

PROJECTE DE RECERCA COL·LECTIU:
AVALUACIÓ D'UN PROGRAMA
OPTIMITZAT PER AL
MANEIG DE LA DEPRESSIÓ
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA:
ASSAIG CONTROLAT
ALEATORITZAT PER CONGLOMERATS

Premi Ferran Salsas i Roig

Salut Comunitària | 18a edició | 2006

PROJECTE DE RECERCA COL·LECTIU:
AVALUACIÓ D'UN PROGRAMA
OPTIMITZAT PER AL
MANEIG DE LA DEPRESSIÓ
EN ATENCIÓ PRIMÀRIA:
ASSAIG CONTROLAT
ALEATORITZAT PER CONGLOMERATS

Premi Ferran Salsas i Roig

Salut Comunitària | 18a edició | 2006

PROJECTE DE RECERCA COL·LECTIU: AVALUACIÓ D'UN PROGRAMA OPTIMITZAT PER AL MANEIG DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: ASSAIG CONTROLAT ALEATORITZAT PER CONGLOMERATS

Equip investigador:

Enric Aragonès Benaiges, investigador principal del projecte. Doctor en Medicina i Cirurgia. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metge d'atenció primària al CAP de Constantí.

Josep Lluís Piñol Moreso. Doctor en Medicina i Cirurgia. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Unitat de Recerca, Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

Antonio Labad Alquézar. Doctor en Medicina i Cirurgia. Especialista en Psiquiatria. Catedràtic de Psiquiatria, Universitat Rovira i Virgili. Director Mèdic Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata.

Pilar Casaus Samatán. Llicenciada en Medicina. Especialista en Psiquiatria. Directora mèdica del Àrea Comunitària, Institut Pere Mata. Professora associada, Universitat Rovira i Virgili.

Antonia Caballero Alías. Llicenciada en Medicina . Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metge d'atenció primària al CAP Reus-4. Metge al Hospital Psiquiàtric Villablanca (Reus).

Carme Lucen Luque. Diplomada en Infermeria. Infermera d'atenció primària, CAP de Constantí.

Waleska Badia Rafecas. Diplomada en Infermeria. Infermera d'atenció primària, CAP de Sant Pere i Sant Pau-Tarragona.

Josep Maria Hernández Anguera. Llicenciat en Medicina. Metge d'atenció primària APD, ABS de Falset.

Sílvia Folch Pujol. Llicenciada en Medicina . Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metge d'atenció primària al CAP de Constantí.

© del text: Enric Aragonès Benaiges, Josep Lluís Piñol Moreso, Antonio Labad Alquézar, Pilar Casaus Samatán, Antonia Caballero Alías, Carme Lucena Luque, Waleska Badia Rafecas, Josep Maria Hernández Anguera, Silvia Folch Pujol.

© de l'edició: Ajuntament de Rubí
Desembre de 2006

Disseny de la coberta: DD Disseny Gràfic (general@dddisseny.com)
Disseny i realització: DD Disseny Gràfic
Imprès per: Cevagraf, SCCL
Dipòsit legal: B-30628-2006

Edició no venal

ÍNDIX

9	PRESENTACIÓ
10	PRÒLEG
11	RESUM
11	ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA
16	BIBLIOGRAFIA MÉS RELLEVANT
18	HIPÒTESI
18	OBJECTIUS
19	METODOLOGIA
24	ASPECTES ÈTICS
24	REGISTRE INTERNACIONAL DE L'ASSAIG
25	PLA DE TREBALL
26	EXPERIÈNCIA DE L'EQUIP INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA
27	UTILITAT I APLICABILITAT DELS RESULTATS

PRESENTACIÓ

Em complau presentar-vos la publicació del treball guanyador de la XVIII edició del Premi Ferran Salsas i Roig, Salut Mental i Comunitat, al qual es van presentar un total de tretze treballs.

La publicació que teniu a les vostres mans és fruit de l'experiència i el treball intens de diferents professionals que volen utilitzar els seus coneixements en bé de la comunitat. És una de les premisses bàsiques del Premi Ferran Salsas i Roig, amb el qual ha estat guardonat aquest projecte.

La manera d'abordar la depressió des dels centres d'atenció primària —treball d'investigació triat pels autors— obrirà, de ben segur, noves formes de tractar aquesta malaltia que afecta un percentatge important de la població i que incideix molt negativament en la seva qualitat de vida.

El projecte guanyador inclou que la recerca es desenvolupi en 22 centres d'atenció primària del Camp de Tarragona i implica la coordinació entre els CAP i els diferents centres de salut mental de la zona. I aquest és un segon element important que el jurat ha tingut en compte a l'hora de guardonar el treball, el repte que el mateix projecte planteja, la coordinació necessària entre l'Atenció Primària de Salut i la Xarxa de Salut Mental, que també ha estat objecte d'estudi en altres premis anteriors, com els de 2003 i 2005.

Esperem amb molt interès els resultats de la investigació, ja que poden oferir elements importants de reflexió que ajudin a estructurar millor l'abordatge de les depressions des de la xarxa pública de salut, amb una integració més gran de l'atenció primària i de la xarxa especialitzada de salut mental.

Carme García Lores

Alcaldeessa de Rubí

PRÒLEG

Un any més l'Àrea de Salut Pública i Consum de la Diputació de Barcelona té l'oportunitat de participar en els premis Ferran Salses i Roig de Salut Mental i Comunitat, aquesta vegada fent la presentació del treball guanyador de la 18ena convocatòria: Avaluació d'un programa optimitzat per al maneig de la depressió en atenció primària: assaig controlat aleatoritzat per conglomerats.

L'esmentat treball ha estat elaborat per un equip de metges i infermers que actuen com a professionals de l'àmbit de la Medicina, de la Infermeria o de la Psiquiatria a la Regió Sanitària del Camp de Tarragona. L'equip està encapçalat per l'Enric Aragonès Benaiges, com a investigador principal.

La utilització de guies i protocols en la pràctica clínica representa un dels mètodes idonis a l'hora d'incrementar la qualitat en la prestació dels serveis de salut; es disminueixen els errors i els costos, i augmenta la satisfacció dels professionals i dels malalts. El projecte premiat planteja l'avaluació d'un programa, a fi de veure'n la idoneïtat, de cara a la seva implementació dins de l'Atenció Primària de Salut per al maneig de la depressió.

Esperem que d'aquest estudi es puguin obtenir conclusions i resultats que ajudin a la millora en l'eficàcia i eficiència de l'abordatge d'aquesta patologia amb tan alta taxa d'incidència en la població.

