	No	Central Catalunya
P7	47	Woman	15	Yes (psychoeducational)	Rural	No	Central Catalunya



participants. Those returned by email with an appropriately encrypted signature were also included in the study. Participants were informed that taking part was voluntary, confidentiality was guaranteed, and they could leave the intervention at any given moment.

### 2.6 | Data analysis

Prior to analysis, the texts obtained with the tools employed in the data collection were prepared. With respect to the field diaries, the notes and texts that the nurses recorded during the 12 psychoeducational group intervention sessions were examined. The interviews were transcribed verbatim.

Analysis of thematic content was performed in two stages. In the first, a deductive analysis was carried out of the field diaries and any

entries which appeared were codified. All the researchers took part in this analysis in order to select those aspects to be assessed more in-depth in the interview in case they did not appear spontaneously in the narrative.

In the second stage, the interviews were analysed for qualitative content according to the methods of Graneheim et al. (2017); Graneheim and Lundman (2004). Repeated readings of the transcriptions were performed in order to become familiar with the content. This was carried out, in a similar manner, with the diaries, by identifying segmented codes in the texts in citations and verbatim accounts and the emerging categories and subcategories by regrouping the same thematic codes. Categories were compared, and significant threads that appeared were identified (Table 3).

In order to ensure data quality, the interview transcriptions were divided among the researchers so as to be analysed in pairs with a third researcher available if required.

On completion of the analysis, results were pooled with all the research teams in order to compare similarities and differences. Finally, results were triangulated with other publications and broader theoretical frameworks. Data transferability was managed with the use of direct citations in the presentation of the results. The research team strictly followed the rigorous criteria described by Lincoln and Guba (1985) as they are the best known in our context and have been previously employed by other authors (Calderon, 2009).

### 3 | RESULTS

Following data analysis, four main themes were identified: (a) gender differences; (b) coping strategies and changes observed during the group intervention; (c) the functions of the group as a therapeutic element in itself; and (d) the nurses' perceptions of the group experience.

TABLE 2 Question guide.

Initial question asked in the interview: Could you explain to me in detail a story that you remember for some reason, of all the individuals who participated in the group?
Questions to go into depth:
- What were the main ailments present in the group?
- What emotions did the group participants mainly express?
- What do you think is the reason most participants were women?
- What kind of changes do you think took place in the participants throughout the sessions?
- What has the experience of the groups meant for you, as a nurse?
- How did the group behave? What do you think it offers the participants?
- Would you like to add something else to the interview?

TABLE 3 Content analysis example.

Theme Unit of meaning (quote or verbatim)	Differences in gender		
	Code	Subcategory	Category
'I don't know, I'm still wrong and maybe men are people ... it's not that they're more assertive ... but as a condition they don't have to take care ... they don't have to do many things and maybe here, me, all my people come with prejudices ... but they may not reach these extremes of anxiety or these extremes that we women reach because socially some things are expected of us and others are expected of men' (P3)	Men do not have to take care of themselves They do not reach the extremes of anxiety that women reach Some things are expected socially and others are expected of men	Social role man/woman	Gender
'so far women have been caregivers and when they stop caring and leave the couple they don't really know how to take care of themselves and this is when depression starts right?' (P7)	Women have been caregivers They do not know how to take care of themselves	Experiences (life)	
'He was a man who never, because that, did not show part of his feelings. He was very in passing, very superficial in everything' (P2)	Man who never showed his feelings	Expression of emotions	

### 3.1 | Differences related to gender

From the participants' descriptions of their experiences, it was possible to identify gender as a differentiating feature. Whilst the female participants explained situations of care overload and lack of time to enjoy their autonomous role as women, their male counterparts frequently described the loss of role due to losing their employment and poorly expressed feelings of bereavement. Gender differences were apparent in these situations; whilst with the group, women could weep easily and freely explain intimate circumstances, the men maintained their reserve and participated much less.

'Women, ah ... housewives ... many have never had an autonomous role as a woman ... following the housewife's pattern, as a servant, with limited education (...) all or most of them came [to Catalunya] as immigrants ... arriving at the time of their parents.' (P6)

'With men we have the issue of losing their jobs or their roles (...) or the man was the breadwinner and when he lost that position, and the wife had to do it, he felt terrible! And that's what we have and creates the problem (...) It's hard for men and they feel ashamed.' (P7)

The main emotions that women displayed in the group were anhedonia and sadness; in contrast, men tended to present anger and rage. Life events, such as marrying young, taking care of a sick relative, having to leave one's hometown or beginning work at a very young age, also appeared in the observer nurses' entries.

'(...) there are people who at eight, nine, ten years were already working ... I've been working for years ... they used to say their childhood had been stolen. At those ages they were already looking after other people's children and the parents ...' (P7)

### 3.2 | Coping strategies and changes observed during the group intervention

During the first sessions, coping strategies were related to avoidance behaviours and lack of assertiveness. The participants described difficulties in setting limits and saying 'no'. Long-term consequences of a patriarchal society reappeared in which women were not used to having an opinion or making decisions, and empowerment in this regard was crucial.

'(...) we have siblings but when they are brothers they don't look after their parents, their sisters have to do it, and I think that this lack of assertiveness, of

communication with other relatives or other people definitely leads to being trapped ... not knowing how to say "no" leads to a life (...) a life of being a carer and someone who looks after others but who feels alone.' (P3)

'It's that ... Men spend little time on women. Men need to change a bit. That's to say, maybe it's necessary [for women] to be a bit more egoist and learn to say "no". Men need to know and realize that they can also do things for themselves.' (P1)

Our findings with respect to women also show a lack of skills in resolving problems, not knowing how to manage them, and presenting low self-esteem, which hinders decision-making from motivating changes. During the intervention, and increasingly as time passed, they became able to express their distress and share their problems which they felt were often common to the group. Thanks to their participation in the group, they were able to dedicate time to themselves, something they had not done before, and incorporate knowledge acquired during the sessions.

'(...) perhaps everything seemed very bleak, in a way of speaking, but they started to say well, look, let's make a deal (...) I think men have to improve, first for that of identifying themselves, they have all experienced the same (...) I saw them ... I don't know how to say ... freer.' (P1)

'(...) that nobody has listened to the men, there was no opportunity that someone would listen to you, to show what they were worried about. There was no time, we had to cook, didn't we? At home (...) we played music and they said play music at home because they said leaving home with music made them feel more relaxed' (P6)

### 3.3 | The functions of the group as a therapeutic element in itself

The group acted as a socializer and emotional catalyst. It represented a safe environment in which the expression of emotions was helped by the fact that confidentiality was a basic condition to be respected by all the participants.

'(...) what happens in the group stays there, and that is how it should be. I think he opened up because he could see he could open up, that there was trust with us and the people who were there. Knowing that you're not going to be on trial. That there're going to be no judgements of value ... Nobody is going to criticize or anything like that.' (P2)

'(...) I feel [women] are very alone sometimes and the fact that they can get together and end up forming a group like a second family, in a safe environment where you know you can talk about things and you know that it will stay there ... it's a place that's not home, it's a marvelous environment, and a very protected space.' (P7)

Sharing experiences and common problems generated empathy and cohesion among the group members. Solidarity, mutual support, trust and the links formed during the intervention represented strong points that helped to move forward. Distinct perspectives on the same problem encouraged the participants to explore different ways to follow the advice given by the others.

'The women see it as a place to find themselves, to talk, to solve problems and specially to have company (...) together they form a tightly-knit group. They made a group and gave a mobile phone (...) and they said: if that happened to me I'd do it differently ...(...) as if you meet people the same as you and say ... well, see? I'm not the only one.' (P1)

'Bonds were made, especially with the group and they said now what? Now that we do this each week? We speak and laugh here and explain our problems, and now what are we going to do?' (P4)

### 3.4 | The nurses' perceptions of the group experience

The observer nurses perceived the group intervention as a useful tool to be developed autonomously within their professional role with prior training. They felt personal satisfaction and mutual learning with the group.

'(...) I believe I learnt from them. It was a nice experience because we shared many sentiments and experiences, it was enriching and as a nurse I think it would be good to implement it.' (P4)

'Helping people to express everything they have experienced and relate to it a little, bring it out (...) we have to encourage them to believe in themselves in order to be able to decide. To know what they have to do. That they learn to cope. That they don't depend on what you have to say to them ... that they learn for themselves.' (P6)

The main difficulties identified were: having to closely follow the intervention protocol, not previously knowing the group participants as the selection was blinded, and, as observers, not being able to actively participate.

'It's that the selection of the group and the distribution in groups was done by the professionals, and we didn't really know any of the participants (...) there was quite a difference among the patients, which is good, isn't it?' (P2)

'(...) having to be in the study and follow it "to the letter", all the structure was a bit complicated.' (P3)

'Watching from outside is good because you see a perspective from outside and perhaps you see something a bit different (...) The problem is that you can't intervene and that's hard, I found it difficult not to say anything.' (P1)

Proposed areas of improvement included holding the psychoeducational group intervention sessions out of the PC centres so that other population groups could attend, incorporating administrative staff to carry out bureaucratic procedures, and working more closely with referral psychologists to resolve doubts and give support to the intervention.

## 4 | DISCUSSION

Our study findings related to the experiences and emotions of individuals who present depression and physical comorbidity within the context of a psychoeducational group intervention are of interest. The results provide valuable information concerning patient coping strategies and the therapeutic functions of the group. The research enhances the health professionals' vision of the patients' experiences and their own participation in the intervention.

Gender differences were apparent in the female participants' discourse. They were communicated as a perception of care overload and in the expression of emotions, gender roles and life events. Previous studies have reported differences in depression in men and women (Girgus et al., 2017; Haroz et al., 2017). Certain behaviours, generally associated with feminine characteristics, such as weeping, emotional lability and the need to explain so as to obtain external validity, can all favour the diagnosis of depression in women. In contrast, aggressive and individualistic behaviours, and poor emotional expressivity are considered more typical of men (Benedicto, 2018). According to Carmen Valls (2020), the patriarchal definition of femininity and masculinity places a burden upon the bodies of both men and women. The female body is destined for the care of others and becomes ill due to the overload that it has been socially assigned. In contrast, the male one is dominated by self-control which it cannot escape and which does not permit sentiments to be expressed as men are expected to demonstrate strength.

Over the years, feminist theory has supported the notion that attributing domestic tasks and caregiving to women is one of the greatest gender inequalities (López & Padilla, 2017). Diagnosis of depression and consumption of antidepressants are more frequent in

women than in men, and such social conditioning could be one of the causes. A recent systematic review studied beliefs about depression in patients with chronic pathologies. It found that most participants attributed their depressive state to negative life events and stress rather than the biomedical model (Alderson et al., 2012).

With respect to coping strategies and the changes observed during the group intervention, the participants went from presenting avoidance behaviours and difficulties to set limits, which, according to Lázarus and Folkman (1986), may attenuate the perception of threat but not lead to solutions, to improving confrontation by putting into practice skills acquired during the sessions. Carrying out techniques such as problem-solving, cognitive restructuring and improving self-care represent mechanisms that can help an individual overcome crisis situations. In this sense, interventions in which PC nurses employed psychological skills in patients with diabetes mellitus led to patient empowerment for the self-control of their chronic pathology (Graves et al., 2016). Other studies described that group relaxation and awareness activities had a potentiating effect on reducing discomfort (Ortega Maldonado & Salanova Soria, 2016).

In contrast to individual interventions, our group format provided additional therapeutic advantages. For instance, social support, the feeling of belonging to a group and problems common to the participants (Guimón, 2003). Other studies have placed particular emphasis on the relationship between trust and support that the nurse can provide and which is a key element in accessibility to mental health services and patient satisfaction (Ashcroft et al., 2021; Barley et al., 2012). This issue also appeared in the nurses' narratives, trust and the relationships established with the group participants was a crucial aspect.

The interviewed nurses felt capable of carrying out this type of intervention and were satisfied with its development and results. Prior training is, however, fundamental for the early detection and efficient management of individuals with depression and physical comorbidity (Albougami et al., 2021). A number of studies have identified the PC nurse as being the most suitable health professional for the diagnosis, follow-up, and support of these individuals, irrespective of providing scaled attention models or conducting psychoeducational group interventions (Aragonés et al., 2012; Li et al., 2019; Svenningsson et al., 2018). In concordance with other authors, the nurses did, nevertheless, mention certain difficulties, such as the lack of flexibility in the implementation of the study design (Richter-Sundberg et al., 2015). The PC health professionals thought coordination with medical specialists (MS) and their supervision was necessary so as to reduce the emotional burden that such interventions can represent (Roberge et al., 2016; Webster et al., 2016). Some studies have reported that the relationship between PC professionals and MS is beneficial when it is one of collaboration and not substitution when attending to the emotional distress of individuals with physical comorbidities (Knowles et al., 2015; Pons et al., 2020; Roberge et al., 2016).

It was surprising that the nurses' narratives did not mention the patients' chronic pathologies. Such a finding indicates what really concerns the individual and is considered most important. All the

interviewed nurses fulfilled the criteria of expert nurses according to Patricia Benner's (1982) theory. This states that health professionals intuitively understand situations and focus on the core of the problems. According to Benner, expert nurses remember valuable information which they incorporate into their knowledge and apply to patient care.

#### 4.1 | Limitations

The main limitation of the study is that we did not interview the patients participating in the group intervention. Moreover, by including different profiles, other findings may have been obtained. Finally, gathering data through a third party can lead to an information bias.

### 5 | CONCLUSIONS

The present study demonstrated gender differences regarding the experiences and emotions of the participants in this psychoeducational group intervention conducted by PC nurses. With respect to coping strategies, changes in some patients were observed during the intervention. Participants acquired more effective skills and behaviours, which helped diminish their discomfort.

The nurses felt satisfied with the psychoeducational group intervention. They considered that the MS teams are necessary to resolve any doubts that may arise during the intervention and provide support.

The study provided information on the experiences and emotions of women with depression. It will be important to include this qualitative information when planning effective interventions directed at patients with this profile.

#### AUTHORSHIP STATEMENT

*Conceptualization, methodology and formal analysis:* AR-T, JM-R, MB-P, GS-V and ABO. *Investigation:* AR-T, JM-R, MB-P, GS-V, ABO, MDS-G, SR-S, NL-T, and MFJH. *Resources and data curation:* AR-T and JM-R. *Writing—original draft preparation:* AR-T, JM-R, MB-P, GS-V and ABO. *Writing—review and editing:* AR-T, JM-R, MB-P and GS-V. *Visualization:* AR-T, JM-R, MB-P, GS-V, ABO, MDS-G, SR-S, NL-T, and MFJH. *Supervision:* MFJH. *Project administration:* AR-T. *Funding acquisition:* AR-T, JM-R and MDS-G. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

#### ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to express our gratitude to M<sup>a</sup> Isabel Fernández San Martín, PhD in Preventive Medicine and Public Health, for her public health vision, and M<sup>a</sup> José Fernández Sanmamed, an expert in Qualitative Research Methodology and Medical Specialist in Family and Community Medicine, for her critical review of the content.

#### CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

All authors declare that they have no competing interests.

### ETHICAL APPROVAL

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Institut d'Investigació en Atenció Primària Ildiap Jordi Gol (code 21/056-P). A fact sheet and informed consent were sent to the participants. Those returned by email with an appropriately encrypted signature were also included in the study. Participants were informed that taking part was voluntary, anonymity was guaranteed, and they could leave the intervention at any given moment.

### DATA AVAILABILITY STATEMENT

I declare to make the investigation data available to the editor if necessary.

### ORCID

Antonia Raya-Tena  <https://orcid.org/0000-0003-0789-7888>

### REFERENCES

Albouqami, A. S. B., Almazan, J. U., Stitt, N. P., Cruz, J. C., Colet, P., & Adolfo, C. S. (2021). Challenges of nurses and care management of depressed older adults: a narrative literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 710–721. <https://doi.org/10.1111/scs.12908>

Alderson, S. L., Foy, R., Gidewell, L., McLintock, K., & House, A. (2012). How patients understand depression associated with chronic physical disease—A systematic review. *BMC Family Practice*, 13(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-41>

Aragonés, E., Lluís Piñol, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., María Hernández, J., Badia, W., & Folch, S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.020>

Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A., & McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health Expectations*, 24, 1169–1178. <https://doi.org/10.1111/hex.13242>

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

Barley, E. A., Haddad, M., Simmonds, R., Fortune, Z., Walters, P., Murray, J., Rose, D., & Tylee, A. (2012). The UPBEAT depression and coronary heart disease programme: Using the UK medical research council framework to design a nurse-led complex intervention for use in primary care. *BMC Family Practice*, 13(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-119>

Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607–625. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.

Cabezas-Rodríguez, A., Bacigalupe, A., & Martín, U. (2020). Diagnosis and treatment of depression in Spain: Are there gender inequalities? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249232>

Calderon, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative*

*Sozialforschung/Forum: Qualitatives Social Research*, 10(2), 17. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>

Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 230. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-230>

Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 145–146. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000100009>

Casañas, R., Martín Royo, J., Fernandez-San-Martín, M. I., Raya Tena, A., Mendioroz, J., Sauch Valmaña, G., Masa-Font, R., Casajuana-Closas, M., Fernandez Linares, E. M., Cols-Sagarra, C., Gonzalez Tejón, S., Foguet-Boreu, Q., & Martín Lopez, L. M. (2019). Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1), 427. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>

Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2017). A qualitative evaluation of an inpatient nursing intervention for depressed elderly: The systematic activation method. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 280–288. <https://doi.org/10.1111/ppc.12177>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Fernández, A., Saameño, J. Á. B., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Autonell, J., Palao, D., Salvador-Camila, L., Campayo, J. G., Haro, J. M., & Serrano, A. (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 302–309. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074211>

Gaos, J. (2016). *Introducción a el ser y el tiempo de Martin Heidegger*. Fondo de cultura económica.

Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C. V. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics (Basel)*, 2(4), 35. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graves, H., Garrett, C., Amiel, S. A., Ismail, K., & Winkley, K. (2016). Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences. *Primary Care Diabetes*, 10(5), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.03.001>

Guimón, J. (2003). *Manual de terapia de grupos. tipos, modelos y programas*. Biblioteca nueva.

Haddad, M. (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1411–1414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.007>

Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., Burkey, M. D., & Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science and Medicine*, 183, 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.030>

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

- Knowles, S. E., Chew-Graham, C., Adeyemi, I., Coupe, N., & Coventry, P. A. (2015). Managing depression in people with multimorbidity: A qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. *BMC Family Practice*, 16(32), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0246-5>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Li, H., Ge, S., Greene, B., & Dunbar-Jacob, J. (2019). Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.007>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- López, V., & Padilla, J. (2017). *Salubrisimo o barbarie*. Atrapasueños.
- Meneer, M., Doré, I., Cloutier, A. M., Perrier, L., Roberge, P., Duhoux, A., Houle, J., & Fournier, A. (2015). The influence of comorbid chronic physical conditions on depression recognition in primary care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(4), 304–313. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.016>
- Montesó-curto, P., & Aguilar-martin, C. (2014). Atención Primaria Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Atencion Primaria*, 46(3), 167–168. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La carga mundial de morbilidad: actualización de 2004*. Organización Mundial de la Salud. Available from: [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Ortega Maldonado, A., & Salanova Soria, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Ágora De Salud*, 3, 285–293. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.30>
- Pols, A. D., Schipper, K., Overkamp, D., van Marwijk, H. W. J., van Tulder, M. W., & Adriaanse, M. C. (2018). Patients' and practice nurses' perceptions of depression in patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease screened for subthreshold depression. *BMC Family Practice*, 19(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0870-y>
- Pons, G., Robles, I., Serrano, E., & Zapater, F. (2020). *Al voltant del model d'atenció a la salut mental a l'atenció primària*. Fórum Català d'Atenció Primària. La Contra-gràfica.
- Psicodep E. (2018). Programa de sessions grupals psicoeducatives. Available from: [http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/protocol\\_sesions\\_psicoeducatives.pdf](http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/protocol_sesions_psicoeducatives.pdf)
- Raya Tena, A., Falder Serna, I., Fernández Linares, E. M., & Casañas Sánchez, R. (2015). Impacto de una intervención grupal psicoeducación para pacientes con depresión leve/moderada en las consultas de Atención Primaria. *Revista Rol de Enfermería*, 38(10), 698–702.
- Raya-Tena, A., Fernández-San-martin, M. I., Martin-Royo, J., Casañas, R., Sauch-Valmaña, G., Cols-Sagarra, C., Navas-Mendez, E., Masa-Font, R., Casajuana-Closas, M., Foguet-Boreu, Q., Fernández-Linares, E. M., Mendioroz-Peña, J., González-Tejón, S., Martín-López, L. M., & Jiménez-Herrera, M. F. (2021). Effectiveness of a psychoeducational group intervention carried out by nurses for patients with depression and physical comorbidity in primary care: Randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062948>
- Richter-Sundberg, L., Nyström, M. E., Krakau, I., & Sandahl, C. (2015). Improving treatment of depression in primary health care: a case study of obstacles to perform a clinical trial designed to implement practice guidelines. *Primary Health Care Research & Development*, 16(2), 188–200. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000243>
- Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beauhieu, M. C., Benoit, A., Brouillet, H., Boulianne, I., De Pauw, A., Frigon, S., Gaboury, I., Gaudreault, M., Girard, A., Giroux, M., Grégoire, É., Langlois, L., Lemieux, M., Loignon, C., & Vanasse, A. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: The perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0531-y>
- Rørtveit, K., Saetre Hansen, B., Joa, I., Lode, K., & Severinsson, E. (2020). Qualitative evaluation in nursing interventions—A review of the literature. *Nursing Open*, 7(5), 1285–1298. <https://doi.org/10.1002/nop.2519>
- Sandberg, H., & Roaldset, Å. (2019). Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: A systematic review. [Mater Thesis]. Norges Arktiske Universitet. <https://hdl.handle.net/10037/15371>
- Svenningsson, I., Udo, C., Westman, J., Nejat, S., Hange, D., Björkelund, C., & Pettersson, E.-L. (2018). Creating a safety net for patients with depression in primary care: a qualitative study of care managers' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 355–362. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1529018>
- Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitan Swing.
- Webster, L. A. D., Ekers, D., & Chew-Graham, C. A. (2016). Feasibility of training practice nurses to deliver a psychosocial intervention within a collaborative care framework for people with depression and long-term conditions. *BMC Nursing*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0190-2>

**How to cite this article:** Raya-Tena, A., Martín-Royo, J., Bellido-Pérez, M., Sauch Valmaña, G., Berenguera Ossó, A., Soria-García, M. D., Ruiz-Serrano, S., Lacasta-Tintorer, N., & Jiménez Herrera, M. F. (2023). A primary care psychoeducational group intervention for patients with depression and physical comorbidity: A qualitative study with a gender perspective. *International Journal of Nursing Practice*, e13157. <https://doi.org/10.1111/ijn.13157>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 7 DISCUSIÓN

---

Evaluar las intervenciones que realizan las enfermeras en AP no es una práctica frecuente. En nuestro estudio, se evalúa la efectividad, el coste-efectividad y coste-utilidad de una intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP para pacientes con depresión y comorbilidad física mediante un ensayo clínico aleatorizado. Los resultados cuantitativos de la investigación se complementan con el análisis cualitativo de las narrativas de las enfermeras que llevaron a cabo la intervención grupal. En el estudio cualitativo se muestran hallazgos interesantes relacionados con las vivencias de las personas que presentan depresión y comorbilidad física, la experiencia propia de la enfermedad, las estrategias de afrontamiento utilizadas por las participantes, así como la función terapéutica que ejerce el propio grupo. Por otro lado, el estudio cualitativo aporta también la visión de las profesionales en relación a las vivencias de los pacientes y a su propia participación en el grupo en el contexto de la intervención grupal psicoeducativa.

En el análisis de los datos se ha incorporado la perspectiva de género siempre que ha sido posible. Nos pareció importante mantener esta perspectiva dada las diferencias en la prevalencia de los diagnósticos de depresión entre hombres y mujeres y el contenido de los relatos que se exponían en los grupos.

### 7.1. CALIDAD DE VIDA

En el estudio de calidad de vida se evidenció como la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres con depresión y comorbilidad física fue peor que la de los hombres. Podrían influir en estos resultados las diferencias muestrales entre hombres y mujeres, y el porcentaje mayor de mujeres que presen-



taban depresión moderada versus el mayor porcentaje de hombres que tenían depresión leve. Sin embargo, al ajustar los resultados por la gravedad de la depresión, éstos se mantuvieron.

Los porcentajes en las diferentes dimensiones del EQ-5D-5L fueron superiores en las mujeres que en los hombres en el autocuidado, las actividades cotidianas, el dolor y la ansiedad/ depresión, estas diferencias presentaron significación estadística. De igual modo, las diferencias entre géneros fueron estadísticamente significativas cuando se expresó el resultado mediante el EQ-Health índice. Los resultados de la EVA no mostraron significación.

Estudios realizados con población general, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, explican que el porcentaje de personas sin problemas en las áreas de movilidad, autocuidado, actividades cotidianas y ansiedad/ depresión se mantienen sin diferencias de género hasta el grupo de 45-54 años; a partir de esa edad las diferencias entre género aumentan (Hernández et al., 2018). Este mismo estudio muestra como el porcentaje de problemas que tienen las mujeres mayores de 55 años, en las diferentes dimensiones del EQ-5D-5L, es siempre superior que el de los hombres y el de la población general.

La población que se incluyó en nuestra investigación, personas  $\geq 50$  años con depresión y comorbilidad física, presentan igualmente diferencias, siendo siempre mayor el porcentaje de problemas en mujeres que en hombres. La diferencia mayor tiene lugar en el porcentaje de personas que presentaban problemas a la hora de realizar las actividades cotidianas siendo el 22,5% de los hombres y el 47,6% de las mujeres. En el estudio de Hernández, la población general presentó una valoración en el índice del EQ-5D-5L por encima del valor de nuestra muestra: 0,849 en hombres mayores de 55 años versus 0,757 en mujeres, ante el 0,747 en hombres y 0,656 en mujeres de nuestro estudio. El estudio de Arrospide, mostró en población mayor de 50 años, un índice del EQ-5D-5L peor en mujeres que en hombres en todas las patologías crónicas (Arrospide et al., 2019).

El observatorio de salud de la Generalitat de Catalunya, a partir de la Encuesta de salud en el año 2022 en mayores de 15 años, afirmó

igualmente que la percepción de salud en la población general fue peor en mujeres que en hombres y que ésta empeora con la edad, siendo la diferencia entre sexos creciente a partir de los 45 años, siempre en perjuicio de las mujeres. El informe considera que existe un gradiente social en la percepción de salud, disminuyendo a medida que el nivel de estudios es más bajo (Dep Salut. Barcelona. Enquesta de Salut de Catalunya, 2022). En nuestros resultados no hubo diferencias significativas entre el nivel de estudios y presentar problemas en las dimensiones del EQ-5D-5L.

Encontramos estudios en los que se analizó la CVRS en relación al buen manejo de la patología crónica en los que desapareció esa diferencia asociada al género, siendo dependiente de un mejor control en la patología crónica (Hernández et al., 2018; Aro et al., 2017; Esquinas et al., 2020). Todos ellos son estudios que se centraron en la patología sin tener en cuenta que la mejoría en el control de los síntomas podía responder a condicionantes sociales que favorecieran ese buen control. Orfila, en su estudio realizado en ancianos, concluyó diciendo que la discapacidad y la limitación funcional son las que explicarían la relación con una mejor o peor calidad de vida y no las diferencias de género en la percepción de CVRS (Orfila et al., 2006).

Siguen siendo muy escasos los estudios con datos relevantes en cuanto a patologías crónicas, depresión y calidad de vida en el ámbito de la AP desde una perspectiva de género. Las connotaciones que la sociedad atribuye al rol de ser mujer y cuidadora podrían repercutir de manera negativa en la calidad de vida de éstas. Estos condicionantes aparecen como relevantes en los resultados obtenidos en las dimensiones del EQ-5D-5L de la investigación realizada, donde las diferencias entre hombres y mujeres son mayores.

## 7.2. EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN

Nuestra investigación tiene como principal objetivo evidenciar la efectividad de la intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP para pacientes con depresión y comorbilidad física. Los resultados demuestran que la intervención grupal psicoe-

educativa produce una mayor remisión en los pacientes con depresión y comorbilidad siendo un 12% superior en el GI respecto al GC. La intervención tuvo un efecto en la respuesta terapéutica de la sintomatología depresiva al menos en un 50% a corto plazo, puesto que se observó una respuesta positiva en el GI en la evaluación post-intervención (4 meses) pero no en la que se realizó a los 12 meses. Estos resultados indican que se trata de una intervención eficaz a corto plazo para la disminución de sintomatología y a largo plazo para la remisión de la depresión.

En los subgrupos de gravedad de la depresión (leve y moderada) del GI, la remisión sigue siendo mayor a los 12 m y la respuesta a los 4 m de manera estadísticamente significativa en ambos subgrupos. Sin embargo, en el subgrupo de depresión moderada la mejora del 50% de la sintomatología se incrementó de manera significativa a largo plazo permaneciendo hasta los 12 m mientras que no se mantuvo en el subgrupo de depresión leve en el que el incremento fue similar al del GC. El metaanálisis de Cuijpers considera eficaces tanto la activación conductual como la TCC en personas con depresión leve a modo preventivo, evitando que desarrollen síntomas graves en un futuro (Cuijpers et al., 2019) tal y como se constató también en los resultados de nuestro estudio.

Encontramos resultados similares en cuanto a efectividad en los trabajos de Casañas (Casañas et al., 2014) en los que también se observó la remisión de la depresión en el GI, con una intervención grupal muy similar a la nuestra realizada por enfermeras de AP. En su investigación la intervención iba dirigida a personas con depresión en población general con una media de edad de 53 años, bastante inferior a la nuestra que fue de 68 años. Los porcentajes de remisión de la depresión en el estudio de Casañas fueron para los participantes con depresión leve del 57% a corto plazo versus el 63% del nuestro. Cuando la remisión se comparó en este grupo de pacientes a largo plazo, nuestros resultados fueron similares a los de Casañas con un 66% y un 65% respectivamente. En el grupo de pacientes con depresión moderada, la remisión conseguida en el GI es inferior en el estudio de Casañas con relación al nuestro: 24% versus 37% a corto plazo y 29% versus 39% a largo plazo.

Existen experiencias colaborativas entre diferentes niveles asistenciales que se mostraron efectivas en la mejoría de síntomas depresivos en adultos mayores con depresión y diabetes o enfermedad cardiovascular tal y como se recoge en una revisión sistemática realizada por Kastner et al (Kastner et al., 2018). Otro trabajo incorporó intervenciones con paquetes mixtos de TCC y ejercicio físico realizado en la comunidad, obteniendo una remisión de la depresión en el 71% de los pacientes con depresión y DM (De Groot et al., 2019). Un estudio realizado también en AP aplicando TRP impartida por estudiantes de último año de medicina, previa formación con psiquiatras obtuvo una disminución significativa en la puntuación del BDI-II en pacientes con depresión y diabetes mellitus (Villamil-Salcedo et al., 2018). Nuestra intervención incluía psicoeducación relacionada con la depresión y educación sanitaria para las diferentes comorbilidades que presentaban los participantes. Se hizo hincapié en los hábitos de vida saludables: alimentación, actividad física y descanso. Este enfoque mixto se ha demostrado eficaz en otros estudios, principalmente en pacientes con DM (De Groot et al., 2019; Moncrieft et al., 2016). Por el contrario, otros programas de atención escalonada para personas con depresión leve, impartidos también por enfermeras, en los que tan solo se incluía la TRP en pacientes con DM y CI no obtuvieron resultados significativos de la intervención en relación a los síntomas depresivos (Pols et al., 2017). Es posible que el formato grupal de nuestra intervención influyera en los resultados positivos de la misma. Una investigación más reciente (Aguilar-Latorre et al., 2022) realizada en un entorno similar al nuestro y dirigida a personas con depresión y una media de cuatro comorbilidades crónicas también obtuvo una mejoría significativa en la puntuación del BDI-II en comparación a la atención habitual de este tipo de pacientes y esos resultados se mantuvieron en el tiempo durante 6 meses. La intervención, más breve que la nuestra, con seis sesiones de 90 minutos de duración y un contenido similar basado en la psicoeducación, la activación conductual, la actividad física, el descanso nocturno y la alimentación equilibrada concluyó diciendo que las intervenciones basadas en la mejora de los hábitos saludables de personas con depresión disminuyen la sintomatología depresiva. Este tipo de intervenciones pueden ser realizadas de manera plausible por enfermeras previa formación o

bien en colaboración con las psicólogas que dan soporte en los EAP actualmente.

En cuanto al objetivo secundario, la calidad de vida no mejoró significativamente al remitir la depresión. Si bien se observa un incremento en las puntuaciones globales de la EVA en el GI tras la intervención, no hay significación estadística cuando se compara con los valores de la EVA en el GC. Esto podría justificar que intervenciones dirigidas a mejorar la depresión en personas con comorbilidad física no tienen un efecto significativo en la calidad de vida. Así mismo, intervenciones realizadas en la AP en pacientes con un perfil muy similar al de nuestro estudio, dirigidas a promover el apoyo y la participación social en personas mayores con una mala autopercepción de salud tampoco obtuvieron mejoras en la calidad de vida de las mismas (Blancafort et al., 2021). La CVRS sería un concepto más complejo, relacionado con los condicionantes sociales tal y como se ha apuntado al inicio de la discusión y según los resultados obtenidos en el estudio descriptivo inicial sobre calidad de vida de la muestra total de pacientes.

Teniendo en cuenta que la enfermera comunitaria es la profesional que mayoritariamente realiza el seguimiento de pacientes con patologías crónicas en la AP, formar a estas profesionales para realizar la intervención grupal sería una manera eficaz de tratar la depresión como una comorbilidad más entre este tipo de pacientes. Hay estudios que apoyan la capacidad de las enfermeras del AP, previa formación en salud mental, para identificar, evaluar y gestionar el riesgo de la salud mental de los pacientes con patologías crónicas dentro de una atención colaborativa (Schlicht et al., 2013).

El estudio de Aragonés et al (Aragonès et al., 2012) en el que las enfermeras se encargaban del seguimiento clínico de los pacientes, fomentando la adherencia al tratamiento y proporcionando asistencia psicoeducativa a los pacientes del GI y sus familias, también obtuvo resultados favorables en relación a la remisión y respuesta en la depresión.

En un trabajo cualitativo que exploraba las percepciones de los pacientes con depresión y comorbilidad física, como la DM y CI, y de

las enfermeras de AP que los atendían, se objetivó la dificultad de estos pacientes para solicitar ayuda de manera activa y la baja percepción de necesidad de cuidados relacionados con la depresión por parte de las enfermeras (Pols et al., 2018).

Una revisión de literatura narrativa investigó la gestión del cuidado de las enfermeras hacia las personas mayores con depresión así como las barreras que podrían impedir que las enfermeras implementaran con éxito esos cuidados. Señalaban que la dificultad a la hora de pedir ayuda de los pacientes era consecuencia de considerar el estado de ánimo deprimido algo normal en las personas mayores. La revisión también identificaba como barreras la dificultad de las profesionales para realizar un correcto diagnóstico, la falta de conocimientos en el manejo de la depresión y la elección del tratamiento farmacológico como primera opción en personas mayores (Albougami et al., 2021). En nuestro estudio, la prescripción de fármacos antidepresivos y ansiolíticos no se vio reducida en el GI, a pesar de la remisión de la depresión que muestran los resultados y sufrió un ligero incremento en el GC. Otro estudio realizado en el ámbito de la AP a nivel nacional, en el que la intervención fue llevada a cabo por psicólogos en 22 EAP, arrojó resultados similares en cuanto al consumo de fármacos; todo y obtener resultados muy positivos en la remisión de la depresión en el GI en relación al GC con diferencias significativas entre los grupos a largo plazo, el consumo de fármacos se mantuvo en el GI a los 12 meses de finalizar la intervención y aumentó en el GC (Cano-Vindel et al., 2022). Este dato invita a reflexionar acerca de la preferencia que tienen los médicos de AP por instaurar tratamientos antidepresivos y las reticencias a retirarlos a largo plazo todo y la mejoría del paciente. Estas preferencias en la elección del tratamiento se alejan de las de los propios pacientes que se muestran más a favor de realizar algún tipo de psicoterapia para tratar la depresión antes que recibir un tratamiento farmacológico (Dorow et al., 2018).

La evaluación del estado de ánimo de los pacientes debe formar parte de la práctica clínica habitual de las profesionales. La confianza y vínculo que se establece entre las pacientes que padecen patologías crónicas y sus profesionales (médico/a o enfermera/o) de

referencia, debería ser un facilitador para que éstos expresaran sus emociones y pudieran identificarse malestares del estado de ánimo como la depresión tal y como se expone en algunos estudios (Borglin et al., 2019; Clignet et al., 2017; Girard et al., 2017). La falta de búsqueda de ayuda por parte del paciente puede responder al estigma y connotaciones negativas que la depresión sigue teniendo en nuestra sociedad, necesitando tiempo para poder hablar y reflexionar sobre su estado de ánimo. El estigma que todavía hoy se asocia a la depresión, la falta de conciencia y las pocas posibilidades de atender el malestar emocional por la escasa formación que algunas enfermeras pueden tener en el manejo de la misma, son barreras que podrían salvarse con formación e intervenciones como las de nuestro estudio, favoreciendo así el correcto abordaje de los pacientes con un perfil similar al de los incluidos en el estudio.