Margarita Dordella
Presidenta delegada de l'Àrea
de Salut Pública i Consum.
Diputació de Barcelona.

RESUM

Objectiu: Determinar si la implementació d'un programa estructurat d'abordatge de la depressió comportarà millors resultats de salut en els pacients (valorats individualment) que els que s'aconsegueixen amb l'abordatge habitual en atenció primària.

Disseny: Assaig controlat aleatoritzat per conglomerats (centres de salut) amb dues alternatives: grup control [tractament habitual] o grup d'intervenció [programa d'abordatge de la depressió].

Àmbit: 22 centres d'atenció primària de salut a Tarragona.

Mostra: Pacients de ≥ 18 anys, amb episodi depressiu major (DSM-IV) i indicació per a iniciar tractament antidepressiu.

Intervenció: Implementació d'un programa per a l'abordatge de la depressió que inclou mesures d'efectivitat demostrada i aplicables en la nostra organització sanitària. Inclou formació per als metges i disponibilitat d'una guia clínica basada en l'evidència. Incorpora la figura del "care manager", que oferirà suport als pacients (educació, adherència al tractament) i assumirà el seguiment clínic actiu i sistemàtic. La informació ajudarà al metge responsable en la presa de decisions clíniques. Amb el nivell especialitzat psiquiàtric s'establiran els mecanismes òptims de supervisió i interconsulta.

Medicions: Monitorització mitjançant entrevistes telefòniques per un entrevistador "cec" respecte al grup on s'ubiquen els pacients. Entrevistes de seguiment a 0, 3, 6 i 12 mesos.

Variables principals: Gravetat de la simptomatologia depressiva, taxa de resposta i taxa de remissió.

Estratègia d'anàlisi: Anàlisi de resultats per intenció de tractar i a nivell de pacients valorats individualment. Es considerarà en l'anàlisi l'efecte del disseny en la potencial falta d'independència entre observacions dins d'un mateix conglomerat.

ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA

En els països desenvolupats la depressió major representa una causa significativa de discapacitat, la segona en importància, només per darrere de la cardiopatia isquèmica (Murray & Lopez, 1996). L'atenció primària de salut, que constitueix el primer nivell assistencial del sistema sanitari, és l'àmbit fonamental en el maneig dels trastorns mentals més freqüents en la població, entre ells la depressió. De fet, la majoria dels pacients que els pateixen són atesos exclusivament en aquest nivell assistencial, però s'ha constatat que en la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels pacients amb depressió hi ha carències significatives respecte al patró que podríem denominar "la millor pràctica" (Wittchen et al, 2001).

En un estudi recent del nostre grup vam trobar que el pacient deprimit que manifestava només símptomes somàtics era detectat pel seu metge amb més dificultat que els pacients que manifestaven obertament el caràcter psicològic de la seva depressió –no obstant això,

aquests últims van ser menys de la meitat -. A més, que la depressió fos detectada no garantia que aquesta rebés el tractament adequat: si bé el 72% dels deprimits podien ser detectats pel seu metge d'atenció primària, només el 34% rebia tractament amb antidepressius (Aragonès et al, 2004). En atenció primària les taxes d'incompliment o d'abandonament precoç de les prescripcions d'antidepressius són altes i, a més, el seguiment clínic de l'evolució del pacient deprimat una vegada instaurat el tractament, sovint és escàs i inadequat, de manera que es perd l'oportunitat de monitorar el compliment terapèutic i l'evolució clínica i d'implementar mesures per incrementar l'adherència al tractament o per ajustar o modificar tractaments ineficaços. D'altra banda, l'accessibilitat a intervencions psicoterapèutiques, d'efectivitat demostrada en certs tipus de depressió lleu i moderada, en l'àmbit de l'atenció primària en el nostre sistema sanitari és anecdòtica.

Cadascun d'aquests factors compromet els resultats de salut que es podrien assolir segons l'evidència científica, en un pacient deprimat. Justament l'Organització Mundial de la Salut, en la seva estratègia per a la salut mental, considera que per reduir l'impacte de la depressió, en termes de salut pública, ha de superar-se la distància que hi ha entre la disponibilitat de mesures terapèutiques potencialment efectives i l'alta proporció de pacients deprimits que no es beneficien d'aquestes opcions. Un objectiu específic en aquesta línia és la provisió d'un abordatge efectiu de la depressió en atenció primària (WHO, 2001).

Per millorar el diagnòstic i el maneig terapèutic de la depressió en atenció primària i per obtenir quotes d'efectivitat més altes i més pròximes a l'eficàcia potencial dels tractaments disponibles, s'han proposat algunes estratègies de tipus educatiu i organitzatiu que inclouen: formació dels professionals sanitaris, disponibilitat de guies de pràctica clínica i estratègies per difondre-les i implementar el seu ús (Cabana et al, 2002; Cornwall & Scott, 2001), "case management" –amb l'assignació d'un paper central a professionals no mèdics, sovint infermeres– (Katon et al, 2001a), mecanismes de coordinació i d'enllaç entre l'àmbit psiquiàtric especialitzat i l'atenció primària (Bower et al, 2002) i col·laboració entre el nivell de l'atenció primària i el nivell psiquiàtric especialitzat amb una continuïtat escalonada en l'assistència al pacient deprimat (Katon et al, 2001a).

Hi ha una tendència creixent a considerar que la depressió hauria de ser abordada i manejada com una malaltia crònica i les estratègies que es basen en aquesta consideració i que van dirigides a la gran proporció de pacients que són atesos exclusivament en atenció primària són les més eficients per millorar el procés assistencial i els resultats obtinguts (Katon et al, 1997). Aquestes estratègies estan en la línia amb les recomanacions i prioritats de l'OMS citades abans (WHO, 2001).

A continuació revisem la bibliografia més rellevant sobre l'efectivitat de diverses actuacions de tipus organitzatiu i educatiu orientades a aconseguir millors resultats en l'atenció a la depressió en atenció primària. Ens hem basat, principalment, en dues revisions sistemàtiques recents sobre el maneig de la depressió en atenció primària (Gilbody et al, 2003, Neumeyer-Gromen et al, 2004) més una recerca d'articles recents. Al interpretar els resultats cal tenir en compte que gairebé tots els estudis revisats provenen dels Estats Units, i concretament d'organitzacions sanitàries basades en "managed care", i això pot limitar la seva generalització, ja que les extrapolacions automàtiques dels resultats a altres sistemes sanitaris, i concretament al nostre, podrien no ser adequades.