La tasa de abandonos en nuestro estudio fue inferior a la de otros trabajos realizados con pacientes con características similares (Blancafort et al., 2021; Casañas et al., 2012). Sin embargo, la asistencia a las sesiones fue moderada con una media de 7 sesiones sobre un total de 12, siendo los que asistieron a más de 8 sesiones los que obtuvieron mejores resultados en la remisión de la depresión. Es posible que las condiciones de salud de los participantes con comorbilidades influyeran en la asistencia. Estos pacientes frecuentemente tienen malestares que les indisponen para desplazarse y asistir a visitas concertadas fuera de sus domicilios. Existen experiencias de terapia breve con un número inferior a 9 sesiones de las diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento de la depresión (Cuijpers et al., 2020). Otras modalidades de psicoeducación en formato de grupo abierto, para pacientes con depresión mayor, realizados en ámbitos hospitalarios han puesto en relevancia la satisfacción de los pacientes con el apoyo recibido por parte del grupo, su efecto favorable en la sensación de autoeficacia y la disminución del estigma (Weiner et al., 2018), son aspectos que también verbalizaron los participantes de nuestra intervención y que se recogen en el análisis de la fase cualitativa de nuestro estudio.

La llamada telefónica de soporte realizada a los 6m probablemente influyó en los buenos resultados obtenidos a largo plazo y pudiera

justificar las diferencias obtenidas con relación al estudio de Casañas (Casañas, 2012). Existen experiencias telemáticas eficaces en el manejo de la depresión en pacientes con comorbilidades físicas que han sido valoradas muy satisfactoriamente por sus participantes (Newby et al., 2017; Wu et al., 2018). Este tipo de intervenciones podrían ser una alternativa cuando los desplazamientos a los centros de salud son complicados o bien en países en los que los presupuestos en temas de salud sean más reducidos. Un meta-análisis que evaluaba la eficacia de la TCC en línea guiada y no guiada frente a otros tipos de intervenciones para tratar la depresión presentó tasas de adherencia media muy similares a las nuestras, del 76% en el caso de la TCC guiada (Karyotaki et al., 2021). La respuesta de los pacientes de la intervención guiada en línea fue del 48% que es un valor cercano al obtenido en nuestro estudio a los 12 meses. En los últimos años y debido a la pandemia, han proliferado las intervenciones que utilizan los medios de comunicación online para abordar problemas de salud mental (Jackson-Triche et al., 2020). Poder mantener un manejo eficaz en relación a la depresión y sus patologías físicas asociadas mediante intervenciones similares a la nuestra, adaptadas telemáticamente, sería una solución interesante que habría que estudiar y explorar en el futuro. Sin embargo, existe cierta controversia sobre el efecto de las intervenciones de e-salud en la atención de la depresión en AP, mostrando beneficios discretos según el meta-análisis de Massoudi (Massoudi et al., 2019).

### 7.3. COSTE-EFECTIVIDAD Y COSTE-UTILIDAD

El gasto sanitario se ha visto disparado con la pandemia de Covid-19, por lo que gana importancia incorporar intervenciones que posiblemente tengan un mejor ratio coste-efectividad. La depresión supone una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad lo que supone un gran coste para la salud de las personas y los sistemas de salud (Abbafati et al., 2020; Christensen et al., 2020). Los resultados de nuestro estudio muestran que la intervención grupal psicoeducativa produce unos mejores resultados en salud que la atención habitual y a un menor coste



total por paciente/año. Los resultados, sin embargo deben tomarse con cautela. La intervención grupal psicoeducativa, se asoció con un aumento de DLD y una disminución de los costes totales a los 12 meses de la evaluación basal. Si bien la diferencia en DLD no fue significativa ente el GI y el GC, la remisión clínica de la depresión sí que lo fue según hemos explicado en los resultados del estudio de efectividad. Los DLD se obtuvieron de manera indirecta, se calcularon a partir de la remisión según la puntuación del BDI-II a nivel basal, a los 4 meses y al año, realizándose una extrapolación lineal para calcular el día en que el participante dejaba de tener depresión.

Un dato a destacar es que nuestra intervención grupal psicoeducativa tiene un coste bajo si se compara con otro tipo de intervenciones similares dirigidas a personas con depresión y comorbilidad física (Camacho et al., 2016b; Katon et al., 2012). Esto es así, porque la implementación se realizó en un entorno real, utilizando los recursos humanos, materiales y las infraestructuras ya disponibles. Aunque el coste medio por paciente/año en nuestro estudio es superior al coste medio de depresión en España (Vieta et al., 2021), es inferior a otros estudios similares realizados en entornos distintos, respondiendo probablemente, a los diferentes modelos de salud de cada país (Holst et al., 2018; Katon et al., 2012). Otras intervenciones, basadas en tecnologías de la información, también reportan datos favorables en salud a costos bajos, pero acostumbran a ir dirigidas a población más joven (Hay et al., 2018; Massoudi et al., 2019; Romero-Sanchiz et al., 2017). No es habitual realizar evaluaciones económicas de intervenciones dirigidas a pacientes con depresión y comorbilidad física lideradas por enfermeras de Atención Primaria. No obstante, existe evidencia relacionada con abordajes colaborativos dirigidos a este tipo de pacientes que obtienen un ahorro potencial de costes a largo plazo (Jürgen et al., 2008).

La disminución del número de fármacos medio prescritos por paciente en el GC, en relación al GI, es un hallazgo que merece su reflexión. Se estima que la poca adherencia a los tratamientos en patologías crónicas es un problema relevante que causa un aumento del gasto sanitario a largo plazo debido a los ingresos y a las

complicaciones derivadas de las patologías (Dilla et al., 2009). La intervención que recibe el GI dedica un espacio dirigido a mejorar la adherencia tanto farmacológica como no farmacológica, que podría haber influido en estos resultados. El ligero aumento en las visitas de los profesionales de AP i de CSMA, podría explicarse por esa toma de conciencia de la importancia en la adherencia y cumplimiento terapéutico.

La intervención psicoeducativa revela un menor número de días de hospitalización e IT en el GI en relación al GC, en el que también hay un descenso de hospitalizaciones, pero en menor medida. Más allá del valor económico que supone la disminución de hospitalizaciones, hay que tener en cuenta la importancia social que se asocia a ellas, tanto para la funcionalidad del paciente, como para la familia. Los costes indirectos, aquellos que no están relacionados con la atención sanitaria, suponen habitualmente, la mayor partida del total del gasto de las personas con depresión (Salvador-Carulla et al., 2011; Vieta et al., 2021). Contar con intervenciones que reducen el número de días de IT, deberían considerarse prioritarias. Poder mantenerse activo laboralmente, mejora el estigma social que supone la depresión (Hari, 2019). Si como se muestra en algunos estudios, los costes atribuibles a la depresión superan el 1% del producto interior bruto, su correcto abordaje, además de reportar beneficios a los pacientes, también repercutirá en la productividad (Castellón Leal et al., 2016). La mayoría de estudios, no incluyen los costes indirectos en sus evaluaciones y es complejo poder establecer comparaciones con ellos (Grochtdreis et al., 2015).

En nuestro estudio se estima un ahorro de 35.795€ por año de vida ajustado por calidad, cuando se lleva a cabo la intervención grupal psicoeducativa en personas con depresión y comorbilidad física, las recomendaciones en la toma de decisiones que acostumbran ser coste-efectivas rondan el umbral de los 30.000€ en España (Vallejo-Torres et al., 2018). Esta cifra es muy superior a las 16.123£ por AVAC de una intervención colaborativa de baja intensidad realizada por enfermeras y psicólogas con pacientes mayores de 18 años, con depresión y diabetes mellitus tipo I ó II (Camacho et al., 2016b). Otros estudios realizados en la AP con pacientes con depre-

sión que no tienen asociada ninguna patología crónica reportaron 1.420€ por AVAC (Ruiz-Rodríguez, 2019). Posiblemente la carga que supone en los costes las patologías crónicas asociadas a la depresión tengan que ver en ello. Los estudios atribuyen un mayor gasto sanitario en pacientes con patologías crónicas y trastornos de salud mental (Sporinova et al., 2019), de ahí la importancia de disponer de intervenciones como la nuestra dirigida a este tipo de pacientes.

Por lo tanto podemos decir que nuestra intervención es favorable en concepto de costo-efectividad y costo-utilidad en relación a la atención habitual que reciben los pacientes con depresión y comorbilidad física en la AP. Sin embargo no se pueden asociar cambios significativos en la calidad de vida de las personas que la recibieron. Para poder entender mejor estos resultados en la calidad de vida se comentan a continuación los hallazgos del estudio cualitativo que complementan los resultados obtenidos en la fase cuantitativa del estudio.

#### 7.4. EXPERIENCIAS, EMOCIONES Y VIVENCIAS

El estudio cualitativo analiza el contenido de los diarios de las enfermeras observadoras que cumplimentan durante las 12 sesiones que dura la intervención y las narrativas de las enfermeras en relación a las historias que las participantes han explicado en los grupos durante la intervención. Lo primero que llama la atención es cómo las diferencias de género se incorporan en el discurso de las participantes. Esta diferencia se visualiza en la percepción de sobrecarga de cuidados, en la expresión de las emociones, en los roles así como en los eventos vitales. Estudios previos han mostrado en sus investigaciones la presencia de estas diferencias en la depresión de hombres y mujeres (Girgus et al., 2017; Haroz et al., 2017).

Determinados comportamientos, generalmente asociados a lo femenino, como puede ser el llanto, la labilidad emocional, la necesidad de explicar para obtener una validación externa, pueden favorecer el diagnóstico de depresión en mujeres, contrariamente a aquellos comportamientos más agresivos, individualistas o de escasa expre-

sividad emocional que son más típicos de los hombres (Benedicto & Blas, 2018). Según Carmen Valls, la definición de feminidad y masculinidad por parte de la ideología patriarcal pesa sobre los cuerpos tanto de hombres como de mujeres. Siguiendo las reglas del patriarcado, la mujer tiene un cuerpo destinado al cuidado de los demás que acaba enfermando de tanto encargarse de los otros por el rol que se le ha otorgado socialmente y el hombre tiene un cuerpo pleno de autocontrol, que no debe liberar ni expresar sentimientos ya que se espera de él que muestre su fortaleza (Valls, 2020). Esa dificultad para expresar los sentimientos puede tener que ver con la baja participación en el estudio de pacientes con sexo masculino, reflejo de las diferencias de género en el diagnóstico de depresión lo que se ha conocido como “gender gap” (Kuehner, 2017).

Las teorías feministas, a lo largo de la historia, han abogado por considerar la atribución de las tareas domésticas y de cuidados a las mujeres como una de las mayores desigualdades entre géneros (López & Padilla, 2019). Los diagnósticos de depresión y el consumo de antidepresivos son más frecuentes en mujeres que en hombres y los condicionantes sociales de estas mujeres podrían ser una de las causas de ello. Una revisión sistemática cuyo objetivo era comprender las creencias sobre la depresión de los pacientes con patologías crónicas, expuso en los resultados que la mayoría de los participantes atribuían las causas de su estado depresivo a los eventos vitales negativos y el estrés, lejos de lo que el modelo biomédico sostiene (Alderson et al., 2012)

En cuanto a las estrategias de afrontamiento y los cambios observados durante la intervención grupal, existe una evolución desde el inicio a la finalización de la misma. Las participantes pasan de tener conductas de evitación con dificultades para poner límites, en las que, según Lazarus y Folkman, se puede atenuar la percepción de amenaza pero que no conducen a la solución del problema (Lazarus & Folkman, 1986), a mejorar el afrontamiento poniendo en práctica habilidades adquiridas durante las sesiones. Realizar técnicas como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva o mejorar el autocuidado suponen un afrontamiento más positivo que puede ayudar a la persona a superar situaciones de crisis.

En esta línea, intervenciones en las que las enfermeras de atención primaria utilizan habilidades psicológicas en pacientes con diabetes mellitus evidencian un empoderamiento de los mismos para el autocontrol de su patología crónica (Graves et al., 2016). Las actividades relajantes en grupo y asumir las situaciones presentes en cada caso o tomar consciencia de lo que les pasa, tiene un efecto potenciador en la reducción del malestar tal y como se expone en otros estudios (Ortega Maldonado & Salanova Soria, 2016).

Por otro lado, el formato grupal de la intervención aporta valor a la misma. Las intervenciones grupales poseen ventajas o factores terapéuticos diferentes a las intervenciones individuales. El apoyo social, el sentimiento de pertenencia al grupo y la universalidad de los problemas de los participantes son algunas de ellas (Guimon et al., 2003). En otras investigaciones se pone en especial valor la relación de confianza y ayuda que la enfermera es capaz de prestar y que interviene como elemento fundamental en la accesibilidad a los servicios de salud mental y la satisfacción de las necesidades de los pacientes (Barley et al., 2012; Ashcroft et al., 2021). Este aspecto también aparece en las narrativas de las enfermeras situando la confianza y el vínculo establecido entre los participantes del grupo y las enfermeras como un aspecto muy importante.

Las enfermeras entrevistadas se sentían capacitadas para realizar este tipo de intervención y mostraban satisfacción en el desarrollo y resultados de la misma. La formación previa de estas enfermeras es un aspecto fundamental para poder detectar de manera precoz y abordar eficazmente la problemática de las personas con depresión y comorbilidad física (Albougami et al., 2021). Existen experiencias en las que se identifica a la enfermera como el profesional más indicado en el diagnóstico, seguimiento y acompañamiento de estas personas desde la AP, ya sean en modelos de atención escalonada o en el liderazgo de intervenciones psicoeducativas (Aragonès et al., 2012; Li et al., 2019; Svenningsson et al., 2018).

Sin embargo, las enfermeras también declararon ciertas dificultades, como la rigidez en la implementación según el diseño que aparecen de manera reiterada en otros estudios (Richter-Sundberg et al., 2015), y solicitaron colaboración por parte de la atención es-

pecializada en salud mental. Esta demanda aparece en otros estudios donde los profesionales de AP ven necesaria la coordinación y supervisión por expertos de salud mental (SM) para poder reducir la carga emocional que supone realizar este tipo de intervenciones (Roberge et al., 2016; Webster et al., 2016). La relación entre los profesionales de AP y los de SM se identifica como beneficiosa cuando es de colaboración y no de sustitución a la hora de atender los malestares emocionales de las personas con comorbilidades físicas tal y como exponen algunos expertos (Knowles et al., 2015; Pons et al., 2020; Roberge et al., 2016).

Sorprende que no aparezcan alusiones a la patología crónica en los discursos de las enfermeras. Eso nos da una idea de lo que preocupa a la persona, lo que considera principal y lo que no. Todas las enfermeras entrevistadas respondían al rol de enfermeras expertas según la Teoría de Patricia Benner en la que las profesionales captan de manera intuitiva las situaciones y se centran en el núcleo de los problemas. Según Benner, las enfermeras expertas guardan en el recuerdo aquello a lo que dan valor y que ha de ser incorporado en el saber y la práctica de los cuidados de las personas (Patricia Benner, 1982).

## 7.5. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Es un estudio metodológicamente robusto ya que es un ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, con variables evaluadas de forma ciega y seguimiento de un año.

Los GI y GC son homogéneos y la representatividad de la muestra dentro del territorio es buena ya que incorpora áreas urbanas y rurales.

Haber cegado la aleatorización, las evaluaciones y el análisis estadístico también otorga mayor validez a los resultados.

Las pérdidas fueron inferiores al 25% esperado inicialmente en el cálculo de la muestra.

La intervención se realiza en el ámbito natural de los pacientes, en el entorno cercano donde son visitados habitualmente, lo que facilita la implementación de la intervención.

Es una intervención que requiere una formación previa relativamente corta y factible de llevar a cabo en condiciones reales.

La intervención proporciona información mixta al incorporar aspectos de manejo psicoeducativo para la depresión pero también aspectos de autocuidado y mejora de hábitos para mejorar el manejo de las patologías crónicas asociadas.

El liderazgo de las enfermeras de AP en la intervención grupal psicoeducativa, como profesionales de referencia de pacientes con un perfil similar a las participantes del estudio, que son en definitiva, el que mayoritariamente frecuenta las consultas de AP.

También consideramos interesante reflexionar sobre algunas de las limitaciones que hemos detectado en el transcurso de la investigación, una de ellas es que no se consiguieron incluir en la muestra los 504 participantes que se calcularon previamente. La muestra no corresponde a población general sino a aquellas personas que aceptaron participar en una intervención grupal psicoeducativa que evaluará la efectividad de la misma. Las características de la muestra incluyen tan solo personas mayores de 50 años con un bajo porcentaje de hombres por lo que no se pueden extrapolar los resultados referentes al género de manera general. Sería interesante evaluar la CVRS en poblaciones más jóvenes para conocer si la asociación con el género también está presente de la misma manera.

En la investigación la intervención grupal psicoeducativa no se compara con otro tipo de intervención que haya demostrado efectividad para el tratamiento de la depresión, sino que se compara con la atención habitual que reciben los pacientes en AP. No se pudo diferenciar la efectividad por grupos de patología física por dos motivos: porque el tamaño muestral de algunas patologías era reducido y por la coexistencia frecuente de más de una de las patologías en los pacientes. De igual modo la baja representatividad que hemos recogido en algunos subgrupos como el estado civil o la

situación laboral nos ha impedido realizar un análisis de los datos con una perspectiva social.

No se diferenció la fecha del diagnóstico de depresión por lo que no se evaluó el tiempo de evolución de la depresión, que supone otro factor clave en la resistencia al tratamiento.

Tampoco se ha tenido en cuenta, para el análisis de costes, la situación social de los participantes, por tener poca representatividad en algunos grupos. El género o tener el cuidado de algún familiar a su cargo, quizás pudiera influir en el consumo de recursos.

Para el análisis de costes no se calcularon de manera diferenciada el gasto de recursos que podrían derivar de las patologías crónicas, hospitalización por descompensaciones por ejemplo, de aquellos que respondían a la depresión.

Asimismo no se realizó análisis de coste-efectividad según patología crónica, o según gravedad de la depresión, debido al tamaño muestral insuficiente en alguno de los grupos.

Finalmente, cabe destacar que en el estudio cualitativo no se realizaron entrevistas a los pacientes que participaron en la intervención grupal. Posiblemente al incluir otros perfiles habríamos encontrado hallazgos diferentes y esto no se puede obviar.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 8 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

---

Actualmente las enfermeras de AP forman parte de un entorno en el que tanto las patologías crónicas físicas como la depresión son prevalentes y es necesario poder dar una respuesta con una visión integradora de las diferencias sociales y de la salud. Los resultados de nuestra investigación muestran la eficacia de la intervención grupal psicoeducativa para personas con depresión y comorbilidad física y analiza también aquellas diferencias de género que aparecen tanto en la calidad de vida de los participantes como en las experiencias, emociones y vivencias de los mismos. Al realizarse en el entorno de la práctica clínica habitual de las enfermeras de AP, es fácil de implementar organizativamente siempre que estas profesionales reciban la formación previa necesaria. El beneficio que obtienen los participantes de la intervención en relación a la disminución de los síntomas depresivos y la remisión de la depresión son importantes y se producen con un menor coste que la atención habitual por lo que, en un contexto no medicalizador debiera considerarse como un tratamiento de elección en este tipo de pacientes.

El Departament de Salut de Catalunya, en la página web del Institut Català de la Salut (ICS) y dentro del apartado “Documents de recomanacions i protocols” dispone del acceso libre al protocolo de la intervención grupal psicoeducativa que puede servir como herramienta de utilidad para los profesionales que deseen utilizarlo. La incorporación en los EAP del ICS de la figura del referente de bienestar emocional (REBEC) posibilitaría poner en práctica dicha intervención ya que ha mostrado evidencia científica en nuestro estudio.

Las enfermeras de AP deberíamos incorporar el marco del cuidado transpersonal de Watson en el que seamos capaces de adaptar

culturalmente nuestras intervenciones. Identificando como principales valores la relación de ayuda y la expresión de sentimientos de los pacientes. Disponer de espacios seguros como los grupos que faciliten esa expresión de sentimientos, la enseñanza y la educación sanitaria relacionada con la patología, teniendo la perspectiva del género como eje de desigualdad, sería otra de las implicaciones a tener en cuenta en la práctica clínica.

---

## 9 CONCLUSIONES

---

1. La calidad de vida de las personas con depresión y enfermedad física asociada (diabetes mellitus, enfermedad obstructiva pulmonar crónica, asma y/o cardiopatía isquémica) es inferior a la de la población general con estas mismas características, especialmente en las mujeres.
2. Las mujeres presentan un mayor porcentaje de problemas que los hombres en todas las dimensiones del EQ-5D-5L excepto en la movilidad, por lo que el género es un factor importante a tener en cuenta a la hora de prestar nuestros cuidados.
3. La intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP dirigida a personas con depresión y comorbilidad física se muestra efectiva en la remisión de la depresión a largo plazo, y en la respuesta terapéutica a corto plazo.
4. Los pacientes con depresión leve que reciben la intervención muestran una remisión de la depresión significativa a largo plazo y una respuesta terapéutica que sólo es significativa a corto plazo.
5. En el subgrupo de pacientes con depresión moderada la intervención se muestra efectiva de manera significativa para la remisión de la depresión a largo plazo y a corto y largo plazo para la respuesta terapéutica.
6. La intervención grupal psicoeducativa no mostró cambios significativos en la calidad de vida de las personas con depresión y comorbilidad física.
7. La intervención grupal psicoeducativa liderada por enfermeras de AP para pacientes con depresión y comorbilidad física puede ser coste-efectiva con relación a la práctica habitual.

Los años de vida ajustados por calidad fueron muy similares entre grupos.

8. Se aprecian diferencias de género en relación a las experiencias, emociones y vivencias de los participantes que reciben la intervención grupal psicoeducativa.
9. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se observan cambios en algunos pacientes a lo largo de la intervención, las participantes van adquiriendo habilidades y conductas que son más efectivas y contribuyen en la disminución de su malestar emocional.
10. El grado de satisfacción de los pacientes con la intervención es elevado. Las enfermeras también sienten satisfacción en la realización de la intervención e identifican el grupo como un elemento terapéutico en sí mismo.
11. Las enfermeras proponen como mejoras incorporar otros profesionales que realicen tareas administrativas y realizar la intervención fuera del Centro de Salud para llegar a otros grupos poblacionales. Consideran que la coordinación con los equipos de salud mental es necesaria para poder resolver dudas que pudieran surgir durante la intervención y dar soporte a las enfermeras que la realizan.

---

# 10 APORTACIONES CIENTÍFICAS

---

## 10.1 COMUNICACIONES ORALES

Avaluació de l'efectivitat de la psicoeducació grupal en persones amb depressió i comorbiditat física en Atenció Primària. III Jornades Doctorals: Webinar "Investigant en Infermeria i Salut". Universitat Rovira i Virgili. Tarragona 15 Abril 2021.

Análisis fenomenológico de los diarios y las narrativas de las enfermeras observadoras de una psicoeducación grupal. XXV Encuentro virtual Internacional de investigación en cuidados. Investén. 15-19 Noviembre 2021.

Efectividad de la psicoeducación grupal para pacientes con depresión y comorbilidad física en Atención Primaria. XXV Encuentro virtual Internacional de investigación en cuidados. Investén. 15-19 Noviembre 2021.

Estudio de coste-efectividad de una intervención grupal psicoeducativa para persona con depresión y comorbilidad física en Atención Primaria. IV Congrés Català d'Infermeria de Salut Mental. ASCISAM. Tortosa 6-7 Octubre 2022.

Calidad de vida en personas con depresión y comorbilidad física desde una perspectiva de género. Workshop "Perspectiva de Gènere en Infermeria". Càtedra d'Infermeria UB-COIB. Barcelona 30 Juny 2023.

## 10.2. COMUNICACIONES TIPO PÓSTER

Protocolo de psicoeducación grupal per a persones amb depressió i comorbiditat física. XIV Congrés d'Infermeria Familiar i Comunitària. Tarragona 18-19 Abril 2018.

Quality of life of patients with depression and physical comorbidity. International Congress European Practitioner Research Network. EGPRN. Vigo 17-19 Octubre 2019.

Calidad de vida en mujeres con depresión y comorbilidad física en la Atención Primaria. XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (edición virtual) y 3º Conferencia Internacional. 7-10 Octubre 2020.

Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'Atenció Primària en pacients amb depressió i comorbiditat física. Jornades 25 anys de l'IDIAP Jordi Gol. Barcelona 28 Juny 2022.

## 10.3. CAPÍTULOS DE LIBROS

Programa de sessions grupals psicoeducatives. Estudi PSICODEP. Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'atenció primària en pacients amb depressió i comorbiditat física. Disponible en:

[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4597/estudi\\_psicodep\\_efectivitat\\_intervencio\\_grupal\\_psicoeducativa\\_realitzada\\_infermeres\\_atencio\\_primaria\\_pacients\\_depressio\\_comorbiditat\\_fisica\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4597/estudi_psicodep_efectivitat_intervencio_grupal_psicoeducativa_realitzada_infermeres_atencio_primaria_pacients_depressio_comorbiditat_fisica_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## 10.4. COLABORACIONES DOCENTES

Curso de Conducció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió i comorbiditat física. Estudi PSICODEP. (exp. No 018735/2017-1ª edició). Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona ciutat. Juny 2017.

Curso Bàsic per a la conducció de grups psicoeducatius en episodis depressius lleus i trastorns d'ansietat. (exp. No 009125/2017-1<sup>a</sup> edició). Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària de Catalunya Central. Juny 2017.

Curso Bàsic per a la conducció de grups psicoeducatius en episodis depressius lleus i trastorns d'ansietat. (exp. No 009125/2017-2<sup>a</sup> edició). Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària de Catalunya Central. Setembre 2017.

Curso Bàsic per a la conducció de grups psicoeducatius en episodis depressius lleus i trastorns d'ansietat. (exp. No 009125/2017-3<sup>a</sup> edició). Institut Català de la Salut. Àmbit d'Atenció Primària de Catalunya Central. Novembre 2017.

Curs de Maneig de l'ansietat a consulta. Insitut Català de la Salut. Gerència Territorial de Catalunya Central. 15 i 20 novembre del 2018.

Curs de Eines per la psicoeducació grupal basades en el projecte PSICODEP. Institut Català de la Salut. Gerència Territorial de Barcelona. 29 i 1 de març 2022.

## 10.5. SEMINARIOS

Seminario sobre Teorías enfermeras: el cuidado transpersonal de Watson. Hospital Frank País. La Habana, Cuba. 19 de Abril 2022.

## 10.6. WEBINARS

El maneig del malestar emocional a la consulta. Unitat docent multiprofessional de Barcelona ciutat. Institut Català de la Salut. 22 febrer 2022.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 11 PREMIOS Y BECAS

---

20<sup>a</sup> Beca ICS per a la Capacitació en Investigació i Realització del Doctorat en l'Atenció primària. IDIAP Jordi Gol. Barcelona, abril 2020.

Quarta edició del Premi de Recerca ASCISAM. Associació Catalana d'Infermeria de Salut Mental. Barcelona, 24 novembre 2021.

13<sup>a</sup> Convocatòria ajuts a la recerca Xb. Unitat de Suport a la Recerca. Àrea de Docència, Formació i Recerca. Institut Català de la Salut. Atenció primària Barcelona ciutat. Novembre 2021.

5<sup>a</sup> Convocatòria d'ajut econòmic complementari a estades i formació a centres de recerca estrangers. Amb el projecte: Estada formativa a l'Escola Nacional de Salut Pública de Cuba. Tesis doctoral: Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en pacientes con depresión y comorbilidad física. (codi d'expedient 7Z22/020). Barcelona, abril 2022.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

## 12 BIBLIOGRAFÍA

---

- Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., (...) Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, *396*(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
- Aguilar-Latorre, A., Pérez Algorta, G., Navarro-Guzmán, C., Serrano-Ripoll, M. J., & Oliván-Blázquez, B. (2022). Effectiveness of a lifestyle modification programme in the treatment of depression symptoms in primary care. *Frontiers in medicine*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.954644>
- Al, R. M. (2010). Response and remission criteria in major depression - A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(15), 1063–1068.
- Albougami, A. S. B., Almazan, J. U., Stitt, N., P. Cruz, J., C. Colet, P., & Adolfo, C. S. (2021). Challenges of nurses and care management of depressed older adults: a narrative literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *35*(3), 710–721. <https://doi.org/10.1111/scs.12908>
- Albrecht, J. S., Park, Y., Hur, P., Huang, T.-Y., Harris, I., Netzer, G., Lehmann, S. W., Langenberg, P., Khokhar, B., Wei, Y.-J., Moyo, P., & Simoni-Wastila, L. (2016). Adherence to maintenance medications among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. The role of depression. *Annals of the American Thoracic Society*, *13*(9), 1497–1504. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201602-136oc>

- Alderson, S. L., Foy, R., Glidewell, L., McLintock, K., & House, A. (2012). How patients understand depression associated with chronic physical disease – a systematic review. *BMC Family Practice*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-41>
- Álvarez, M., Atienza, G., Avila, M. J., González, A., Guitián, D., & de las Heras, E. (2023). *Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. GuíaSalud.
- Americana De Psiquiatría, A. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM*. American Psychiatric Association.
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Maria Hernández, J., Badia, W., & Folch, S. (2012). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, *142*(1–3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.020>
- Aragonès, E., López-Cortacans, G., Sánchez-Iriso, E., Piñol, J.-L., Caballero, A., Salvador-Carulla, L., & Cabaesés, J. (2014). Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *159*, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.021>
- Aro, A.-K., Karjalainen, M., Tiihonen, M., Kautiainen, H., Saltevo, J., Haanpää, M., & Mäntyselkä, P. (2017). Glycemic control and health-related quality of life among older home-dwelling primary care patients with diabetes. *Primary Care Diabetes*, *11*(6), 577–582. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.07.001>
- Arrospide, A., Machón, M., Ramos-Goñi, J. M., Ibarrondo, O., & Mar, J. (2019). Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroqol 5D-5L questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9>
- Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A., & McKenzie, K. (2021). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary heal-

- th care teams: A qualitative study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 24(4), 1168–1177. <https://doi.org/10.1111/hex.13242>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SEESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Barceló-Soler, A., Baños, R. M., López-Del-Hoyo, Y., Mayoral, F., Gili, M., García-Palacios, A., García-Campayo, J., & Botella, C. (2019). Interventions of computerized psychotherapies for depression in Primary Care in Spain. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 47(6), 236–246.
- Barley, E. A., Haddad, M., Simmonds, R., Fortune, Z., Walters, P., Murray, J., Rose, D., & Tylee, A. (2012). The UPBEAT depression and coronary heart disease programme: using the UK medical research council framework to design a nurse-led complex intervention for use in primary care. *BMC Family Practice*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-119>
- Beaudin, J., Chouinard, M.-C., Girard, A., Houle, J., Ellefsen, É., & Hudon, C. (2022). Integrated self-management support provided by primary care nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: a scoping review. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01000-2>
- Beck, A., Hamel, C., Thuku, M., Esmailisaraji, L., Bennett, A., Shaver, N., Skidmore, B., Colman, I., Grigoriadis, S., Nicholls, S. G., Potter, B. K., Ritchie, K., Vasa, P., Shea, B. J., Moher, D., Little, J., & Stevens, A. (2022). Screening for depression among the general adult population and in women during pregnancy or the first-year postpartum: two systematic reviews to inform a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Systematic Reviews*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02022-2>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of

- evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607-625. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>
- Benner, P. (1982). From novice to Expert. *The American journal of nursing*, 82(3), 402–407.
- Bentsen, S. B., Miaskowski, C., & Rustøen, T. (2014). Demographic and clinical characteristics associated with quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(3), 991–998. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0515-5>
- Bjørnnes, A. K., Parry, M., Falk, R., Watt-Watson, J., Lie, I., & Leegaard, M. (2017). Impact of marital status and comorbid disorders on health-related quality of life after cardiac surgery. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 26(9), 2421–2434. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1589-2>
- Blakemore, A., Dickens, C., Chew-Graham, C. A., Afzal, C. W., Tomenson, B., Coventry, P. A., & Guthrie, E. (2019). Depression predicts emergency care use in people with chronic obstructive pulmonary disease: a large cohort study in primary care. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 14, 1343–1353. <https://doi.org/10.2147/copd.s179109>
- Blancafort Alias, S., Monteserín Nadal, R., Moral, I., Roqué Fígols, M., Rojano i Luque, X., & Coll-Planas, L. (2021). Promoting social capital, self-management and health literacy in older

- adults through a group-based intervention delivered in low-income urban areas: results of the randomized trial AEQUALIS. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10094-9>
- Borglin, G., Räthel, K., Paulsson, H., & Sjögren Forss, K. (2019). Registered nurses experiences of managing depressive symptoms at care centres for older people: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0368-5>
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). “family matters”: A systematic review of the evidence for family psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245–263. <https://doi.org/10.1111/jmft.12204>
- Bushnell, C. D., Reeves, M. J., Zhao, X., Pan, W., Prvu-Bettger, J., Zimmer, L., Olson, D., & Peterson, E. (2014). Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*, 82(11), 922–931. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000000208>
- Cabezas-Rodríguez, A., Bacigalupe, A., & Martín, U. (2020). Diagnosis and treatment of depression in Spain: Are there gender inequalities? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9232. <https://doi.org/10.3390/ijer-ph17249232>
- Camacho, E. M., Ntais, D., Coventry, P., Bower, P., Lovell, K., Chew-Graham, C., Baguley, C., Gask, L., Dickens, C., & Davies, L. M. (2016). Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: a Markov model informed by the COINCIDE randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(10), e012514. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012514>
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2022). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 52(15), 3336–3348. <https://doi.org/10.1017/s0033291720005498>



- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61
- Casañas, R., Catalán, R., del Val, J. L., Real, J., Valero, S., & Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-230>
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., & Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 145–146. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352014000100009>
- Casañas, R., Martín Royo, J., Fernandez-San-Martín, M. I., Raya Tena, A., Mendioroz, J., Sauch Valmaña, G., Masa-Font, R., Casajuana-Closas, M., Fernandez Linares, E. M., Cols-Sagarrá, C., Gonzalez Tejón, S., Foguet-Boreu, Q., & Martín Lopez, L. M. (2019). Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4198-7>
- Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forzeza, G., Sanz González, J., & Saiz Ruiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.08.003>
- Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., Weye, N., Momen, N. C., Whiteford, H. A., Iburg, K. M., & McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(e161). <https://doi.org/10.1017/s204579602000075x>
- Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., & Cuijpers, P. (2017). A qualitative evaluation of an inpatient nursing intervention for depressed elderly: The systematic activation method: A qualitative evaluation of an inpatient nursing intervention for depressed elderly: The systematic activation method. *Perspecti-*

- ves in Psychiatric Care*, 53(4), 280–288. <https://doi.org/10.1111/ppc.12177>
- Cocchio, S., Baldovin, T., Furlan, P., Buja, A., Casale, P., Fonzo, M., Baldo, V., & Bertoncello, C. (2019). Is depression a real risk factor for acute myocardial infarction mortality? A retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2113-8>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(3), 279–293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Cuijpers, P., Oud, M., Karyotaki, E., Noma, H., Quero, S., Cipriani, A., Arroll, B., & Furukawa, T. A. (2021). Psychologic treatment of depression compared with pharmacotherapy and combined treatment in primary care: A network meta-analysis. *Annals of Family Medicine*, 19(3), 262–270. <https://doi.org/10.1370/afm.2676>
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. *Current Psychiatry Reports*, 21(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
- Db, R. (2004). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. J. Wiley & Sons.
- De Groot, M., Shubrook, J. H., Hornsby, W. G., Jr, Pillay, Y., Mather, K. J., Fitzpatrick, K., Yang, Z., & Saha, C. (2019). Program ACTIVE II: Outcomes from a randomized, multistate community-based depression treatment for rural and urban adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 42(7), 1185–1193. <https://doi.org/10.2337/dc18-2400>
- Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE. (2022). <http://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atencion primaria*, 41(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

- Domínguez-Berjón, M., Borrell, C., Cano-Serral, G., Esnaola, S., Nolasco, A., Pasarín, M. I., Ramis, R., Saurina, C., & Escolar-Pujolar, A. (2008). Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta sanitaria*, *22*(3), 179–187. <https://doi.org/10.1157/13123961>
- Domínguez Mon, A. (2017). Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*, *13*(3), 375. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
- Dorow, M., Löbner, M., Pabst, A., Stein, J., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Preferences for depression treatment including internet-based interventions: Results from a large sample of primary care patients. *Frontiers in psychiatry*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00181>
- Egede, L. E., Grubaugh, A. L., & Ellis, C. (2010). The effect of major depression on preventive care and quality of life among adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, *32*(6), 563–569. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.08.002>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Equipo de trabajo del Sistema Nacional de Salud. (Ed.). (2020). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. En *Departamento de Salud* (pp. 1–303).
- Esquinas, C., Ramon, M. A., Nuñez, A., Molina, J., Quintano, J. A., Roman-Rodríguez, M., Naberan, K., Llor, C., Roncero, C., Miravitlles, M., & Barrecheguren, M. (2020). Correlation between disease severity factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *29*(3), 607–617. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02340-4>
- Falk, A. R. (2012). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community

- health nursing practice. En *Caring in Nursing Classics*. Springer Publishing Company.
- Fernández, A., Saameño, J. Á. B., Pinto-Meza, A., Luciano, J. V., Autonell, J., Palao, D., Salvador-Carulla, L., Campayo, J. G., Haro, J. M., Serrano, A., & the Dasmapi investigators. (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(4), 302–309. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074211>
- Fernández-Guerrero, O. (2015). Levinas y la alteridad: cinco planos. *BROCAR*, 39, 423-443.
- Fernández-Sanmamed, M.J., González, Y., Mazo, M.V., Pons, G., Serrano, E., Teixidó, A., Zapater, F. (2020) Al voltant del model d'atenció a la salut mental a l'atenció primària de salut. *Fòrum Català d'Atenció Primària*. FoCAP (wordpress.com)
- Ferrando, L., Bobes, J., & Gibert, J. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (MINI). Instituto IAP - Madrid - España M. 0, 1–26.
- Fisher, J., Rowe, H., Wynter, K., Tran, T., Lorgelly, P., Amir, L. H., Proimos, J., Ranasinha, S., Hiscock, H., Bayer, J., & Cann, W. (2016). Programa psicoeducativo con perspectiva de género para parejas con el fin de prevenir los trastornos mentales comunes posnatales en mujeres primíparas: ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. *BMJ open*, 6(3), e009396. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009396>
- Gaos, J. (2016). Introducción a el ser y el tiempo de Martin Heidegger. Fondo de Cultura Economica.
- García-Herrera Pérez Bryan, J. M., & Monillas, N. (2011). *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria* (S. A. de Salud., Ed.).
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.* (s/f). Jovecat. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de <https://jovecat.gencat.cat/ca/temes/salut/index.html>
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M.-E., Roberge, P., & Chouinard, M.-C. (2017). Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorder.