Actuacions formatives dirigides als professionals d'atenció primària: S'han dut a terme alguns estudis per avaluar l'impacte d'estratègies formatives en la millora del maneig de la depressió. Les estratègies formatives per millorar la detecció i l'abordatge de la depressió són diverses i inclouen: la difusió de guies de pràctica clínica, formació en mètodes de millora continua de la qualitat, formació grupal, utilització de líders d'opinió locals per exercir la funció de formadors dels seus col·legues, etcètera. Tals aproximacions han demostrat, en general, una efectivitat en la millora dels coneixements i en el canvi en les actituds dels metges cap al maneig de la depressió, però no s'han demostrat efectes significatius en els resultats clínics obtinguts en els pacients deprimits (Gask et al, 2004). L'estudi de Hampshire, al Regne Unit, avaluava l'estratègia d'implementació d'una guia clínica mitjançant activitats de formació dels metges d'atenció primària –incloent materials educatius, sessions formatives en petits grups i role-playing-; i si bé aquestes van ser ben acceptades i valorades pels metges no es va demostrar cap impacte ni en la proporció de pacients amb depressió detectats i diagnosticats ni en la millora dels resultats clínics (Thompson et al, 2000).

La conclusió és que les intervencions formatives, per elles mateixes, tenen una mínima repercussió en la millora del maneig de la depressió en atenció primària. Les estratègies formatives, incloent la distribució de guies clíniques, només són efectives si van acompanyades amb altres mesures, especialment suports organitzatius i modificacions en els processos assistencials (Lin et al, 2001).

“Collaborative care”: Considerant a la depressió com una malaltia crònica, o almenys com una malaltia que ha de ser abordada i manejada seguint el mateix model d'atenció que s'utilitza per a altres malalties cròniques, es proposa una estratègia que inclou un maneig estructurat, la introducció de personal de suport (“case managers”) en l'atenció als pacients deprimits, seguiment clínic actiu, accessibilitat i coordinació amb el nivell psiquiàtric especialitzat, eines de suport a la presa de decisions, com guies de pràctica clínica i/o algorismes de diagnòstic i tractament, i mesures educatives orientades al pacient (Von Korff et al, 2001).

En la literatura trobem que s'han implementat i avaluat diverses iniciatives basades en aquest model principalment en els Estats Units (Gilbody et al, 2003). Dos grans estudis de Katon et al. (1995, 1996), utilitzen una estratègia per millorar l'atenció dels pacients deprimits: un abordatge intensiu, que inclou educació del pacient, atenció compartida entre el metge d'atenció primària, el psiquiatre i el psicòleg (que proveeix psicoteràpia d'orientació cognitiva-conductual) s'associa amb millora en l'adherència al tractament i en les taxes de recuperació, i amb un menor cost per pacient tractat amb èxit. Com hem comentat, la majoria dels estudis procedeixen dels estats Units però, recentment Araya et al. (2003) han dut a terme un assaig per avaluar una actuació en Santiago (Xile) que inclou el recurs a personal de suport no mèdic per a la coordinació de l'assistència, educació grupal als pacients, seguiment de l'adherència al tractament i del progrés clínic en dones d'un context socioeconòmic baix. Aquestes actuacions es van associar a millores en els resultats clínics obtinguts en l'evolució de la depressió als sis mesos.

Una estratègia relacionada s'ha denominat “stepped collaborative care”. L'orientació és utilitzar recursos limitats de manera que es maximitzi la seva efectivitat. La intervenció professional s'estratifica en intensitat: inicialment es compta amb una intervenció professional

limitada, en el nivell de l'atenció primària o dels serveis socials, i un seguiment clínic sistemàtic. En aquells pacients en els que no s'aconsegueixen objectius acceptables la intervenció professional s'intensifica, incloent la derivació al nivell assistencial especialitzat. El tractament inicial i les opcions terapèutiques subsegüents se seleccionen d'acord amb un algoritme estratificat segons el progrés clínic del pacient. Les premisses fonamentals d'aquest model són la monitorització clínica sistemàtica dels pacients i l'alta coordinació entre l'atenció primària i el nivell especialitzat. L'assistència escalonada ofereix una atenció individualitzada d'acord amb l'estat clínic, l'evolució i les preferències del pacient, els pacients amb major nivell de necessitats i de gravetat clínica reben les formes d'intervenció més intenses, en forma de “collaborative care” i “case management”, esmentats abans. Katon et al (1999) van demostrar que la provisió d'assistència més intensiva –amb la supervisió directa de psiquiatres i altres mesures– en els pacients que no havien respost al tractament habitual donava lloc a millors resultats clínics als sis mesos que persistien als 28 mesos en aquells pacients inicialment amb depressió moderada-greu. Més recentment Hedrick et al (2003) han constatat l'efectivitat, a curt termini, d'una intervenció on un equip de salut mental proveeix d'un pla terapèutic al metge d'atenció primària, ofereix atenció telefònica als pacients i supervisa l'evolució dels pacients.

Millora de la qualitat: Dos assajos aleatoritzats (Wells et al, 2000; Unutzer et al, 2001) han avaluat una intervenció multifactorial qualificada com de millora de la qualitat amb els objectius d'incrementar la taxa de detecció i millorar el maneig de la depressió. El projecte “Partners in Care” (Wells, 2000) inclou cribratge sistemàtic dels pacients per detectar depressió, formació dels metges amb el recurs a líders locals d'opinió, materials formatius per als pacients, definició del paper de les infermeres com “case managers” i millora en la coordinació amb el nivell especialitzat. Una branca d'intervenció va incloure l'accés a un programa estructurat de psicoteràpia cognitiva-conductual. Es van constatar millores en els resultats als 6 i als 12 mesos que es diluïen als 24 mesos. Tot i així, recentment s'han publicat resultats sobre la persistència de l'impacte beneficiós d'aquestes estratègies de millora de la qualitat als cinc anys (Wells et al, 2004).

“Case management”: Diverses intervencions amb resultats positius incorporen la figura del “case manager”, sovint infermeres d'atenció primària. En alguns estudis la intervenció de la infermera consisteix a consell i educació del pacient respecte a la medicació o suport telefònic (Peveler et al, 1999, Simon et al, 2000, Dietrich et al, 2004) . En altres, la infermera assumeix un paper central en una estratègia multifactorial (Wells et al, 2000; Katon et al, 1999). Per exemple, a l'estudi QuEST, les infermeres participants van rebre formació sobre el maneig de la depressió, i elles assumien el paper de suport, monitorització del tractament, seguiment de l'assistència a les visites programades i de la resposta al tractament segons algoritmes ben especificats (Rost et al, 2001).

Una de les principals atribucions del “case manager” és assegurar l'adherència al tractament antidepressiu i detectar possibles dificultats en el compliment terapèutic. En alguns estudis aquest va ser el focus de la intervenció (Peveler et al, 1999; Simon et al, 2000; Dietrich et al, 2004). Peveler et al. (1999) van constatar que dues visites de seguiment de 20 minuts amb la infermera d'atenció primària, bàsicament per parlar sobre la medicació millorava significativament l'adherència al tractament i els resultats en termes de recuperació clínica obtinguts en els pacients amb depressió major. A l'estudi de Simon et al. (2000) consells

breus sobre medicació antidepressiva i seguiment clínic a través del telèfon va donar lloc a millor compliment i millors resultats clínics. A l'estudi més recent (Dietrich et al, 2004) el seguiment telefònic portat a terme per infermeres incloïa monitorització del compliment i de la resposta al tractament i suport a activitats d'autoajuda, com exercici o increment en l'activitat social. També en aquest cas la intervenció va demostrar millors resultats en termes clínics als tres i sis mesos.

Les estratègies de millora en el maneig de la depressió sovint se centren en l'abordatge de l'episodi agut de la depressió. Tot i així, algunes intervencions també inclouen entre els seus objectius la prevenció de la recaiguda en aquells pacients recuperats de l'episodi agut. Aquestes actuacions inclouen mesures educatives orientades al pacient i actuacions de "case management": seguiment telefònic diari, identificació de circumstàncies estressants psicosocials, assegurar el manteniment del tractament durant el període de temps adequat, monitorització dels registres informatitzats de prescripció. En un assaig aleatoritzat, aquest tipus d'actuació ha demostrat millores en el correcte tractament farmacològic i en el nombre de dies lliures de depressió als 12 mesos (Katon et al, 2001b).

Psiquiatria d'enllaç: Una aproximació molt estesa en el nostre àmbit és l'estratègia de la psiquiatria d'enllaç entre el nivell especialitzat i l'atenció primària, on els metges d'atenció primària tenen el suport dels seus psiquiatres de referència mitjançant la programació de consultories i accessibilitat per discutir i plantejar els casos més complexos compartint la responsabilitat en el seguiment dels pacients. La psiquiatria d'enllaç està ben establerta i, en general, és satisfactòria i acceptada tant pel nivell especialitzat com per l'atenció primària, pot millorar l'actitud i la confiança dels metges d'atenció primària cap als problemes de salut mental i pot incrementar progressivament les seves capacitats per abordar-los adequadament. No obstant això, l'efectivitat d'aquest plantejament no ha estat científicament avaluada en assajos controlats.

Conclusió: Prioritzar el maneig de la depressió en el nivell de l'atenció primària està d'acord amb les línies estratègiques proposades per l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2001). La investigació científica ha produït evidències en el sentit que l'atenció a la depressió en aquest àmbit pot millorar en la seva efectivitat adoptant diverses estratègies, sobretot de tipus organitzatiu. La major part de les intervencions avaluades són complexes i inclouen múltiples components, l'aportació de cadascun d'ells a l'efectivitat global de la intervenció és difícil d'establir, no obstant això, precisament en els models complexos s'ha demostrat major efectivitat que en la implementació de mesures simples (p. ex. educació mèdica o accessibilitat de guies clíniques com úniques mesures). La limitació principal de la literatura revisada és que aquests estudis provenen gairebé exclusivament dels Estats Units. Així doncs, sorgeix la qüestió de fins a quin punt estratègies que en un determinat context socio-cultural i amb una determinada organització sanitària són efectives, poden ser-ho igualment al nostre país, amb uns determinants socio-culturals i una organització sanitària diferent.

BIBLIOGRAFIA MÉS RELLEVANT

- Aragonès E et al. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34:332-43.
- Araya R, et al. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Xile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003,361:995-1010.
- Bower P, et al. The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiatry* 2002,24:63-70.
- Cabana MD, et al. Implementing practice guidelines for depression: applying a new framework to an old problem. *Gen Hosp Psychiatry* 2002,24:35-42.
- Cornwall PL, Scott J. Which clinical practice guidelines for depression? An overview for busy practitioners. *Br J Gen Pract* 2000, 50:908-911.
- Dietrich AJ, et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: clúster randomized controlled trial. *BMJ* 2004,329:602-9.
- Gask L, et al. A pragmatic clúster randomized controlled trial of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *Psych Med* 2004,34:63-72.
- Gilbody S, et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003,289:3145-51.
- Hedrick SC, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J Gen Int Med* 2003,18:9-16.
- Katon W, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995,273:1026-31.
- Katon W, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996,53:924-32.
- Katon W, et al. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry* 1997,19:169-78.
- Katon W, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999,56:1109-15.
- Katon W, et al. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist primary care physician and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001a,23:138-44.
- Katon W, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001b,58:241-7.
- Lin EH et al. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Int Med* 2001;16:614-9
- Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease. Boston, Harvard School of Public Health, 1996.
- Neumeyer-Gromen et al. Disease Management Programs for Depression. *Med Care* 2004;42:1211-21.
- Peveler R, et al. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomized controlled trial. *BMJ* 1999,319:612-5.
- Rost K, et al. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QuEST intervention. *J Gen Int Med* 2001,16:143-9.
- Simon GE, et al. Randomized trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000,320:550-4.

- Thompson C, et al. Effects of clinical-practice guidelines and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet* 2000,355:185–91.
- Unutzer J, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001,58:935–42.
- Von Korff M, et al. Improving outcomes of depression: the whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001,323:948–9.
- Wells K, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004,61:378–86.
- Wells KA, et al. Impact of disseminating quality improvement programmes for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
- WHO. World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva, 2001.
- Wittchen HU et al. Met and Unmet Needs in the Management of Depressive Disorder in the Community and Primary Care: The Size and Breadth of the Problem. *J Clin Psychiatry* 2001;62(suppl 26):23-8.

HIPÒTESI

L'evidència científica ha demostrat que intervencions multifactorials per millorar l'abordatge de la depressió en atenció primària, que inclouen mesures organitzatives, formació dels professionals sanitaris, mesures educatives dirigides als pacients, definició i potenciació del paper de la infermeria i millores en la coordinació amb el nivell especialitzat, poden millorar el procés i els resultats en l'atenció a la depressió.

La investigació publicada sobre aquest tema procedeix majoritàriament dels Estats Units i l'efectivitat d'aquest tipus d'intervencions no ha estat avaluada en el nostre sistema sanitari.

La hipòtesi d'aquest estudi és que la implementació d'un programa d'abordatge optimitzat de la depressió en atenció primària, adaptat a la nostra organització sanitària, comportarà millores en el procés d'atenció a la depressió, millors resultats clínics i millores en la qualitat de vida, a curt (3 i 6 mesos) i a llarg termini (12 mesos), comparat amb la pràctica assistencial habitual.

La relació cost-benefici serà favorable.

OBJECTIUS

Objectiu general: Determinar en els pacients, valorats individualment, si la implementació d'un programa d'abordatge de la depressió comportarà millors resultats de salut que els que s'aconsegueixen amb l'abordatge habitual dispensat en atenció primària.

Objectius específics: Determinar si un programa optimitzat d'abordatge de la depressió, comparat amb la pràctica habitual:

- Augmentarà la proporció de pacients amb resposta al tractament de la depressió als 3, 6 i 12 mesos.
- Augmentarà la proporció de pacients en remissió de la depressió als 3, 6 i 12 mesos.
- Disminuirà la mesura de la gravetat de la depressió als 3, 6 i 12 mesos.
- Comportarà millora en la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut als 3, 6 i 12 mesos.

Objectius secundaris:

- Determinar l'impacte d'un programa d'abordatge de la depressió en la millora del procés d'atenció a la depressió d'acord amb les guies clíniques basades en l'evidència:
 - Comparant, als 6 mesos, la proporció de pacients que han seguit un règim terapèutic amb antidepressius durant un període mínim de 3 mesos en el grup d'intervenció enfront del grup control.
 - Comparant la proporció de pacients que han rebut un mínim de 3 visites de seguiment en els 3 mesos posteriors al inici del tractament antidepressiu en el grup d'intervenció enfront del grup control.
- Calcular, als 12 mesos, el cost ocasionat per les activitats derivades del programa d'intervenció i comparar-lo amb les activitats realitzades en el grup de control (tractament habitual).

METODOLOGIA

Disseny (veure Figura 1)

Assaig controlat amb assignació aleatòria de conglomerats (centres d'atenció primària) a dues branques alternatives:

1. Tractament habitual de la depressió (grup control) i
2. Implementació d'un programa optimitzat d'abordatge de la depressió (grup d'intervenció).
Avaluació dels resultats de la intervenció a nivell dels pacients, valorats individualment.

Àmbit i subjectes d'estudi

Els 22 centres d'atenció primària de l'Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus (Institut Català de la Salut). En cada centre se sol·licitarà la participació dels metges que compleixin els criteris: treball a temps complet, previsió d'estabilitat en el lloc durant l'estudi i adscripció d'una quota de pacients.

Els metges participants sol·licitaran la participació a l'estudi a tots els pacients atesos i diagnosticats d'un episodi de depressió major (DSM-IV) en els que es consideri indicat iniciar un tractament antidepressiu, fins a completar la quota assignada de pacients a reclutar.

Per a la inclusió es consideraran els pacients adscrits al metge que els inclou, amb edat ≥ 18 anys, disponibilitat de telèfon, amb diagnòstic d'episodi depressiu major i una puntuació >14 en el Patient Health Questionnaire-Depression.

S'exclouran els pacients que pateixin limitació física, psíquica, idiomàtica o malaltia concurrent que impedeixi la comprensió/participació en les avaluacions de l'estudi, els pacients amb trastorn psicòtic, trastorn bipolar o trastorns de dependència a l'alcohol o drogues i les pacients gestants o lactants.

Assignació als grups de l'estudi

Per garantir la comparabilitat entre el grup d'intervenció i el grup control, els centres s'agruparan en 11 parelles d'acord amb els criteris que eventualment podrien afectar als resultats: localització urbana/rural, distància del centre de salut mental de referència, nombre de metges participants i docència MIR.

En cada parella de centres, de manera aleatòria, un d'ells s'assignarà a la branca d'intervenció i un altre a la branca control. L'aparellament i l'assignació la realitzarà una persona aliena a l'estudi.

El compromís de participació dels centres s'obtindrà abans de procedir a la aleatorització. El consentiment dels pacients per participar s'obtindrà sense informar-los sobre el grup de l'estudi al qual està assignat el seu centre.

Intervenció

Consistirà en un programa multicomponent per a l'abordatge de la depressió redactat a partir de l'evidència científica. Inclou mesures d'efectivitat demostrada i raonablement aplicables en la nostra organització sanitària. Aquestes accions són de caràcter clínic, formatiu, organitzatiu i d'educació sanitària dels pacients.

El programa ofereix les eines per a una avaluació i abordatge sistemàtic de la depressió en atenció primària. Incorpora mesures educatives dirigides a mèdiques per incrementar els seus coneixements i habilitats en el diagnòstic de la depressió, avaluació del risc suïcida, tractament i seguiment clínic de la depressió i modificacions oportunes en el pla terapèutic per aconseguir la remissió. Inclou un curset inicial basat en les recomanacions de la guia clínica de la “Agency for Health Care Policy and Research”. El contingut formatiu emfasitza el procés assistencial i el seguiment clínic actiu dels pacients deprimits i les opcions davant la no-consecució dels objectius plantejats (remissió a curt termini i no recaiguda a llarg termini). Inclou accions periòdiques de reforç formatiu.

El programa incorpora la figura del “case manager”. Els “case managers” seran infermeres amb experiència assistencial i ensinistrades específicament en aspectes clínics de la depressió, tractament antidepressiu, efectes secundaris, importància de l'adherència al tractament i mètodes per assegurar-la, signes d'alarma en l'evolució de la depressió, etc. Per a aquesta comesa es designarà una infermera en cada centre d'atenció primària. El “case manager” oferirà diversos tipus de suport als pacients inclosos en el programa: educació sanitària, actitud psicoterapèutica, accessibilitat, coordinació amb el metge i/o amb el psiquiatre, etc. El programa establirà un nombre mínim de visites amb el pacient: en la fase aguda, inicialment una setmana després de la inclusió i després mensualment fins a aconseguir la remissió; en la fase de continuació i manteniment els contactes seran bimensuals; no obstant això, el pla de visites de seguiment serà individualitzat segons les característiques del pacient i l'evolució de la depressió. Les visites tindran un contingut estructurat on es proporcionarà al pacient informació i educació sobre la malaltia i el seu tractament, incloent activitats de “auto-ajuda” i consells de salut dirigits al propi pacient i cercles pròxims. Es disposarà de material educatiu específicament dissenyat, imprès i/o videogràfic, per ser lliurat al pacient. S'avaluarà sistemàticament l'adherència al pla terapèutic, s'identificaran les dificultats per al compliment i es proporcionaran eines per superar-les, s'identificaran eventuais efectes adversos del tractament i s'avaluarà quantitativament l'evolució clínica del pacient amb l'ús sistemàtic de l'escala Patient Health Questionnaire-Depression. Tota la informació registrada, incloent la puntuació en la PHQ-D, es facilitarà al metge responsable perquè quan visiti al seu pacient tingui dades sobre l'estat i evolució del pacient que l'ajudin en la presa de decisions respecte al maneig (p. ex. necessitat de canvis en el tractament, maneig d'efectes secundaris, re-avaluació, interconsulta, etc.)

Psiquiatres dels centres de salut mental de referència supervisaran els contactes –casos nous i seguiment—, dels “case managers” i podran suggerir accions o canvis al metge responsable. Els suggeriments del psiquiatre s'adjuntaran a la informació generada pel “case manager” que es facilitarà al metge d'atenció primària responsable del pacient. S'establirà un mecanisme àgil de contacte, preferentment via telefònica o informàtica, entre els metges d'atenció primària i els psiquiatres. Els psiquiatres de referència rebran formació específica emfasitzant en el procés assistencial i les opcions terapèutiques de les depressions resistents al tractament amb l'objectiu de la remissió a curt termini i la prevenció de la recaiguda a llarg termini.

Grup control (Tractament habitual)

Els metges dels centres assignats a la branca de tractament habitual atendran als pacients deprimits segons el seu criteri i sense restricció en la utilització de qualsevol recurs assequible que considerin oportú, incloent la derivació al nivell especialitzat. Les activitats de detecció i diagnòstic de la depressió no s'inclouen en l'avaluació, però els metges del grup d'intervenció podrien ser més sensibles per al diagnòstic de la depressió i detectar casos amb depressió més lleu introduint un biaix en la incorporació de pacients. Per evitar-lo s'impartirà als metges del grup control una sessió formativa sobre el diagnòstic i la detecció de la depressió, amb el mateix contingut i format que els metges del grup d'intervenció. Així mateix rebran instruccions sobre els procediments per reclutar i recollir la informació necessària sobre els pacients que incloguin a l'estudi.

Mesura dels resultats

La monitorització dels resultats i la recollida de dades es realitzaran mitjançant qüestionaris estandarditzats administrats per entrevista telefònica per un entrevistador qualificat independent de l'equip investigador i dels centres on es porta a terme l'estudi, ensinistrat en la metodologia de l'entrevista telefònica i en nosologia psiquiàtrica. L'entrevistador ignorarà el grup de l'estudi on estan ubicats els pacients que vas entreveure ("cec"). Les entrevistes de seguiment tindran lloc als 0 (basal), 3, 6 i 12 mesos de la inclusió del pacient.

Variables i instruments de mesura

Entrevista inicial (dins de la setmana posterior a la inclusió del pacient):

- Dades sociodemogràfiques: edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis, classe social basada en l'ocupació
- Confirmació del diagnòstic de depressió major (Patient Health Questionnaire-Depression, DSM-IV)
- Nivell basal de gravetat (Patient Health Questionnaire-Depression, DSM-IV)
- Temps d'evolució de l'episodi actual, antecedents de depressió i de tractament amb antidepressius
- Qualitat de vida relacionada amb la salut (Qüestionari de Salut SF-12)

Monitoritzacions als 3, 6 i 12 mesos:

- Simptomatologia de l'episodi depressiu (PHQ-D): Mesura de la gravetat com variable contínua, taxa de resposta (proporció de pacients amb reducció en un 50% sobre la puntuació basal) i taxa de remissió (proporció de pacients amb reducció de la puntuació fins a <5 punts: absència de depressió)
- Qualitat de vida relacionada amb la salut (SF-12). Components de salut física i de salut mental.
- Tractament amb antidepressius (dosi, pauta i durada).
- Compliment terapèutic (Test de Morisky-Green)
- Nombre de visites d'atenció primària, psiquiàtrica i hospitalitzacions per problemes de salut mental
- Satisfacció amb l'atenció rebuda, valorada mitjançant escala Likert amb 5 opcions de resposta

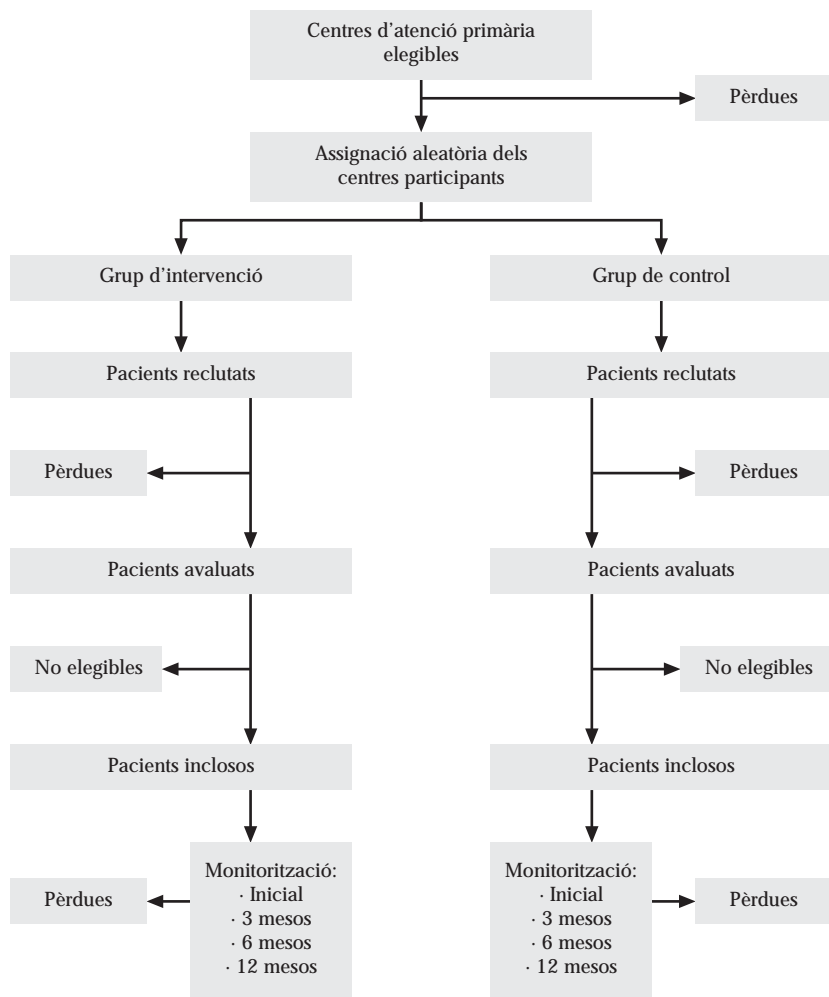


Figura 1. Algorisme d'aleatorització dels centres, i mostreig i monitorització dels pacients

Mètodes estadístics

Mida de la mostra

Per a la seva determinació considerem com variable de resultat principal la taxa de remissió als sis mesos.

Assumim que aquesta serà d'un 30% en el grup de control i pretenem detectar una diferència igual o superior al 16% entre aquest grup i el d'intervenció. Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta < 0.20 en un contrast bilateral i assumint una proporció de pèrdues en el seguiment del 15%, necessitaríem 169 subjectes cada grup en un mostreig aleatori simple.

Per corregir aquesta xifra per l'efecte del disseny (aleatorització per conglomerats) usem la fórmula:

$$Deff = 1 + (m - 1) \times ICC$$

on Deff: efecte del disseny, m: mida dels conglomerats i ICC: coeficient de correlació intraclasse.

Assumint interinament un ICC=0.01 i m=18, el Deff serà 1.17. Així, els subjectes necessaris en cada grup seran 198 ($1.17 \times 169 = 198$) dividits en 11 conglomerats de 18 pacients. No disposem de dades fiables sobre l'ICC a la mostra i en les variables que estudiem i hem usat, de manera provisional, una xifra prudent que serà comprovada quan es disposi de dades.

Estratègia d'anàlisi

L'aleatorització es realitza a nivell de centres d'atenció primària i els resultats de la intervenció s'analitzaran a nivell dels pacients individuals. L'anàlisi seran per intenció de tractar.

Primer compararem el grup d'intervenció amb el grup control per constatar que no hi ha diferències significatives entre els dos grups (dades sociodemogràfiques, dades clíniques basals, etc.). Usarem la mitjana (desviació estàndard) en les variables contínues i els percentatges en les variables categòriques. Per a les comparacions la prova T de Student per a les variables contínues i la prova de Chi al quadrat per a variables categòriques; eventualment s'usaran proves no paramètriques.

Les principals variables de resultat són la simptomatologia depressiva (puntuació PHQ-D), resposta al tractament (reducció en un 50% o més en la puntuació basal), remissió (puntuació a < 5) i qualitat de vida relacionada amb la salut (puntuació SF-12) als 3, 6 i 12 mesos.

Les variables de procés inclouen el nombre de visites per la depressió al centre d'atenció primària, psiquiatre i hospitalitzacions i la utilització continuada d'antidepressius durant 3 mesos.

Utilitzarem el anàlisi de models lineals mixtos del paquet estadístic SPSS v.11, incloent els dos efectes, fixos i aleatoris, per analitzar l'efecte de la intervenció sobre les variables resultat contínues (simptomatologia depressiva-puntuació PHQ-D-, qualitat de vida relacionada amb la salut -puntuació SF-12-). Analitzarem l'efecte de la intervenció sobre les variables de resultat categòriques (taxes de resposta i remissió) mitjançant l'anàlisi de

models lineals generals del SPSS v.11. Els efectes aleatoris d'aquests models lineals (mixtos i generals) proporcionen l'estructura necessària per tenir en compte en l'anàlisi l'efecte de la aleatorització per conglomerats per la potencial falta d'independència que pot existir entre observacions dins del mateix centre.

ASPECTES ÈTICS

El disseny de l'estudi, amb l'assignació aleatòria per centres d'atenció primària al grup de control o al grup d'intervenció, implica la necessitat d'obtenir el consentiment informat en dos nivells: 1) dels representants o directors dels centres participants i dels seus professionals abans de procedir a l'assignació a la branca de l'estudi i 2) dels pacients participants, òbviament quan el seu centre ja haurà estat assignat a la branca corresponent, però abans que els pacients coneguin quina d'elles és.

La informació prèvia al consentiment dels pacients inclourà una perspectiva general dels objectius i activitats de l'estudi, l'especificació de la voluntarietat en la participació, la possibilitat d'abandonar-lo en qualsevol moment, amb la garantia que continuaran rebent el tractament que el seu metge consideri més adequat i la garantia que els pacients inclosos en la branca control rebran el tractament que el seu metge consideri més adequat, sense restricció.

La informació als centres i professionals sanitaris inclourà els mateixos drets que el consentiment individual: voluntarietat i possibilitat d'abandonar l'estudi sense conseqüències negatives per a la salut o l'atenció sanitària dels seus pacients si considera que la continuïtat en la participació els causa un perjudici. Els representants dels centres i els professionals participants, individualment, signaran un document on constarà el compromís d'informació als pacients, l'absència de conflictes d'interès i especificarà que la participació a l'estudi afavorirà els interessos dels seus pacients.

Si en acabar l'estudi la intervenció avaluada es demostra efectiva, es garantirà l'accés i la implementació de la mateixa en tots els centres participants, inclosos els de la branca control. En aquest sentit s'obtindrà el compromís de l'estament directiu competent abans de començar l'estudi i així s'informarà als centres quan se sol·liciti la seva participació. Aquest projecte ha estat avaluat i compta amb els informes favorables del Comitè Ètic d'Investigació Clínica i el Comitè d'Investigació Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina.

REGISTRE INTERNACIONAL DE L'ASSAIG

En Current Controlled Trials - Clinical Trial Search. ISRCTN numbering scheme. Database of Clinical Trials. (<http://www.controlled-trials.com/>). Pendent de confirmar font de finançament.

PLA DE TREBALL

Pla de treball, calendari d'execució i distribució de tasques del projecte

ANY		Primer		Segon		Tercer	
SEMESTRE		1	2	3	4	5	6
ACTIVITAT	Assignació de tasques						
Activitats preliminars: difusió del projecte i promoció de l'interès i la participació entre professionals i centres d'atenció primària	EA, AC, PC, WB, CL, SF						
Disseny de la intervenció	FA, AC, PC, J-MH, WB, CL						
Disseny i redacció de: · Documents de consentiment informal · Quadern de recollida de dades · Manual de procediments	AC, EA, J-LP						
Disseny de la base de dades	J-LP, EA, AC						
Selecció i ensinistrament de l'investigador que realitzarà les entrevistes telefòniques de monitorització (recollida de dades)	EA, PC						
Reclutament de centres d'atenció primària i professionals participants. Assignació aleatòria (intervenció vs. control) Ensinistrament dels metges col·laboradors en el mostreig i inclusió de pacients (grup de control i grup d'intervenció)	EA, PC, J-MH						
Grup d'intervenció: Implementació de les activitats formatives per als professionals i ensinistrament en l'ús dels materials i procediments de la intervenció	EA, PC, J-HM, WB, CL, SF						
Període de reclutament i inclusió de pacients	Metges participants, supervisió EA, AC						
Període d'avaluació de pacients	Entrevistador independent, supervisió EA						
Enregistrament informàtic de les dades	AC						
Control de qualitat de la base de dades	J-LP, AC						
Anàlisi estadística	J-LP, EA, AC						
Preparació de manuscrits i informes	Tot l'equip						

EXPERIÈNCIA DE L'EQUIP INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA

Aquest és un equip emergent amb la experiència prèvia d'haver dut a terme un projecte d'investigació sobre l'epidemiologia dels trastorns depressius en atenció primària en la província de Tarragona durant els darrers cinc anys. L'investigador principal d'aquest projecte ha estat el Dr. E. Aragonès i ha rebut finançament de l'Institut de Salut Carlos III-Fondo de Investigaciones Sanitarias i acreditació i co-finançament d'altres institucions (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Fundació Jordi Gol i Gurina i Red Española de Atención Primaria). L'esmentat projecte ha constituït el tema per a la tesi doctoral del citat investigador, dirigida pel Dr. A. Labad i el Dr. J.L. Piñol, adscrits també al grup d'investigació. L'estudi s'ha executat segons el pla de treball previst i s'ha obtingut una difusió notable dels resultats, amb diverses comunicacions a congressos nacionals i internacionals i publicacions en revistes de prestigi internacionals i nacionals.

Al voltant d'aquest projecte s'ha establert la col·laboració de professionals d'atenció primària -metges i infermeres-, del nivell psiquiàtric especialitzat i de la Universitat Rovira i Virgili, col·laboració a la qual es pretén donar continuïtat en el present projecte.

A partir d'aquesta experiència, la línia d'investigació "Salut Mental en Atenció Primària" compta amb el patrocini explícit de l'Institut Català de la Salut i s'ha obtingut, en convocatòria oberta de la Fundació Jordi Gol i Gurina, una ajuda que consisteix al alliberament del 50% de la jornada laboral d'un metge assistencial (E. Aragonès) per a dedicar aquest temps a les tasques de dirigir i coordinar la línia i el grup d'investigació. El Dr. Enric Aragonès, especialista en Medicina Familiar i Comunitària i Doctor en Medicina, investigador principal en el present projecte, ha assumit també la coordinació per a Catalunya de l'àrea de Salut Mental de la REDIAPP, la coordinació de l'Àrea de Recerca de Salut Mental de la Fundació Jordi Gol i Gurina i forma part del Grup de Salut Mental de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

El Dr. Josep Lluís Piñol és especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública i Doctor en Medicina. Ha treballat en epidemiologia i avaluació de serveis sanitaris i atenció primària i salut mental. Actualment treballa, en exclusiva, en la Unitat d'Investigació del Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat.

El Dr. Antonio Labad és especialista en Psiquiatria, Doctor en Medicina, Catedràtic de Psiquiatria de la Universitat Rovira i Virgili i Director de l'Institut Pere Mata. Ha participat els projectes anteriors d'aquest equip de recerca, en l'àrea de l'atenció primària i la salut mental.

El Dr. Josep Maria Hernández té àmplia experiència en investigació i és expert en educació mèdica i en educació sanitària de pacients.

La Dra. Pilar Casaus psiquiatre i professora associada de psiquiatria a la Universitat Rovira i Virgili, Directora del Àrea Comunitària de l'Institut Pere Mata, que és l'entitat proveïdora dels serveis públics de salut mental a la província de Tarragona, on es ubicarà el present projecte. Té àmplia experiència assistencial i docent.

Antonia Caballero és metge de capçalera i s'ha incorporat al projecte d'investigació com doctoranda. La seva tesi doctoral, dirigida per E. Aragonès i A. Labad tindrà com a eix el present projecte d'investigació.

Carme Lucen és diplomada en Infermeria, amb experiència clínica i en investigació en salut mental i atenció primària amb participació en anteriors projectes d'aquest grup.

Waleska Badia és diplomada en Infermeria, experta en gestió de casos ("case management"). En el present projecte l'estament d'infermeria hi juga un paper central en el programa d'intervenció, on assumeix el rol de "case manager" de la depressió en cada centre de salut assignat al grup d'intervenció. Aquestes investigadores coordinaran i reforçaran la formació i les activitats de les "case managers".

UTILITAT I APLICABILITAT DELS RESULTATS

L'orientació d'aquest estudi és un exemple d'investigació translacional: es tracta d'avaluar l'efectivitat d'una intervenció en condicions pròximes a la realitat de la pràctica assistencial en el nostre sistema sanitari. La intervenció pretén obtenir, en aquesta circumstància, els beneficis que el tractament de la depressió aconsegueix en el context dels estudis d'investigació.

L'execució d'aquest projecte: disseny i avaluació d'un programa d'abordatge de la depressió en AP, està lligada a la seva utilitat i aplicabilitat pràctica. Si la hipòtesi inicial es confirma: la intervenció és efectiva comparada amb la pràctica actual i el cost és raonable, l'objectiu és impulsar l'aplicació d'aquesta intervenció en atenció primària.

En primer lloc, es garanteix l'accés al programa d'intervenció als centres i metges d'atenció primària que hagin participat en el grup control i es promourà la implementació de la intervenció de manera general en el marc de l'Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus (Institut Català de la Salut); en aquest sentit comptem amb el compromís de la Gerència de l'Àmbit.

Els resultats d'aquest estudi, dut a terme en les condicions reals de la nostra pràctica assistencial, seran generalitzables i extrapolables per considerar la implementació del programa d'intervenció en altres àmbits del sistema sanitari espanyol.

Els components del programa: manuals, guies, algoritmes, material per als pacients, cursos de formació dels professionals... s'editaran i es posaran a disposició dels professionals o institucions interessades en la seva implementació.



AJUNTAMENT DE RUBÍ

Amb el suport de:



**Diputació
Barcelona**
xarxa de municipis