- ders: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1385–1394. <https://doi.org/10.1111/jocn.13695>
- Girgus, J., Yang, K., & Ferri, C. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 2(4), 35. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>
- Gisbert, R. & Brosa M. (2007). Spanish Health Costs and cost-effectiveness ratios. Oblikue Consulting, S.L. <http://www.oblikue.com/bddcostes/>
- Guerrero, R., Meneses, M. & Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao. *Rev enferm Herediana*, 9(2):127-136.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, Ulla H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graves, H., Garrett, C., Amiel, S. A., Ismail, K., & Winkley, K. (2016). Psychological skills training to support diabetes self-management: Qualitative assessment of nurses' experiences. *Primary Care Diabetes*, 10(5), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.03.001>
- Grochtdreis, T., Brettschneider, C., Wegener, A., Watzke, B., Riedel-Heller, S., Härter, M., & König, H.-H. (2015). Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: A systematic review. *PloS One*, 10(5), e0123078. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123078>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2023). Ministerio de Sanidad.
- Group Interpersonal therapy (IPT) for depression. (2016). *World Health Organization*. Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression (who.int)

- Guimon, J. (2003). Manual de terapia de grupos. tipos, modelos y programas". (Madrid: Biblioteca nueva; Vol 2).
- Haddad, M. (2009). Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1411–1414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.007>
- Hari, J. (2019). Conexiones perdidas. Capitán Swing Libros.
- Haroz, E. E., Ritchey, M., Bass, J. K., Kohrt, B. A., Augustinavicius, J., Michalopoulos, L., Burkey, M. D., & Bolton, P. (2017). How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Social Science & Medicine (1982)*, 183, 151–162. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2016.12.030>
- Hay, J. W., Lee, P.-J., Jin, H., Guterman, J. J., Gross-Schulman, S., Ell, K., & Wu, S. (2018). Cost-effectiveness of a technology-facilitated depression care management adoption model in safety-net primary care patients with type 2 diabetes. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 21(5), 561–568. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.005>
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(4), 275–281. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>
- Herdman, M. (2001). El EuroQuol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*, 6, 425–429.
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>

- Hernández, G., Dima, A. L., Pont, À., Garin, O., Martí-Pastor, M., Alonso, J., Van Ganse, E., Laforest, L., de Bruin, M., Mayoral, K., Ferrer, M., & the ASTRO-LAB group. (2018). Impact of asthma on women and men: Comparison with the general population using the EQ-5D-5L questionnaire. *PloS One*, *13*(8), e0202624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202624>
- Hernández, G., Garin, O., Pardo, Y., Vilagut, G., Pont, À., Suárez, M., Neira, M., Rajmil, L., Gorostiza, I., Ramallo-Fariña, Y., Cabases, J., Alonso, J., & Ferrer, M. (2018). Validity of the EQ-5D-5L and reference norms for the Spanish population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(9), 2337–2348. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1877-5>
- Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C. J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. (2016). Efectos a corto y largo plazo de una intervención grupal psicoeducativa para cuidadores familiares en cuidados paliativos domiciliarios: resultados de un ensayo controlado aleatorizado. *Psicooncología*, *25*(7), 795–802. <https://doi.org/10.1002/pon.4004>
- Holst, A., Ginter, A., Björkelund, C., Hange, D., Petersson, E.-L., Svenningsson, I., Westman, J., André, M., Wikberg, C., Wallin, L., Möller, C., & Svensson, M. (2018). Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open*, *8*(11), e024741. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024741>
- Ijaz, S., Davies, P., Williams, C. J., Kessler, D., Lewis, G., & Wiles, N. (2018). Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *The Cochrane Library*, *2018*(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010558.pub2>
- Intituto Nacional de Estadística. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/categoria.htm?-c=Estadística\\_P&cid=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/categoria.htm?-c=Estadística_P&cid=1254735573175)
- Iyer, A. S., Bhatt, S. P., Garner, J. J., Wells, J. M., Trevor, J. L., Patel, N. M., Kirkpatrick, D., Williams, J. C., & Dransfield, M. T. (2016). Depression is associated with readmission for acu-

- te exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(2), 197–203. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201507-439oc>
- Jackson-Triche, M. E., Unützer, J., & Wells, K. B. (2020). Achieving mental health equity. *The Psychiatric Clinics of North America*, 43(3), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.05.008>
- Johnson, J. A., Al Sayah, F., Wozniak, L., Rees, S., Soprovich, A., Qiu, W., Chik, C. L., Chue, P., Florence, P., Jacquier, J., Lysak, P., Opgenorth, A., Katon, W., & Majumdar, S. R. (2014). Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: Results of a primary care-based comparative effectiveness trial. *Diabetes Care*, 37(12), 3220–3226. <https://doi.org/10.2337/dc14-1308>
- Johnson, K., Bennett, C., & Rochani, H. (2022). Mejoría significativa del trastorno de síntomas somáticos con la intervención psicoeducativa breve del PMHNP en atención primaria. *Revista de la Asociación Americana de Enfermeras Psiquiátricas*, 28(2), 171–180. <https://doi.org/10.1177/1078390320960524>
- Kappelin, C., Carlsson, A. C., & Wachtler, C. (2022). Specific content for collaborative care: a systematic review of collaborative care interventions for patients with multimorbidity involving depression and/or anxiety in primary care. *Family Practice*, 39(4), 725–734. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab079>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Maas genannt BERPohl, F., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Riper, H., Patel, V., Mira, A., Gemmil, A. W., Yeung, A. S., Lange, A., Williams, A. D., Mackinnon, A., Geraedts, A., van Straten, A., Meyer, B., Björkelund, C., Knaevelsrud, C., ... Individual Patient Data Meta-Analyses for Depression (IPDMA-DE) Collaboration. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 78(4), 361. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Kastner, M., Cardoso, R., Lai, Y., Treister, V., Hamid, J. S., Hayden, L., Wong, G., Ivers, N. M., Liu, B., Marr, S., Holroyd-Le-



- duc, J., & Straus, S. E. (2018). Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal de l'Association Medicale Canadienne [Canadian Medical Association Journal]*, *190*(34), E1004–E1012. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171391>
- Katon, W., Russo, J., Lin, E.H.B., Schimittiel, J., Ciechanowski, P., Ludman, E., Peterson, D., Young, B., & Von Korff, M. (2012). Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention. *Archives of General Psychiatry*, *69*(5), 506–514. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1548>
- Knowles, S. E., Chew-Graham, C., Adeyemi, I., Coupe, N., & Coventry, P. A. (2015). Managing depression in people with multimorbidity: a qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. *BMC Family Practice*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0246-5>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet. Psychiatry*, *4*(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30263-2)
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca.
- Li, H., Ge, S., Greene, B., & Dunbar-Jacob, J. (2019). Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(1), 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.11.007>
- Linde, K., Rücker, G., Sigterman, K., Jamil, S., Meissner, K., Schneider, A., & Kriston, L. (2015). Comparative effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: network meta-analysis. *BMC Family Practice*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0314-x>
- Lincoln, YS., Guba E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Publications.

- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clinica*, *118*(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9)
- López, V. & Padilla, J. (2017). *Salubrismo o barbarie*. Atrapasueños.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression. *Journal of Affective Disorders*, *98*(1–2), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.017>
- Massoudi, B., Holvast, F., Bockting, C. L. H., Burger, H., & Blanker, M. H. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 728–743. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.050>
- Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Anselmino, M., Carney, R. M., Denollet, J., Doyle, F., Freedland, K. E., Grace, S. L., Hosseini, S. H., Lane, D. A., Pilote, L., Parakh, K., Rafanelli, C., Sato, H., Steeds, R. P., Welin, C., & de Jonge, P. (2013). Adjusted prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: individual patient data meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *203*(2), 90–102. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111195>
- Menear, M., Doré, I., Cloutier, A.-M., Perrier, L., Roberge, P., Duhoux, A., Houle, J., & Fournier, L. (2015). The influence of comorbid chronic physical conditions on depression recognition in primary care: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(4), 304–313. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.016>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos

de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016).

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión. Modificación Clínica. CIE-10-ES. Tomo I; Diagnósticos*. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalización/CIE10/CIE10ES\\_2018\\_diag\\_pdf\\_20180202.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalización/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf)
- Mitchell, A.J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care; a meta-analysis. *The Lancet*, *374*, 609-619. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Moncrieft, A. E., Llabre, M. M., McCalla, J. R., Gutt, M., Mendez, A. J., Gellman, M. D., Goldberg, R. B., & Schneiderman, N. (2016). Effects of a multicomponent life-style intervention on weight, glycemic control, depressive symptoms, and renal function in low-income, minority patients with Type 2 diabetes: Results of the community approach to lifestyle modification for diabetes randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, *78*(7), 851–860. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000348>
- Montero, Isabel, Aparicio, Dolores, Gómez-Beneyto, Manuel, Moreno-Küstner, Berta, Reneses, Blanca, Usall, Judit, & Vázquez-Barquero, José L.. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, *18*(Supl. 1), 175-181.
- Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an opportunity for patients, psychiatrists, and psychiatric educators: Why do we ignore it? *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, *41*(4), 447–451. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>
- Mou, H., Lam, S. K. K., & Chien, W. T. (2023). The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *143*(104504), 104504. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504>

- Mourad, G., Eriksson-Liebon, M., Karlström, P., & Johansson, P. (2022). El efecto de la terapia cognitivo-conductual administrada por Internet versus la psicoeducación solo sobre la angustia psicológica en pacientes con dolor torácico no cardíaco: ensayo controlado aleatorizado. *Revista de investigación médica en Internet*, *24*(1), e31674. <https://doi.org/10.2196/31674>
- Naik, A. D., Hundt, N. E., Vaughan, E. M., Petersen, N. J., Zeno, D., Kunik, M. E., & Cully, J. A. (2019). Effect of telephone-delivered collaborative goal setting and behavioral activation vs enhanced usual care for depression among adults with uncontrolled diabetes: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *2*(8), e198634. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8634>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). *Depression in adults: treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2009). *Depression in adults with chronic physical health problem: recognition and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, *8*(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Newby, J., Robins, L., Wilhelm, K., Smith, J., Fletcher, T., Gillis, I., Ma, T., Finch, A., Campbell, L., & Andrews, G. (2017). Web-based cognitive behavior therapy for depression in people with diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(5), e157. <https://doi.org/10.2196/jmir.7274>
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C., & Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>

- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B., on behalf of the CDBE2010 study group, & the European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology: The Official Journal of the European Federation of Neurological Societies*, 19(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine* (1982), 63(9), 2367–2380. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.017>
- Ortega Maldonado, A., & Salanova Soria, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Àgora de Salut*, 3, 285–293. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.30>
- Owens-Gary, M. D., Zhang, X., Jawanda, S., Bullard, K. M., Allweiss, P., & Smith, B. D. (2019). The importance of addressing depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(2), 320–324. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4705-2>
- Palacín, M. (2004). *El grupo en la promoción y educación para la salud*. ISBN 84-9743-140-5, págs. 37-68
- Palacios, J. E., Khondoker, M., Achilla, E., Tylee, A., & Hotopf, M. (2016). A single, one-off measure of depression and anxiety predicts future symptoms, higher healthcare costs, and lower quality of life in coronary heart disease patients: Analysis from a multi-wave, primary care cohort study. *PloS One*, 11(7), e0158163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158163>
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Park, L. T., & Zarate, C. A., Jr. (2019). Depression in the primary care setting. *The New England Journal of Medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1712493>

- Pols, A. D., Schipper, K., Overkamp, D., van Marwijk, H. W. J., van Tulder, M. W., & Adriaanse, M. C. (2018). Patients' and practice nurses' perceptions of depression in patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease screened for sub-threshold depression. *BMC Family Practice*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0870-y>
- Pols, A. D., van Dijk, S. E., Bosmans, J. E., Hoekstra, T., van Marwijk, H. W. J., van Tulder, M. W., & Adriaanse, M. C. (2017). Effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: A pragmatic cluster randomized controlled trial. *PloS One*, *12*(8), e0181023. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181023>
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2016). *Delirio, Demencia y Depresión en las Personas Mayores: Valoración y Cuidados*. [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)
- Richter-Sundberg, L., Nyström, M. E., Krakau, I., & Sandahl, C. (2015). Improving treatment of depression in primary health care: a case study of obstacles to perform a clinical trial designed to implement practice guidelines. *Primary Health Care Research & Development*, *16*(02), 188–200. <https://doi.org/10.1017/s1463423614000243>
- Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu, M.-C., Benoit, A., Brouillet, H., Boulianne, I., De Pauw, A., Frigon, S., Gaboury, I., Gaudreault, M., Girard, A., Giroux, M., Grégoire, É., Langlois, L., Lemieux, M., Loignon, C., & Vanasse, A. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*, *17*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0531-y>
- Romera, I., Montejo, Á. L., Aragonés, E., Arbesú, J. Á., Iglesias-García, C., López, S., Lozano, J. A., Pamulapati, S., Yruretagoyena, B., & Gilaberte, I. (2013). Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-83>

- Romero-Sanchiz, P., Nogueira-Arjona, R., García-Ruiz, A., Luciano, J. V., García Campayo, J., Gili, M., Botella, C., Baños, R., Castro, A., López-Del-Hoyo, Y., Pérez Ara, M. Á., Modrego-Alarcón, M., & Mayoral Cleries, F. (2017). Economic evaluation of a guided and unguided internet-based CBT intervention for major depression: Results from a multi-center, three-armed randomized controlled trial conducted in primary care. *PloS One*, *12*(2), e0172741. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172741>
- Rodriguez-Ruiz, P.(2020). Análisis del coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en atención primaria frente a tratamiento convencional. [Tesis doctoral, Universidad complutense de Madrid]. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/10793>
- Rúa, O., Sánchez, V., Velilla Jiménez, L. M., & Hernández Calle, J. (2022). Síntomas de depresión y calidad de vida relacionados con la salud en personas mayores: una revisión. *Psicología Desde El Caribe*, *3*.
- Roaldset, Å., & Sandberg, H.R. (2019). *Effect of group psychoeducation for major depressive disorder: a systematic review*. [Master's Thesis Public Health, University of Norway] thesis.pdf (uit.no)
- Sánchez, C., Raya, A., Ibáñez, L., & Valls, M. (2009). Psycho-education group therapy in patients with anxiety and depression in Barcelona Primary Care. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, *41*(4).
- Sanz, J., Vera, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos Spanish adaptation of the Beck Psychometric features in patients with. *Clínica y Salud*, *16*, 121–142.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general The spanish adaptation of Beck ' s Depression Inventory-II. *Clinica y Salud*, *14*(3), 249–280.

- Schlicht, K., Morgan, M. A. J., Fuller, J., Coates, M. J., & Dunbar, J. A. (2013). Safety and acceptability of practice-nurse-managed care of depression in patients with diabetes or heart disease in the Australian TrueBlue study. *BMJ Open*, *3*(4), e002195. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002195>
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *45*(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59 Suppl 20*, 22-33;quiz 34-57.
- Sinnige, J., Braspenning, J., Schellevis, F., Stirbu-Wagner, I., Westert, G., & Korevaar, J. (2013). The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases – A systematic literature review. *PloS One*, *8*(11), e79641. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079641>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *40*(5–6), 311–339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Sporinova, B., Manns, B., Tonelli, M., Hemmelgarn, B., MacMaster, F., Mitchell, N., Au, F., Ma, Z., Weaver, R., & Quinn, A. (2019). Association of mental health disorders with health care utilization and costs among adults with chronic disease. *JAMA Network Open*, *2*(8), e199910. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9910>
- Subdirección General de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos re-



- lacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Salud\_mental\_datos.pdf (sanidad.gob.es)
- Svenningsson, I., Udo, C., Westman, J., Nejati, S., Hange, D., Björkelund, C., & Petersson, E.-L. (2018). Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(4), 355–362. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1529018>
- Sweileh, W. M. (2018). Analysis of global research output on diabetes depression and suicide. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0214-2>
- Tawfik, N. M., Sabry, N. A., Darwish, H., Mowafy, M., & Soliman, S. S. A. (2021). Psychoeducational program for the family member caregivers of people with dementia to reduce perceived burden and increase patient's quality of life: A randomized controlled trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 215013272110140. <https://doi.org/10.1177/21501327211014088>
- Tully, P. J., & Baumeister, H. (2015). Collaborative care for comorbid depression and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 5(12), e009128. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009128>
- Turkel, M. C., Watson, J., & Giovannoni, J. (2018). Caring Science or Science of Caring. *Nursing Science Quarterly*, 31(1), 66–71. <https://doi.org/10.1177/0894318417741116>
- Unutzer, J., Katon, W. J., Fan, M.-Y., Schoenbaum, M. C., Lin, E. H. B., Della Penna, R. D., & Powers, D. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *The American Journal of Managed Care*, 14(2), 95–100.
- US Preventive Services Task Force, Barry, M. J., Nicholson, W. K., Silverstein, M., Chelmow, D., Coker, T. R., Davidson, K. W., Davis, E. M., Donahue, K. E., Jaén, C. R., Li, L., Ogedegbe, G., Pbert, L., Rao, G., Ruiz, J. M., Stevermer, J. J., Tsevat, J., Underwood, S. M., & Wong, J. B. (2023). Screening for depression and suicide risk in adults: US Preventive Services

- Task Force recommendation statement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 329(23), 2057. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.9297>
- Valencia-Contera, M. A., & Melita-Rodríguez, A. (2022). Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere. Revista De Enfermería*, 6(1). <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>
- Valencia-Rico, C. L., & Burbano-López, C. (2020). Vivir con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica: una historia condicionada por los síntomas. *Enfermería clínica*, 30(5), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.012>
- Valenzuela, M. J., Münzenmayer, B., Osorio, T., Arancibia, M., & Madrid, E. (2018). Sintomatología depresiva y control metabólico en pacientes ambulatorios portadores de diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica de Chile*, 146(12), 1415–1421. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018001201415>
- Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., & Serrano-Aguilar, P. (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics*, 27(4), 746–761. <https://doi.org/10.1002/hec.3633>
- Van Manen, J. G. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 57(5), 412–416. <https://doi.org/10.1136/thorax.57.5.412>
- Vannoy, S. D., Arean, P., & Unützer, J. (2010). Advantages of using estimated depression-free days for evaluating treatment efficacy. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(2), 160–163. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.2.160>
- Valls, C., (2020). *Mujeres invisibles para la medicina* (Capitan Swing, Ed.).
- Vázquez Calatayud, M. & Eseverri Azcoiti, M.C. (2010). The caring of family members in the intensive care units from the Jean Watson perspective. *Enfermería intensiva*, 21(4), 161-164.
- Vieta, E., Alonso, J., Pérez-Sola, V., Roca, M., Hernando, T., Sicras-Mainar, A., Sicras-Navarro, A., Herrera, B., & Gabilondo, A. (2021). Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *European Neuropsychopharma-*

- cology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 50, 93–103. <https://doi.org/10.1016/j.euro-neuro.2021.04.022>
- Villamil-Salcedo, V., Vargas-Terrez, B. E., Caraveo-Anduaga, J., González-Olvera, J., Díaz-Anzaldúa, A., Cortés-Sotres, J., & Pérez-Ávila, M. (2018). Glucose and cholesterol stabilization in patients with type 2 diabetes mellitus with depressive and anxiety symptoms by problem-solving therapy in primary care centers in Mexico City. *Primary Health Care Research & Development*, 19(01), 33–41. <https://doi.org/10.1017/s1463423617000512>
- Webster, L. A. D., Ekers, D., & Chew-Graham, C. A. (2016). Feasibility of training practice nurses to deliver a psychosocial intervention within a collaborative care framework for people with depression and long-term conditions. *BMC Nursing*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0190-2>
- Weiner, L., Garcia-Krafes, E., Garcia, S., Berthomier, C., Morali, A., Metzger, J.-Y., Weibel, S., Javelot, H., & Bertschy, G. (2018). IDEM-dépression : caractéristiques et évaluation d'un groupe ouvert combinant psycho-éducation et thérapie cognitivo-comportementale. *L'Encephale*, 44(2), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.09.004>
- Wilcox, M. E., Freiheit, E. A., Faris, P., Hogan, D. B., Patten, S. B., Anderson, T., Ghali, W. A., Knudtson, M., Demchuk, A., & Maxwell, C. J. (2016). Depressive symptoms and functional decline following coronary interventions in older patients with coronary artery disease: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0986-3>
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59–65. <https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59>
- Wong, S. Y. S., Sun, Y. Y., Chan, A. T. Y., Leung, M. K. W., Chao, D. V. K., Li, C. C. K., Chan, K. K. H., Tang, W. K., Mazzucchelli, T., Au, A. M. L., & Yip, B. H. K. (2018). Treating subthreshold depression in primary care: A randomized controlled trial of

- behavioral activation with mindfulness. *Annals of Family Medicine*, 16(2), 111–119. <https://doi.org/10.1370/afm.2206>
- World Health Organization. (2017). Género, equidad y derechos humanos. In *Who*. <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>
- World Health Organization Geneva. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization. WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf
- World Health Organization. (2021). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Wu, S., Ell, K., Jin, H., Vidyanti, I., Chou, C.-P., Lee, P.-J., Gross-Schulman, S., Sklaroff, L. M., Belson, D., Nezu, A. M., Hay, J., Wang, C.-J., Scheib, G., Di Capua, P., Hawkins, C., Liu, P., Ramirez, M., Wu, B. W., Richman, M., ... Guterman, J. (2018). Comparative effectiveness of a technology-facilitated depression care management model in safety-net primary care patients with type 2 diabetes: 6-month outcomes of a large clinical trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e147. <https://doi.org/10.2196/jmir.7692>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

---

# 13 ANEXOS

---

## 13.1. ANEXO 1: PROTOCOLO DEL ESTUDIO

STUDY PROTOCOL

Open Access

# Effectiveness of a psychoeducation group intervention conducted by primary healthcare nurses in patients with depression and physical comorbidity: study protocol for a randomized, controlled trial



Rocío Casañas<sup>1,2\*</sup>, Jaume Martín Royo<sup>3,4</sup>, María Isabel Fernández-San-Martin<sup>4,5</sup>, Antonia Raya Tena<sup>6</sup>, Jacobo Mendioroz<sup>7,14</sup>, Glòria Sauch Valmaña<sup>6,14</sup>, Roser Masa-Font<sup>8</sup>, Marc Casajuana-Closas<sup>2,13</sup>, Eva María Fernández Linares<sup>9</sup>, Cèlia Cols-Sagarra<sup>10</sup>, Susana González Tejón<sup>11</sup>, Quintí Foguet-Boreu<sup>2</sup> and Luis Miguel Martín López<sup>12,13</sup>

## Abstract

**Background:** Depressive disorders are the third leading cause of consultation in primary care, mainly in patients with chronic physical illnesses. Studies have shown the effectiveness of group psychoeducation in reducing symptoms in depressive individuals. Our primary aim is to evaluate the effectiveness of an intervention based on a psychoeducational program, carried out by primary care nurses, to improve the remission/response rate of depression in patients with chronic physical illness. Secondarily, to assess the cost-effectiveness of the intervention, its impact on improving control of the physical pathology and quality of life, and intervention feasibility.

**Methods/design:** A multicenter, randomized, clinical trial, with two groups and one-year follow-up evaluation. Economic evaluation study.

**Subjects:** We will assess 504 patients (252 in each group) aged > 50 years assigned to 25 primary healthcare centers (PHC) from Catalonia (urban, semi-urban, and rural). Participants suffer from major depression (Beck depression inventory: BDI-II 13–28) and at least one of the following: type 2 diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and/or ischemic cardiopathy. Patients with moderate/severe suicide risk or severe mental disorders are excluded. Participants will be distributed randomly into the intervention group (IG) and control (CG).

**Intervention:** The IG will participate in the psychoeducational intervention: 12 sessions of 90 min, once a week led by two Primary Care (PC) nurses. The sessions will consist of health education regarding chronic physical illness and depressive symptoms.

**Main measurements:** Clinical remission of depression and/or response to intervention (BDI-II).

(Continued on next page)

\* Correspondence: [roocio.casanas@chmrcorts.com](mailto:roocio.casanas@chmrcorts.com)

<sup>1</sup>Research Department, Associació Centre Higiene Mental Les Corts, Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Guzmán I DARP/Gol, Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

(Continued from previous page)

**Secondary measurements:** Improvement in control of chronic diseases (blood test and physical parameters), drug compliance (Morisky-Green test and number of containers returned), quality of life (EQ-5D), medical service utilization (appointments and hospital admissions due to complications), and feasibility of the intervention (satisfaction and compliance). Evaluations will be blinded, and conducted at baseline, post-intervention, and 12 months follow-up.

**Discussion:** Results could be informative for efforts to prevent depression in patients with a chronic physical illness.

**Trial registration:** NCT03243799 (registration date August 9, 2017)

**Keywords:** Depression, Primary healthcare, Chronic physical illness, Nurses, Psychoeducation

## Background

Depression is considered a major public health issue in industrialized societies [1], and has been associated with greater morbidity and mortality, and increased healthcare utilization and costs [2–4]. In primary care, depression is one of the most frequent causes of consultation [5] and is particularly common in patients with physical illnesses. The prevalence of depression worldwide is 4.4%, in Spain it represents 5.2% [6] reaching up to 30% in populations with chronic physical conditions when taking into account symptoms and disorders [2]. For instance, in diabetic patients the risk of depression is twice that of the general population [2]. According to the World Health Organization (WHO) by 2030 it will be the principal cause of disability in the world [7].

The concomitance of physical illness and depression not only decreases the patient's response to anti-depressive treatment but also worsens control of their organic pathologies, results in unhealthy habits (diet and exercise), and leads to lower treatment compliance [8]. As a consequence, the economic burden of healthcare is greater in such individuals with depression than those without [7]. For instance, patients with depression and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) can present exacerbations of common respiratory symptoms which require a greater number of visits to the emergency room and hospitalization [9]. It is thus becoming increasingly necessary to design strategies aimed at detecting and treating depression in patients with associated physical comorbidity in order to reduce depressive symptoms and disorders, and improve general health.

A number of studies has shown that preventive interventions, particularly stepped-care ones, can lead to a reduction of up to 25% in the rate of depression in diseases such as diabetes [10]. Most of the research, however, has been focused on reducing depressive symptoms and disorders, and there is less directed at obtaining health benefits regarding the parameters of the associated medical illness [11, 12]. According to the literature, there are greater benefits to be had from intervening rather than not [10,11]. Nevertheless, there is some controversy over whether specific and specialized

interventions are better than more general ones such as health education regarding the associated chronic pathologies [13, 14]. As an example, the DIAMOS study reported that behavioral techniques led to both a decrease in depressive symptoms and a reduction in blood glucose levels [15].

With regard to psychoeducation, it has been demonstrated that it is an effective therapy in the treatment of depression in adults [16, 17] as it decreases depressive symptoms and risk of relapse/recurrence, and improves treatment compliance [17–19]. Adherence to psychoeducation interventions is high, according to some authors, with a reported attendance of 73–87% in all the group sessions [18, 20]. Moreover, such therapy could be carried out in primary care by community nurses with previous training [18, 20].

We present a study protocol of a randomized controlled trial aimed at evaluating the effectiveness of a psychoeducation group intervention carried out by primary care nurses in patients with depression and chronic physical illness (diabetes, COPD, asthma and/or ischemic cardiopathy). The main objective is to evaluate whether such an intervention improves the rate of remission and response of depression in these patients. Secondary ones include assessing the cost-effectiveness and feasibility of the intervention, its efficacy in improving control of the physical pathology, and its impact on health-related quality of life (HRQoL).

The primary hypothesis is that in patients with chronic physical disease psychoeducation group therapy provided by primary care nurses can achieve a greater rate of remission and response of depression than habitual clinical practice.

## Methods/design

### Study design

A randomized, multi-center, clinical trial composed of two groups with blinded response variables and a one-year follow-up. A cost-effectiveness study will also be performed. When each primary healthcare center (PHC) has a sample of 24 patients these are randomly allocated to either an intervention group (IG) or a control (CG).



Data will be collected at baseline, and at 3 and 12 months post-intervention.

**Sample**

The participants are patients aged > 50 years assigned to PHC from different locations: Barcelona city (1,200,066), the central area of Catalonia (192,000), and the southern area (132,000). Such a territorial representation provides patients from urban, semi-urban, and rural areas.

Inclusion criteria are: 1) the presence of at least one of the following physical diseases: diabetes mellitus type 2, COPD, asthma, and ischemic cardiopathy; 2) a score > 12 on the Beck Depression Inventory score (BDI-II) [21, 22] Spanish version adapted by Sanz et al. [23–25], and confirmation of major depression according to DSM-IV criteria with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI); 3) adherence to a one-year follow-up with the same PHC team; 4) signed informed consent.

Exclusion criteria are: 1) diagnosis of dementia or moderate/elevated cognitive decline (5 or more errors on the Pfeiffer scale); 2) major depressive disorder with psychotic symptoms or other serious psychiatric comorbidities; 3) elevated/moderate risk of suicide (a score of ≥ 6 on the MINI scale); 4) drug of abuse dependence disorders (including alcohol); 5) physical illness at an advanced stage; 6) inability to attend the PHC; 7) under psychological therapy from the Community Mental Health Team; 8) inability to understand Spanish/Catalan.

Patients receiving anti-depressive/anxiolytic treatment are not excluded. Their data are collected and considered as covariables.

**Sample size**

A power analysis will be conducted to determine the appropriate sample size. A previous study of psychoeducation programs [18] reported a remission rate at 9 months follow-up of 40% in the IG and 26% in the CG. Assuming a 5 and 20% alpha and beta risk, respectively, 189 patients are required for each group. Due to a number of reasons, an approximately 25% dropout rate is expected, consequently, 252 participants per group need to be recruited (total  $n = 504$ ). In addition, 25 PHC are required each with a mean of 20 patients (IG  $n = 10$ , CG  $n = 10$ ).

**Intervention**

**Description of the psychoeducation group intervention**

In order to homogenize the interventions, the research group has developed a protocol of 12 weekly sessions lasting 90 min led by two primary care nurses. Each group is made up of 8–12 participants [26]. The sessions will be held on PHC premises which have the necessary space and equipment.

The objectives of the 12 sessions are depicted in Table 1. The program provides: 1) health education about chronic pathology and depressive symptoms; 2) information on the relationship between depressive symptoms and chronic pathology; 3) health education regarding: diet, physical exercise, sleep, pleasant activities, social skills, pharmacological treatment, and adherence to treatment; 4) breathing techniques; 5) problem solving, behavioral activation, and cognitive-behavioral perspective on depression; and 6) self-esteem and assertiveness [26].

To enhance the active role of the patient, each session is accompanied with homework. The participants are free to continue under pharmacological treatment.

**Description of the control group**

Members of the CG receive their usual treatment, that is to say, they can consult their family doctor/nurse as needed with no set pattern. The appointments last from 10 to 20 min and for both groups the healthcare professionals use their own criteria (usual clinical practice) regarding the chronic pathology and depressive symptoms.

The nurses receive prior training based on the intervention protocol [26] including the content of the 12 sessions. It consists of 20 h (10 theory and 10 practice) and is given by psychologists and nurses specialized in mental health.

**Table 1** Content of the psychoeducational group program

Sessions	Objectives
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• First contact with the group</li> <li>• Identification of depressive symptoms</li> <li>• Information on chronic pathology versus chronicity</li> <li>• Information on the relationship between depressive symptoms and chronic pathology</li> <li>• Breathing techniques</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavioural Activation I: Concern and problems.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavioural Activation II: Concern and problems.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How to take care to advance I</li> <li>➤ Healthy diet</li> <li>➤ Motivation for change (resources and difficulties)</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How to take care to advance II</li> <li>➤ Physical exercise</li> <li>➤ Pleasant activities, social skills</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How to take care to advance II</li> <li>➤ Sleep</li> <li>➤ Therapeutic compliance</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problem solving I</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problem solving II</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-esteem and assertiveness</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitive-behavioural perspective I</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cognitive-behavioural perspective II</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Group farewell</li> <li>• Final evaluation</li> </ul>

### Recruitment process

The recruitment process for the trial began in September 2017. All eligible PHC located in Barcelona city, the central area of Catalonia (Bagés, Berguedà, and Solsonés) and the southern area (Baix Llobregat Nord) have been contacted and encouraged to participate in the study. The PHC who express interest receive a team presentation, explanatory dossiers, and informed consent papers. Those who wish to take part are required to consecutively recruit 16–24 patients who, after meeting inclusion criteria and signing the informed consent, will be randomized into two equally sized groups (IG and CG).

Different groups of healthcare workers will be involved in the field work:

- Recruiters: the patient's assigned doctor and/or nurse.
- Nurses leading the psycho-educational groups, two per PHC.
- Evaluators blinded to the groups who carry out interviews at baseline, and at 3 months, and 12 months post-intervention.
- An external researcher in charge of patient randomization which is performed once all the necessary number of patients have signed the consent forms. The data gathering phases are explained in the work plan section.

All outcome variables will be assessed three times: prior to study commencement (baseline), after 3 months, and at 12 months after inclusion in the individual data collection sessions. Information about data collection and intervention programme timeline are detailed in the Table 2.

Ethical approval has been provided by the Comitè Ètic d'Investigació (CEI), Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, Spain.

### Measures

The selected variables and instruments, as well as the evaluation program timeline, are detailed in Table 3. Data will be imported using an online survey tool and include:

#### Diagnostic variables

- Diagnosis of depression* according to the MINI interview [27, 28].
- Physical diseases* (code CIE-10). Diagnosis of diabetes mellitus (E11-E14 and sub-groups), COPD (J43-J44 and sub-groups), asthma (J45), and/or ischemic cardiopathy (I20-I25 and sub-groups) as registered in the patients' medical records and confirmed by their family doctor [29].

- Risk of suicide* evaluated by the MINI interview [27, 28].
- Pfeiffer Scale* to detect cognitive impairment [30, 31]. This is a hetero-administered questionnaire made up of 10 items and scored from 0 to 10 (errors). From 5 onwards an individual is considered to present moderate/severe cognitive decline.

#### Socio-demographic variables:

Sex, age, civil status, educational level (without studies / incomplete primary ones / completed primary ones / secondary ones / higher education), employment status (employed / housewife / unemployed / disabled / retired). Assigned PHC: rural (doctor's surgery) / semi-urban (PHC with a population < 15,000 inhabitants) / urban (PHC with a population ≥ 15,000 inhabitants).

#### Primary outcomes

- Clinical remission and/or response of depression* at short and long-term (one year follow-up) of the intervention following Riedel et al. [32]: clinical remission considered as a reduction in the rating < 13 of the BDI-II; response to the intervention as a decrease of at least 50% in the initial evaluation of depressive symptoms according to the BDI-II.

#### Secondary outcomes

- Improvement in the control of the chronic pathology* at 12 months follow-up:
  - Diabetes mellitus: controlled with glycosylated hemoglobin, HBA1C (%) [33, 34].
  - COPD: lung function measured by post bronchodilator expiratory volume (FEV1). Dyspnea evaluated by the modified score of the Medical Research Council (mMRC), at 5 points [35, 36].
  - Asthma: lung function measured by post bronchodilator expiratory volume (FEV1). Determination of peak expiratory flow (PEF) [37].
  - Ischemic cardiopathy: measurement of levels of low-density lipoprotein cholesterol and blood pressure [38].
- Adherence to medication* is assessed by the *Morinsky-Green* test [39] and the comparison between containers collected in the pharmacy and those prescribed. It will be performed for all the prescribed medication for both groups.
- Quality of life* as measured with the *EuroQol (EQ-5D-5L)* questionnaire. (Original: EuroQol Group 1996. Spanish adaptation: Badia et al. 1999) [40, 41].
- Utilization of healthcare services* during the study period. This includes: number of hospital

**Table 2** Data collection and intervention programme timeline

	2017				2018				2019											
	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb-Apr	May	Jun	Jul-Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	
Informed Consent	X	X	X	X	X	X	X	X												
<b>Measuring points</b>																				
Baseline period (T <sub>0</sub> )		X	X	X	X	X	X	X												
Post-intervention period (T <sub>1</sub> ) (3 mo)						X	X	X		X	X	X	X							
Post-intervention period (T <sub>2</sub> ) (12 mo)										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Interventions in PHC</b>																				
Intervention in PHC IG																				

Abbreviation: PHC primary healthcare center, IG intervention group, mo months

**Table 3** Outcome measures

Outcome measures	Timeline		
	Pre-intervention	Post-intervention	
		3 mo	12 mo
1. Socio-demographic variables			
Sex, age, marital status, educational level, employment status, reference PHC	X		
2. Diagnostic variables			
Diagnosis depression: MINI	X		
Diagnosis chronic physical illness: ICD-10	X		
Suicide risk MINI	X		
Cognitive impairment: Pfeiffer questionnaire	X		
3. Clinical variables			
Depressive symptoms: BDI-II questionnaire	X	X	X
Anxiety symptoms: HARS questionnaire	X	X	X
Quality of life: EQ-5D-5L questionnaire	X	X	X
Pharmacotherapy	X	X	X
Therapeutic compliance: Morisky-Green test	X	X	X
Feasibility of the intervention	X	X	
4. Blood test and Physical parameters			
Type 2 diabetes mellitus: Analytical HbA1C	X		X
COPD: FEV1 and Medical Research Council (mWRQ)	X		X
Asthma: Spirometry and Peak flow	X		X
Ischemic heart disease: Analytical cholesterol LDL and Blood pressure	X		X
5. Costs variables			
Pharmacological Treatment	X	X	X
Utilization of services: PHC and hospital	X	X	X
Other comorbidities	X		X
Costs derived from the intervention	X	X	X

Abbreviations: mo months, BDI-II Beck Depression Inventory secondary edition, COPD Chronic obstructive pulmonary disease, EQ EuroQoL, FEV1 Forced expiratory volume, HARS Hamilton Anxiety Rating Scale, HbA1C Hemoglobin A1C test, ICD-10 International classification of diseases-10th revision, MINI Mini international neuropsychiatric interview, PHC Primary Healthcare Centers

admissions (emergency room and ward) due to complications arising from diabetes, COPD, and ischemic cardiopathy (yes/no), and psychiatric pathology (yes/no): mental health referrals (yes/no) and number; and consultations with the family doctor/nurse (yes/no) and number.

5. *Variables resulting from the intervention with respect to its feasibility.* A questionnaire with 10 items and a Likert scale of 4 categories regarding satisfaction is administered to the patients on completing the intervention. Adherence is assessed through the number of sessions each IG patient attends. An adherence variable is calculated for the intervention:  $\geq 75\%$  attendance or less.

#### Confounding variables and effect modifiers

1. *Pharmacological treatment.* The defined daily dose for each active ingredient is established during the follow-up period taking into account the number of days, the dosage, and the route of administration. The registered active ingredients belong to the following groups: antidepressants, anxiolytics, antidiabetics (oral, insulin), bronchodilators (selective agonists of Beta2 - adrenergic, anticholinergic), anti-inflammatories: corticosteroids, antihypertensives, and dyslipidemics.
2. *Other associated comorbidities:* cardiac insufficiency, atrial fibrillation, cardiovascular disease, peripheral vascular disease, other chronic diseases.
3. Participation in *other mental health therapies* given by psychologists and psychiatrists.
4. *Anxiety evaluated with the HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale* [42].
5. *History of previous depressive episodes* (yes/no).

#### Cost variables

Expenses included in the cost-effectiveness analysis:

1. *Use of primary care services:* consultation fees according to professional status and level of care.
2. *Use of hospital services:* hospitalization and emergency room consultations.
3. *Cost of psychotropic medication consumed during the study:* anxiolytics and antidepressants according to the current catalogue from the Pharmacist Association.
4. *Derived costs:* training and supervision of the nurses responsible for leading the sessions, their working hours spent with the groups, and expenses related to material used in the sessions and given out to the participants. In order to calculate the cost of the resources 2016 Oblikue rates are employed [43].

#### Statistical analysis

The analysis is performed on an intention-to-treat basis. All the patients who have signed the informed consent and attended the initial interview are included. Missing data from the BDI-II evaluation during follow-up will be substituted by the last registered value (Last Observation Carried Forward strategy). At the beginning of the study descriptive statistics will be performed to evaluate the homogeneity between the two groups (IG and CG) with respect to demographic, clinical, and service utilization variables. In order to measure the main objective (rate of remission and response) logistic regression is employed in which the dependent variable is dichotomous (rate of remission and response). The patient's group is the independent variable. Raw and adjusted odds ratio (OR) are calculated according to age, sex, pharmacologic treatment, and comorbidity. Repeated measure ANOVA analysis will be performed to determine the evolution of the dependent variables during follow-up. For the secondary resulting variables, control of the physical pathologies will be measured by logistic regression in which the dependent variable is dichotomous (control yes/no). The models will be adjusted in the same way as the principal one. Variable differences in the BDI-II rating and other scores with respect to baseline will be calculated. Student's t test will be employed for the comparison between the groups' variables and standardized effect size (SES; Kazis et al.1989) [44].

The economic analysis will be carried out with a cost-effectiveness analysis to compare the expenses incurred from the psychoeducation intervention with those from habitual clinical practice over 1 year. The QALYs (quality-adjusted life years) obtained from the EuroQol questionnaire will provide the variable of effectiveness. That of cost will be obtained by measuring all the direct expenses generated by the participants from both groups and including any other related information. For instance, primary care consultations, referrals to specialists, hospitalization, additional tests, analytical tests, and medication expenses. The ratios and incremental costs for the IG versus CG will be calculated. Prices will be based on those of 2016 as the Oblikue database is the most complete for that period. As the healthcare costs will be generated over various years a constant discount rate of 3% per year will be applied. Finally, for the items with the greatest presence in the overall cost, a deterministic sensitivity analysis will be carried out to ensure robustness and reliability of the results obtained [45].

#### Discussion

This article describes a study design for investigating the effectiveness of a psychoeducation group intervention carried out by PC nurses. It is aimed at reducing depressive symptoms in individuals with chronic physical

disease (diabetes mellitus, COPD, asthma, ischemic cardiopathy) and comparing intervention results with usual clinical practice. A secondary objective is to assess the impact of the intervention on improving control of the physical pathology.

Psychoeducation group interventions have been shown to be effective in reducing depressive symptoms, decreasing the risk of relapse and recurrence, and improving treatment compliance in patients with both depression and an organic, physical disease. In comparison with the general public, depressive patients present a worse control of their physical pathology, less adherence to treatment, and poorer fulfillment of healthy lifestyle habits.

Our results could encourage the implementation of such interventions for patients with depression and chronic organic pathologies within the community, a setting where most of them are attended. If its effectiveness is demonstrated, as a specific, brief intervention that requires relatively few hours of training, it could be carried out by nurses with previous instruction.

A major strength of our work is that the results will be obtained from a naturalistic study as close as possible to the usual clinical practice found in primary care. As a result, it is an intervention that can easily be implemented in such a setting without considerable organizational or structural modifications.

Some limitations include the fact that the nurses who carry out the intervention are aware of the groups the patients belong to. Nevertheless, blinding of some key stages of the study, such as randomization, evaluation of outcomes/confounder variables, and statistical analysis will be maintained. Second, for a long-term follow-up under normal conditions a dropout rate of 25% is expected. In the case of missed appointments and intervention sessions it is hoped that patient adherence will be ensured through telephone calls (at least three times per appointment, one of which is 24 h prior to the appointment) unless the patient has stated reluctance to participate. Third, the patients will present varying pathologies which will increase the heterogeneity of the sample. Nevertheless, most of the patients attended at the PHC present comorbidities and their inclusion represents a greater generalization of results. Fourth, in order to avoid the effect of contamination, patients assigned to the two nurses leading the IG from the same center will be excluded. Fifth, there could be some difficulty in recruiting a sufficient number of patients.

To the best of our knowledge, this is the first study evaluating the effectiveness of a psychoeducation group intervention with patients suffering from both depression and a chronic organic pathology (diabetes mellitus, COPD, asthma, and ischemic cardiopathy) to be carried out by community nurses in a primary care setting.

#### Abbreviations

BDI-II: Beck Depression Inventory - Second edition; CG: Control Group; COPD: Chronic obstructive pulmonary disease; IG: Intervention Group; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; PC: Primary Care; PHC: Primary Healthcare Center

#### Acknowledgements

We would like to thank the collaboration of the Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Guàrdia (IDiAP/Gol) and the Unitat de Suport a la Recerca de Catalunya Central and Barcelona Ciutat of the Institut Català de la Salut, for their support whenever it is been required.

#### Authors' contributions

All the authors have contributed to the design and content of the study protocol. MF and RC are responsible for the coordination of the study and obtaining funding. More specifically, MF, RC, RM, LMM and JM1 are responsible for the design of the study and writing the initial manuscript draft. AR, EF, JM1 and RC have developed the content of the 12 modules of the psychoeducation group program, and they have supervised the development of the interventions in the primary healthcare centers. BM2, CP, GS, SG and CC are responsible for the data collection, fieldwork, and fundraising. MF, RC, RM and MC oversee epidemiological and statistical expertise and the measuring instruments, and MC is responsible for the economic evaluation study. All authors read and approved the final version of the manuscript.

#### Funding

The trial received a research grant from the Carlos III Institute of Health, Ministry of Economy and Competitiveness (Spain). This was awarded in the 2016 call for tenders under the Health Strategy Action 2015–2016, within the National Research Programme aimed at Societal Challenges, within the Technical, Scientific and Innovation Research National Plan 2013–2016, with reference P16/184 and was co-funded by European Union ERDF funds (European Regional Development Fund).

In addition, the trial has received a nursing research innovation grant from the Department of Health of the Generalitat de Catalunya (Spain). This was awarded in the 2017 call for tenders under the Health Research and Innovation Strategic Plan (PERS) 2016–2020 with reference S.7002/17/00096.

#### Availability of data and materials

All the principal investigators of the study will have access to the complete dataset, and the datasets generated and analysed during the current study will be available from the corresponding author. Results generated during this study will be published in peer-reviewed journals and at national/international congresses.

The program has been designed in accordance with CONSORT guidelines, and registration at clinicaltrials.gov will be expected to facilitate transparency and reporting.

#### Ethics approval and consent to participate

Ethical approval has been provided by the Comitè Ètic d'Investigació (CEI), Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Guàrdia (IDiAP/Gol), Barcelona, Spain. This independent ethics committee has approved the trial study protocol with reference number P16/184. It has been registered at the ClinicalTrials.gov register NCT03243799 (August 9, 2017).

Written informed consent from all patients participating in the study will be requested.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Author details

<sup>1</sup>Research Department, Associació Centre Higiene Mental Les Corts, Barcelona, Spain. <sup>2</sup>Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Guàrdia (IDiAP/Gol), Barcelona, Spain. <sup>3</sup>Centre d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP) Casernes, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>4</sup>Unitat de Suport a la Recerca Barcelona Ciutat, Fundació

Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDoAPiGoll), Barcelona, Spain. <sup>3</sup>Unitat Docent Multiprofessional Gerència Territorial, Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>4</sup>Centre d'Atenció Primària Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>5</sup>Unitat de suport a la Recerca Catalunya Central, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDoAPiGoll), Barcelona, Spain. <sup>6</sup>Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Línia Prèdica, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>7</sup>Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Línia Prèdica, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>8</sup>Centre d'Atenció Primària Martorell Rural, Institut Català de la Salut, Barcelona, Martorell, Spain. <sup>9</sup>Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain. <sup>10</sup>Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Parc de Salut del Mar (INAD), Consorci Parc de Salut Mar, Barcelona, Spain. <sup>11</sup>Universitat Autònoma de Barcelona, Biblioteca, Cerdanyola del Vallès, Spain. <sup>12</sup>Health Promotion in Rural Areas Research Group (PROSA/PA), Gerència Territorial de la Catalunya Central, Catalan Health Institute, Sant Fost de Bigues Barcelona, Spain

Received: 11 April 2019 Accepted: 29 May 2019  
Published online: 26 June 2019

References

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3:e142.

2. Anderson RL, Freedland KE, Clozue RE, Lutzman PL. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24:1069–78.

3. Salvador-Carulla L, Berdeck M, Fernández A, Albert C, Sabes-Figuera R, Molina C, Knapp M, Costa de depression in Catalonia (Spain). *J Affect Disord*. 2011;132:130–8.

4. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2007;19(4):289–303.

5. Rucci P, Gherardi S, Tomalia M, Piconelli M, Benard D, Bionfi G, et al. Conino MA, Pini S. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J Affect Disord*. 2003;76:171–81.

6. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254619/WHO-MED-MEH-2017-2-eng.pdf>.

7. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/). Accessed 27 June 2013.

8. Nkomo S, Lehr D, Ebert DD, Baumister J, Snook F, Ripper H, Berking M. Efficacy of a web-based intervention with mobile phone support in treating depressive symptoms in adults with type 1 and type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2015;38(5):775–85.

9. National Collaborating Centre for Mental Health. NICE clinical guidelines 91: depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>.

10. Van Dijk S, Poth Aude O, Adriaanse M, Bosmans J, Elders PJA, van Nieuwijk H, van Tilder M. Cost-effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013;13:128.

11. Reynolds CF 3rd, Cuijpers P, Patel V, Cohen A, Das A, Chowdhary N, Oleske O, Dew MA, Anderson SJ, Mazumdar S, Lorch F, Albert SM. Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. *Ann Rev Public Health*. 2012;33:123–35.

12. Stooz CH, Nefs G, Pommer AM, Pop VL, Fouwer F. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2015;184:269–76.

13. Pibernik-Okanovic M, Begic D, Ajdukovic D, Anicijasevic N, Metelko Z. Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression: preliminary results of a randomized controlled trial. *Trials*. 2009;10:78.

14. Pibernik-Okanovic M, Hermans N, Aidukovic D, Kos J, Halek M, Sekerka M, Lovrenic M. Does treatment of subthreshold depression improve depression-related and diabetes-related outcomes? A randomized controlled comparison of psychoeducation, physical exercise and enhanced treatment as usual. *Trials*. 2015;16:305.

15. Schmitt A, Remer A, Ehrmann D, Gulzer S, Haak T, Hermans N. Reduction of depressive symptoms predicts improved glycaemic control: secondary result from the DIMACS study. *J Diabet Complicat*. 2017;31(11):1608–13.

16. Cuijpers P, Andersson G, Denker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011; Dec;69:354–64.

17. Tursi MF, Bies CK, Camacho FR, Fotoli SM, Juarez MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;47:1015.

18. Casañas R, Catalán R, del Val J, Real J, Valero S, Cacia M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012;12:230.

19. Cuijpers P, Mulicet N, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the 'coping with depression' course thirty years later. *Clin Psycho Rev*. 2009;29(4):59–58.

20. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006;2:15.

21. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;45:61–71.

22. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;3:77–100.

23. Sanz J, Friedlson LA, Vaccuez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II). 2. Frecuencias psicométricas en población general. *Clin Salud*. 2003;14(3):249–80.

24. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortun M, Vazquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck G (BDI-II). 3. Frecuencias psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clin Salud*. 2005; 16(2):121–42.

25. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anál Psicol*. 2013;29(1):65–75.

26. Grup de treball del Programa de sessions grupals psicoeducatives per a l'estudi sobre l'efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'atenció primària en pacients amb depressió i comorbilitat física (Estudi PsicoDe). H16/01172. <https://doi.org/10.1006/17000966>.

27. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim J, Janavs J, Wells E, et al. The Mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 2):23–33.

28. Ferrnada L, Boies J, Gbert J. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Versión Española 5.0-C (MINI-5.0-C). Madrid: Instituto IMH; 2000. Accesible a través de: <http://www.academico.com/files/4257297-DOCUMENTV-MinerrevistaRespsiquiatInternacional.pdf>.

29. World Health Organization. Guía de bolsillo de la clasificación ICD-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.

30. Pfeffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433–41.

31. Martínez de la Iglesia J, Cuerns-Herrero R, Oñs Vilhes MC, Aguado Tabern C, Albert Colomer C, Luque Luque F. Adaptación y validación al catalán del cuestionario del Pfeiffer (GWBQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(4):129–34.

32. Bebel M, Woller H, Obermeier M, Scheinisch-Wolff B, Bauer M, Adl M, et al. Response and remission criteria in major depression: A validation of current practice. *J Psychiatr Res*. 2010;44:1061–8.

33. Práctica clínica en la DM2. Análisis crítico de las evidencias por la red CoDePS. 2011. [http://www.redgpc.org/gestor/upload/ffile/guas/gua\\_gedact\\_practica clinica 2010.pdf](http://www.redgpc.org/gestor/upload/ffile/guas/gua_gedact_practica clinica 2010.pdf). Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2.

34. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. Casal M, Pinal Fernández I. Guía de Práctica Clínica de Diabetes tipo 2. *Arch Med*. 2004;10(2):2. <https://doi.org/10.38237/212>. <http://www.archivosmedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-practica-clinica-de-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf>.

35. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. IFCO. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Sanitaria, 2012. Guía de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2011/6. Disponible en: [http://www.guaia.kut.es/GFC/GFC\\_312\\_EPOC\\_Lan\\_Emr\\_resum.pdf](http://www.guaia.kut.es/GFC/GFC_312_EPOC_Lan_Emr_resum.pdf).

36. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Guía Española de la EPOC (GesEPOC. Grupo de Trabajo de GesEPOC. Arch Bronconeumol. 2012; 48(Supl 1):2-58. <https://www.archbronconeumol.org/les-pdf/S000289612700352>.
37. GEMA. Guía Española para el Manejo del Asma 2009. <http://www.seicapsi/documentos/archivos/GEMA%202009.pdf>.
38. Guía de Práctica Clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable Rev Esp Cardiol. 2014;67(12):135e1-135e11.
39. Val Jiménez A, Amoros G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky-Green. Aten Primaria. 1992;10:767-75.
40. Group EQ EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16:199-208.
41. Bada X, Roset M, Moncarmat S, Herdman M, Segua A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. Med Clin. 1999;112(Suppl 1):79-86.
42. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Bada X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc). 2002;118(13):480-520.
43. CBilkae.com Using. Disponible en: <http://www.cbilkae.com/es/plataforma-esalut.html>.
44. Kays LE, Anderson JL, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. Med Care. 1989;27(3 Suppl):S178-89.
45. Drummond MF, Clehans B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of healthcare programmes. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1997.

#### Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

#### Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more [biomedcentral.com/submissions](https://biomedcentral.com/submissions)



## 13.2. ANEXO 2: PROGRAMA FORMACIÓN



### ***Formació conducció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió i comorbiditat física. Estudi PSICODEP.***

#### A qui va dirigit?

Infermeres i professionals sanitaris que participen a l'estudi *Psicodep* fent la intervenció en la conducció de grups psicoeducatius per a persones amb depressió i comorbiditat física a l'Atenció Primària.

#### Dates

**14, 16, 20 i 22 de juny 2017 de 9-14h**

Hores presencials: 20h

Lloc: CAP Bages. C. Soler i March, 6. Manresa (08242)

Aula de formació 5ª planta (dies 14, 20 i 22)

Sala de formació de Plaça Catalunya 2a planta (dia 16)

Localització google maps: <https://goo.gl/maps/PQ1TXsiBuFE2>

#### Docents

- Maria Palacín. Doctora en Psicologia. Directora del Màster de autolideratge i conducció grupal de la U.B.
- Elena Sorribes. Psicòloga. Màster en anàlisi i conducció de grups U.B. Professora associada departament de psicologia social U.B.
- Isabel Moya. Psicòloga clínica i infermera. Terapeuta familiar. USM Badia del Vallès.
- Eva Mª Fernández Linares. Infermera. Conductora de grups psicoeducatius des del 2006. Referent Salut Mental SAP Muntanya. EAP Sant Rafael. Investigadora estudi PSICODEP.
- Antonia Raya Tena. Infermera. Conductora de grups psicoeducatius des del 2006. EAP Dr Lluís Sayé. Investigadora estudi PSICODEP.
- Inés Falder Serna. Infermera. Conductora de grups psicoeducatius des del 2006. EAP Bordeta- Magòria.





### Objectius

- Identificar els diferents elements en la formació i desenvolupament d'un grup per optimitzar la conducció grupal.
- Conèixer els rols dels participants, identificar dificultats i saber resoldre-les.
- Conèixer les tècniques d'intervenció grupal per a aquest tipus de pacient.
- Entrenar les principals habilitats del conductor de grups.
- Donar eines per tal d'identificar patrons d'evitació i intervenir-hi terapèuticament, amb eines comunicacionals i estratègiques.
- Treballar les 12 sessions grupals que componen el "Protocol d'Intervenció Grupal Psicoeducatiu per a pacients amb depressió i comorbiditat física".

### Metodologia

La metodologia emprada en el curs serà experimental i vivencial.

### Programa

#### 14 i 16 juny

9h-14h. Conduir grups i construir en grup. Habilitats i tècniques grupals. Maria Palacín i Elena Sorribes.

#### 20 juny

9h-13h. La trampa de l'evitació de l'experiència. Relació entre resposta emocional i la història personal. Patrons comportamentals. Construir present. Canviant futur. Clarificació de valors. Activació conductual dirigida per valors. ( sessions 2-3 de la intervenció). Isabel Moya.

13h-14h. Aspectes logístics de la intervenció ( circuits reclutament i entrevistadors, calendaris, materials). Eva M<sup>a</sup> Fernández Linares

#### 22 juny

9h-14h. Taller pràctic i treball conjunt del "Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió i comorbiditat física" . ( sessions 1, 4,5,6,7,8,9,10,11 i 12). Antonia Raya Tena i Inés Falder.

### 13.3. ANEXO 3: PLANTILLA CUADERNO RECOGIDA DE DATOS

1. CRITERIOS DE INCLUSION / EXCLUSION	
<p>Buenos días, soy (TU NOMBRE), psicólogo del estudio de investigación Psicodep al que su médico/ enfermera le han invitado a participar.</p>	
<p>El objetivo del estudio es valorar si un programa de educación grupal sirve para mejorar el control de la depresión en pacientes que además presentan otras patologías físicas (diabetes mellitus tipo 2, EPOC, asma y/o cardiopatía isquémica). También se valorará si esta intervención en grupo sirve para mejorar el control de estas enfermedades.</p>	
<p>A continuación le haré una serie de preguntas para valorar si los síntomas que usted tiene cumplen con los requisitos que necesitamos para incluirle en el estudio. Si es así, le explicaré en que consiste (ver consentimiento informado) y si acepta participar firmará un consentimiento informado.</p>	
<p>¿Quiere hacerme alguna pregunta antes de empezar?</p>	
<p>1. Esta persona ha sido entrevistada previamente</p>	
<p><input type="radio"/> Sí</p>	
<p><input type="radio"/> No</p>	
<p>2. Motivo de la re-entrevista</p>	
<input type="text"/>	
<p>* 3. CIP: Número de identificación participante (Copia y pega directamente de la HC) Asegúrate que el CIP es el correcto</p>	
<input type="text"/>	
<p>* 4. Rellene la siguiente información para comprobar que el CIP corresponda a la persona entrevistada</p>	
<p>DOS PRIMERAS LETRAS del primer apellido <input type="text"/></p>	
<p>DOS PRIMERAS LETRAS del segundo apellido <input type="text"/></p>	
<p>5. Sexo</p>	
<p><input type="radio"/> Hombre</p>	
<p><input type="radio"/> Mujer</p>	
<p>6. Fecha de nacimiento</p>	
<p>Fecha <input type="text"/> DD / <input type="text"/> MM / <input type="text"/> AAAA</p>	

7. Centro de Atención Primaria de la persona

\_\_\_\_\_

\* 8. Fecha entrevista

Fecha  /  /

\* 9. ¿La persona acude a la visita?

Sí

No

10. Motivo por el que no acude

No se sabe

Traslado

No quiere participar

Éxito

Ingreso hospital

Otro (especifique)

\_\_\_\_\_

REVISAR QUE LA PERSONA CUMPLE TODOS LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

\* 11. Especificación Criterios de inclusión ¿El paciente cumple los criterios de inclusión?

	SI	NO
Paciente mayor de 50 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanencia en la zona de referencia del centro donde se recluta el paciente, de un mínimo de un año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leer en castellano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de alguna de las siguientes patologías físicas (Asma, Diabetes Mellitus, EPOC, Cardiopatía Isquémica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 12. ¿El paciente cumple los criterios de inclusión?

Sí

No

## 13.4. ANEXO 4: CERTIFICADO COMITÉ DE ÉTICA DE LA IDIAP



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

#### CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 22/02/2017, ha avaluat el projecte ***Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por enfermeras de Atención Primaria en pacientes con depresión y comorbilidad física*** amb el codi **P16/184** presentat per l'investigador/a **Maria Isabel Fernández San Martín**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 24/02/2017



## INFORME DEL COMITÈ D'ÈTICA EN INVESTIGACIÓ

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

### CERTIFICA

Que aquest Comitè en la reunió del dia 28/04/2021, ha avaluat el projecte:

---

**Codi CEI:** 21/056-P

**Investigador Principal:** Antonia Raya

**Investigador IDIAP:** Antonia Raya

**Títol:** Anàlisi fenomenològic dels diaris d'observació i les narratives de les infermeres participants a l'estudi PSICODEP

---

Revisat i debatut el protocol per a realitzar l'estudi esmentat, considera que:

1. L'estudi avaluat compleix amb tots els requeriments metodològics i tècnics
2. Les competències i habilitats dels investigadors i els medis disponibles són els adequats per a realitzar l'estudi
3. L'estudi compleix amb els principis de la Declaració de Helsinki i els requeriments reglamentaris aplicables en aspectes ètics i de protecció de dades

El Comitè d'Ètica en Investigació de l'IDIAPJGol considera el següent dictamen: **Aprovat.**

El CEI de l'IDIAPJGol compleix amb les normes de BPC (CHMP/ICH/135/95) i amb la legislació vigent que regula el seu funcionament, i podeu consultar la composició dels seus membres en el següent enllaç: <https://www.idiapjgol.org/index.php/ca/presentacio>

Rosa Morros Pedrós  
Presidenta  
Comitè Ètic d'Investigació Clínica  
IDIAP Jordi Gol

Barcelona, 11/05/2021

40882722S

ROSA MARIA  
MORROS PEDRÓS



Signat digitalment per 40882722S  
ROSA MARIA MORROS PEDRÓS  
Data: 11-05-2021 11:22:02

## 13.5. ANEXO 5: HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

Benvolgut/da participant:

El convidem a participar a l'estudi d'investigació "Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'Atenció Primària en pacients amb depressió i comorbiditat física" finançat pel Ministeri de Sanitat i Consum amb referència FIS PI16/01272.

L'objectiu de l'estudi és valorar si un programa d'educació grupal serveix per millorar el control de la depressió en pacients amb altres patologies físiques (diabetis mellitus tipus 2, MPOC, asma i/o cardiopatia isquèmica). A més també es valora si serveix per controlar millor aquestes malalties.

Procediment i durada de l'estudi

L'estudi durarà un any. Si vostè accepta participar en l'estudi, serà assignat al grup d'intervenció o al grup control de manera aleatòria (a l'atzar). Si li toca el grup d'intervenció participarà en 1 sessió grupal setmanal de 90 minuts de duració en el seu centre d'atenció primària, durant 12 setmanes. Tant si a vostè li toca intervenció com si és control, se li realitzaran uns qüestionaris i unes exploracions en funció de la seva patologia (analítica de sang en el cas de la diabetis mellitus, espirometria en el cas de la MPOC, espirometria i peak flow en el cas de l'asma, i analítica i pressió arterial en el cas de la cardiopatia isquèmica). Si es detecta alguna anomalia es derivarà al seu metge de família per estudi i tractament. A més, es recolliran dades de la seva història clínica sobre els seus problemes de salut, tractaments farmacològics que li han prescrit els metges i nombre de visites realitzades.

Per a realitzar les mesures tindrà una cita al seu centre de salut a l'inici de l'estudi, i al cap de tres, sis i dotze mesos.

Riscos i beneficis de la participació en l'estudi

Hi ha evidència que una intervenció psicoeducativa en pacients amb depressió i altres malalties físiques millora el control de la

depressió i d'aquestes malalties. Si participa en l'estudi té l'oportunitat de millorar el seu benestar psíquic i la seva salut física.

Aquest estudi no comporta cap risc envers la seva salut.

La seva participació en l'estudi no comporta cap alteració en el seguiment o tractament habitual que realitza en el seu centre d'atenció primària. Pot abandonar l'estudi en qualsevol moment sense que aquest fet modifiqui l'assistència habitual i sense haver de donar explicacions.

Les dades que es recullin en aquest estudi seran tractades confidencialment i analitzades, atribuint-li a cada pacient un codi per preservar-ne la privacitat i seran únicament utilitzades per aquest estudi. Per aquest motiu, li sol·licitem el seu consentiment informat per a participar en aquest estudi, i li agraïm molt sincerament la seva col·laboració.

### 13.6. ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

#### Consentiment Informat

He estat informat/a per.....de la finalitat i implicació de l'estudi al qual accepto participar Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'Atenció Primària en pacients amb depressió i comorbiditat física finançat pel Ministeri de Sanitat i Consum amb referència FIS PI16/01272.

La meua col·laboració és voluntària, i se m'ha informat que puc participar formant part del grup control o grup intervenció i puc finalitzar la meua participació en l'estudi en el moment que jo ho decideixi.

He estat informat que d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de dades personals 15/99 LOPD, les dades de l'estudi i especialment les meues dades seran processats de forma confidencial, anònima i utilitzades només a l'efecte de la investigació.

Declaro que he llegit i entès la informació d'aquest estudi, he pogut realitzar les preguntes que considerava oportunes i he rebut una còpia d'aquest consentiment.

Si tinc algun dubte puc parlar amb el/la Sra.....  
..... Telèfon:.....per resoldre'l.

Segons les condicions esmentades, accepto participar en aquest estudi.

**Nom i Cognoms:** .....

**Firma de l'usuari:**.....

Nom, cognoms i DNI del Professional informant,

.....

Barcelona, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017



## 13.7. ANEXO 7: HOJA INFORMATIVA DEL ESTUDIO CUALITATIVO

### Annex-2

#### Full informatiu a les infermeres observadores

Benvolguda/t participant:

El convidem a participar a l'última fase de l'estudi PSICODEP amb l'estudi que porta per títol: "Anàlisi fenomenològic dels diaris d'observació i les narratives de les infermeres participants a l'estudi PSICODEP". La investigadora principal d'aquest estudi és la Sra Antonia Raya Tena, infermera d'Atenció Primària de l'EAP Raval Nord. L'objectiu principal de la investigació és explorar les experiències, emocions i vivències de les persones amb depressió i comorbiditat física en el context d'una intervenció grupal psicoeducativa.

#### Procediment

Si vostè accepta participar, les investigadores interpretaran les notes que van registrar als diaris de l'observador durant la intervenció psicoeducativa feta a les persones del grup intervenció del projecte PSICODEP "Efectivitat d'una intervenció grupal psicoeducativa realitzada per infermeres d'atenció primària en pacients amb depressió i comorbiditat física i li faran una entrevista oberta (durada aproximada de 30' -45').

Si accepten, prèviament a realitzar l'entrevista, el coordinador de l'estudi PSICODEP Jaume Martín Royo l'haurà informat via correu electrònic o via telefònica, i pactaran un dia i lloc, segons la seva preferència per fer l'entrevista virtualment o presencial. L'entrevista serà realitzada per la investigadora principal de l'estudi Antònia Raya i serà enregistrada en una gravadora en format àudio.

El tractament d'aquestes dades es realitzarà en compliment del *Reglament (UE) 2016/679 de el Parlament Europeu i de Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa a el tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades (RGPD)*, i la *Llei Orgànica 3/2018, de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals*, i per això li comuniquem que vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i portabilitat de dades (LOPD-GDD), front el **Responsable del Tractament**, mitjançant l'adreça de correu electrònic: [jmartinr.bcn.ics@gencat.cat](mailto:jmartinr.bcn.ics@gencat.cat) o contactant directament amb l'investigador principal del projecte. Pot contactar amb el Delegat de Protecció de Dades a través de [dpd@ticsalutsocial.cat](mailto:dpd@ticsalutsocial.cat)

**Amb la signatura d'aquest document vostè dona el seu consentiment de forma expressa a fi que les seves dades siguin tractades amb finalitats de recerca en el marc**

d'aquest Projecte, de conformitat amb l'article 6.1.a, 9.2.a del RGPD. Aquestes dades es conservaran durant el temps necessari per a la realització del projecte.

L'informem del seu dret a retirar el consentiment per al tractament d'aquestes dades en qualsevol moment mitjançant l'adreça de correu electrònic: **arayat.bcn.ics@gencat.cat**, així com del seu dret a presentar una reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades front qualsevol actuació del Responsable del Tractament que consideri que vulnera els seus drets.

Els investigadors són responsables respectivament del tractament de les seves dades i es comprometen a complir amb la normativa de protecció de dades en vigor. Les converses gravades per a l'estudi seran identificades de manera anònima. Cada participant serà anonimitzat amb un codi de forma que no s'inclouï informació que el pugui identificar, i només l'investigador de l'estudi o els col·laboradors podran relacionar el codi amb vostè. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap altre persona, excepte a les autoritats sanitàries, quan ho requereixin o en casos d'urgència mèdica.

#### **Riscos i beneficis de la participació**

La seva participació no comporta cap alteració en la seva pràctica clínica habitual ni cap risc per la seva salut.

Hi ha evidència que una intervenció psicoeducativa en pacients amb depressió i altres malalties cròniques millora el control de la depressió i d'aquestes malalties. Si participa en l'estudi, les seves notes i percepcions anotades en els diaris de l'observador i la narrativa que relati en l'entrevista aportaran més coneixement per poder instaurar, de manera estructural, aquets programes d'intervenció psicoeducativa al equip d'atenció primària. Vostè no rebrà cap compensació a canvi de la seva participació a l'estudi.

Finalment, li sol·licitem el seu consentiment informat i li agraïm molt sincerament la seva col·laboració.

Atentament, Equip Investigador

---

## 13.8. ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

### Annex-3

#### Consentiment Informat

---

He estat informat/a per Jaume Martín Royo de la finalitat i implicació de participar a la última fase de l'estudi PSICODEP: "Anàlisi fenomenològic dels diaris d'observació i les narratives de les infermeres participants a l'estudi PSICODEP".

La meva col·laboració és voluntària, i se m'ha informat que puc iniciar i finalitzar la meva participació en el moment que jo ho decideixi.

He estat informada que el tractament de les dades personals es farà a partir del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'Abril de 2016 del Règim General de Protecció de Dades (RGPD) i que les dades de l'estudi i especialment les meves dades, seran processades de forma confidencial per l'esquip investigador, codificades i utilitzades només a l'efecte de la investigació.

Declaro que he llegit i entès la informació d'aquest estudi, he pogut realitzar les preguntes que considerava oportunes i he rebut una còpia d'aquest consentiment.

Si tinc algun dubte puc parlar amb la Antonia Raya Tena com a investigadora principal de l'estudi, contactant a través del telèfon: 687503647 per resoldre'.

Segons les condicions esmentades, accepto participar en aquest estudi.

**Nom i Cognoms:** .....

**Firma de l'usuari:**.....

**Nom, cognoms i DNI del Professional informant,**

Jaume Martín Royo, DNI 35068665J

Barcelona, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA

Antonia Raya Tena

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS  
DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD FÍSICA  
Antonia Raya Tena



UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI