



## ORIGINAL INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

# Perspectivas de los pacientes diagnosticados de depresión y atendidos por médicos de familia y psiquiatras

Carlos Calderón Gómez<sup>a,b,\*</sup>, Ander Retolaza Balsategui<sup>c</sup>, Janire Payo Gordon<sup>d</sup>, Amaia Bacigalupe De La Hera<sup>e</sup>, Eskarne Zallo Atxutegi<sup>f</sup> e Isabel Mosquera Metcalfe<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio Vasco de Salud, Centro de Salud de Alza-Donostia. Osakidetza, Donostia, Gipuzkoa, España

<sup>b</sup> Servicio Vasco de Salud, UIAP de Gipuzkoa, Osakidetza, Gipuzkoa, España

<sup>c</sup> Servicio Vasco de Salud, Unidad de Gestión Clínica, Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza, Bizkaia, España

<sup>d</sup> Servicio Vasco de Salud, Hospital de Basurto, Osakidetza, Bilbao, Bizkaia, España

<sup>e</sup> Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, Araba, España

<sup>f</sup> Servicio Vasco de Salud, Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza, Bizkaia, España

Recibido el 26 de enero de 2012; aceptado el 27 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 8 de mayo de 2012

### PALABRAS CLAVE

Depresión;  
Atención primaria;  
Salud mental;  
Investigación cualitativa;  
Pacientes

### Resumen

**Objetivo:** Conocer las vivencias de los pacientes en tratamiento por depresión según sean atendidos por médicos de familia (MF) o por psiquiatras (PSQ), para identificar vías de mejora. **Diseño:** Metodología cualitativa orientada a la investigación de servicios de salud. Diseño exploratorio.

**Participantes y contextos:** 31 pacientes diagnosticados de depresión y en tratamiento farmacológico durante al menos un año, procedentes de 20 centros de salud y 8 de salud mental del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en Bizkaia, agrupados según profesional (MF/PSQ) y nivel socioeconómico.

**Método:** Generación de información mediante 5 grupos de discusión y 2 entrevistas en profundidad realizadas en 2009 y 2010. Grabación y transcripción, previo compromiso de confidencialidad y consentimiento informado. Análisis sociológico de los discursos. Triangulación de técnicas y contraste entre los investigadores.

**Resultados:** Los pacientes presentan vivencias de la depresión vinculadas a los contextos sociales de procedencia y a los recorridos previos fuera y dentro de los servicios de salud. Dichos componentes están asimismo presentes en las percepciones sobre la calidad de la atención, con expectativas diferenciadas respecto de MF y PSQ. En general, se constatan carencias de tiempo y de psicoterapia. La colaboración entre ambos profesionales no surge espontáneamente como prioridad de los pacientes.

**Conclusiones:** Las valoraciones de los pacientes aportan dimensiones propias sobre los componentes individual y contextual en el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Dichas

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ccalderong@telefonica.net, carlos.calderongomez@osakidetza.net (C. Calderón Gómez).

**KEYWORDS**

Depression;  
Primary health care;  
Mental health;  
Qualitative research;  
Patients

dimensiones deberían ser tenidas en cuenta en la identificación de necesidades y en el diseño de estrategias compartidas por MF y PSQ para la mejora de su asistencia.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Views of patients diagnosed with depression and cared for by general practitioners and psychiatrists

**Abstract**

*Objectives:* To explore the experiences of patients treated for depression either by general practitioners (GPs) or psychiatrists (Ps) with the aim of identifying improvement strategies.

*Design:* Health services research-oriented qualitative methodology. Exploratory design.

*Participants and contexts:* A total of 31 patients diagnosed with depression receiving pharmacological treatment for at least one year, belonging to 20 Health Centres and 8 Mental Health Centres of the Basque Health Service-Osakidetza in Bizkaia, and grouped according to the type of professional (GPs/Ps) and socioeconomic level.

*Method:* Information generation by means of 5 discussion groups and 2 in-depth interviews carried out in 2009 and 2010. Recording and transcription with previous confidentiality agreement and informed consent. Sociological discourse analysis. Technique triangulation and agreement among researchers.

*Results:* Patients' experiences of depression are associated with their social contexts and their previous experience outside and inside the health services. These components also appear in perceptions on quality of care, with different expectations related to GPs and Ps. Deficiencies in time and psychotherapy are mentioned in general. Collaboration between both professionals does not spontaneously emerge as a patient priority.

*Conclusions:* Patient assessments provide dimensions of individual and contextual components in the diagnosis and treatment of depression. These dimensions should be taken into account in the identification of needs and the design of strategies shared by GPs and Psychiatrists to improve care.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La atención a las personas diagnosticadas de depresión constituye un área de importancia creciente en atención primaria (AP)<sup>1,2</sup>. A las deficiencias identificadas en su diagnóstico y tratamiento<sup>3,4</sup> se suman los efectos en un gasto farmacéutico no siempre justificado<sup>5</sup> y las dificultades relacionadas con la cuantificación de su prevalencia y la evaluación de las intervenciones para su mejora<sup>6,7</sup>. Por otro lado, existe un consenso generalizado acerca de la importancia de la colaboración entre AP y los niveles especializados en salud mental (SM) y de las notables carencias identificadas al respecto<sup>8,9</sup>. Nuestro grupo de trabajo llevó a cabo un estudio previo con médicos de familia (MF) y psiquiatras (PSQ) en el contexto del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, cuyos hallazgos justificaron en gran medida el diseño de la presente investigación<sup>10</sup>. Además del desconocimiento mutuo y las diferentes expectativas de partida de MF y PSQ, se subrayaba la conveniencia de reorientar los enfoques asistenciales hacia el paciente y su contexto, y se sugería, por tanto, la conveniencia de incorporar a los propios pacientes en futuros estudios. Numerosas investigaciones con pacientes han confirmado las singularidades de la depresión, tanto en la interpretación de sus causas como en sus valoraciones de las respuestas de los profesionales y servicios de salud<sup>11,12</sup>. La expresión, la identificación y la comunicación de los síntomas resultan más complicadas que en otras enfermedades, y con frecuencia más

vinculadas a las propias circunstancias biográficas y sociales de los pacientes<sup>13-15</sup>. Esta no correspondencia con el modelo biomédico predominante favorece las disparidades y desencuentros entre pacientes y profesionales, y explicaría en gran medida las demandas de mayor empatía y mejor comunicación por parte de los primeros<sup>16</sup>, así como los riesgos de práctica deficiente por los segundos<sup>17</sup>. En consecuencia, se consideró pertinente llevar a cabo una investigación con el objetivo de conocer e interpretar los discursos y experiencias de los pacientes en tratamiento por depresión según fueran atendidos por MF o por PSQ, para identificar posibles vías de mejora.

## Participantes y métodos

De acuerdo con el objetivo y el contexto del estudio se optó por la metodología cualitativa orientada a la investigación en servicios de salud<sup>18,19</sup>. Los métodos cualitativos han mostrado su utilidad en estudios previos<sup>20-22</sup>. En nuestro caso, el diseño fue exploratorio y la selección de pacientes se realizó a partir de sus MF y PSQ teniendo como criterios de inclusión la edad superior a 18 años, estar diagnosticado de depresión y en tratamiento farmacológico durante al menos el último año, y no padecer ningún trastorno añadido que conllevara riesgo para el paciente. Los compromisos de voluntariedad, confidencialidad, y consentimiento informado se establecieron con los profesionales y con los pacientes, y 3 de los investigadores se encargaron de los contactos y

**Tabla 1** Participantes en el estudio

Grupos de discusión y entrevistas individuales	N.º	Rangos edad	Sexo	Profesión	Estudios	CS de procedencia	CSM de procedencia	Años en tto.
Pacientes con PSQ Nivel alto	8	41-71	6 mujeres 2 hombres	2 labores 1 jubilado 3 cualific. 2 bajo	6 medios 2 básicos	7	4	1,5-14
Pacientes con PSQ Nivel bajo	6	38-68	5 mujeres 1 hombre	4 labores 1 cualific. 1 bajo	1 altos 2 medios 3 básicos	5	3	2-13
Pacientes con MF Nivel alto	5	48-62	4 mujeres 1 hombre	4 cualific. 1 jubilado	2 altos 2 medios 1 básicos	4		1- 7
Pacientes con MF Nivel bajo 1	3	43-75	2 mujeres 1 hombre	1 labores 2 bajo	1 altos 1 medios 1 básicos	3		1-13
Pacientes con MF Nivel bajo 2	7	34-72	4 mujeres 3 hombres	2 labores 1 cualific. 4 bajo	2 altos 5 básicos	5		1-8
Paciente con MF Nivel alto	1	49	Hombre	cualificado	altos	1		1
Paciente con PSQ Nivel bajo	1	54	Mujer	bajo	básicos		1	20
Total	31	34-75	22 mujeres 9 hombres	9 labores 2 jubilados 10 cualific. 10 bajo	7 altos 11 medios 13 básic.	20	8	1-20

convocatoria. Como técnica de generación de información se optó por los grupos de discusión (GD) en la medida en que el objetivo del estudio se orientaba al conocimiento de los discursos sociales compartidos y no a la vertiente individual del padecimiento. Sin embargo, conscientes de la importancia del proceso individual de vivencia de la depresión, se llevaron a cabo 2 entrevistas en profundidad con sendos pacientes atendidos por MF y PSQ y de nivel socioeconómico (SE) alto y bajo, con la intención de triangular los hallazgos según la técnica utilizada. En principio, se diseñaron 4 GD en función de que los pacientes estuvieran atendidos por el MF o por el PSQ, y del nivel SE de las zonas de ubicación de los centros (2 de nivel bajo-medio [B], y 2 medio-alto [A]). A nivel intragrupos, se promovió la diversidad de edades, sexo (H y M), profesionales y centros de referencia. En el transcurso de la investigación se convocó un quinto GD de pacientes atendidos por MF y nivel SE bajo (MFB2), por insuficiente saturación de los hallazgos en uno de los grupos del mismo perfil. En total participaron 31 pacientes cuyas características se resumen en la [tabla 1](#). La procedencia de zonas de un determinado nivel SE no conllevó una total homogeneidad intragrupo, dándose también el caso de una paciente atendida por PSQ y que participó en el grupo de MF. Los GD se llevaron a cabo en 2009 y 2010, en locales lo más neutros posible (unidad de investigación, centros de cultura), con 2 investigadores (uno como moderador y otro observador), y

sus contenidos se grabaron en audio previo consentimiento explícito de los participantes, a quienes se les entregó en la despedida un pequeño obsequio. Su duración fue de 90-120 min y el desarrollo se reconoció por parte de los pacientes como cordial y respetuoso. Se partió de un breve guión semiestructurado y orientado a las percepciones sobre la asistencia recibida. Las entrevistas individuales se llevaron a cabo por un solo investigador y sus contenidos corroboraron los hallazgos generados en los grupos. Después de la finalización de las reuniones, se elaboraron los correspondientes informes de campo que se incorporaron como material de análisis junto a los textos de todas las transcripciones. El análisis se desarrolló atendiendo al modelo de análisis sociológico de los discursos<sup>23</sup>. Tras la lectura del conjunto de los textos, se revisaron más detenidamente los pertenecientes a cada subconjunto, identificándose los principales patrones compartidos y primeras propuestas explicativas. Los casos de heterogeneidad SE intragrupo requirieron de atención especial a las diferentes posiciones discursivas en el análisis de los textos de cada GD. Posteriormente, se realizaron repetidas lecturas pormenorizadas contrastando los nuevos avances con el referente empírico de los textos, identificando y codificando categorías, y seleccionando los verbatim más representativos. Los resultados del análisis preliminar se discutieron y consensuaron por el conjunto de los investigadores<sup>24</sup>.

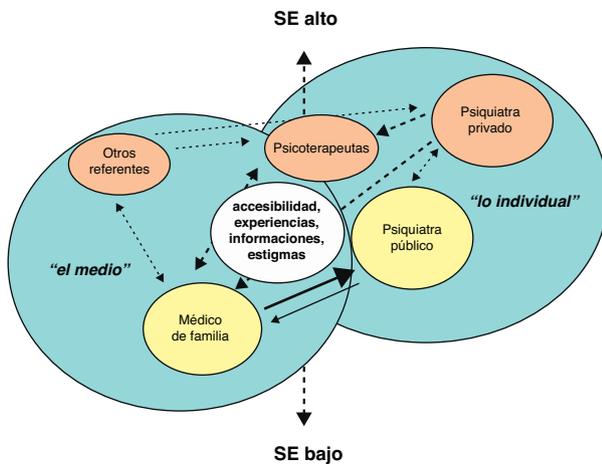


Figura 1 Vivencias y trayectorias.

## Resultados

### Trayectorias y vivencias

Las vivencias y percepciones de los participantes acerca de la atención recibida por MF y PSQ se sitúan en un mapa de recorridos de búsqueda de asistencia, de los cuales el más comúnmente conocido y experimentado —aunque no el único— es el que media entre el MF y el PSQ de los servicios públicos de salud (fig. 1). En general, el MF era el primer facultativo a quien se planteaba el problema depresivo y con quien se decidía ser atendido, bien por él, o ser derivado al PSQ. Sin embargo, en otros casos se había acudido a otros referentes, tanto médicos como no médicos, principalmente en el ámbito de la psicoterapia y que podían continuar manteniéndose de forma complementaria.

«...Yo me encontraba muy mal, muy mal, y fui al médico de cabecera que me conocía y en cuanto me vio me dijo: "Inmediatamente al psiquiatra, hoy te doy la baja y mañana al psiquiatra". Estuve durante un tiempo en la consulta del Iguatorial, luego este especialista dejó la consulta del Iguatorial y pasé al ambulatorio». M3PSQA.

«... Entonces supe de un psicoterapeuta y tuve la suerte de poder contactar con él y estuve con él 6 meses o así, y... fue tan bueno como doloroso. Pero me ayudó muchísimo, lo que pasa es que no era suficiente y ya fue cuando... quiero decir, yo físicamente seguía igual, no de cabeza pero sí físicamente. Entonces... me cogió mi médico». M3MFB2.

Dichos recorridos responden, en gran medida, a experiencias previas, propias o ajenas, bien con MF, PSQ u otros terapeutas, pudiendo reflejar en ocasiones determinados prejuicios respecto de los servicios públicos y cierto estigma relacionado con lo psiquiátrico. Recorridos, experiencias y prejuicios, que acompañan a los pacientes en el proceso asistencial y que contribuyen a configurar sus expectativas respecto de lo que esperan de unos y otros.

«Fui a uno particular... Voy a intentar con uno particular porque esta gente no empieza nada más que a dar pastillas según va viendo la cosa, sube, baja, tiene una cola aquí de 20 tíos, según entra, sale por una puerta...». H2PSQA.

«— A mí la palabra psiquiatría no me gusta, nunca me ha gustado, pero no me digas por qué... no me gusta. M3.

— Bueno supongo que el nombre psiquiatra suena ya un poquito más... fuerte. M2.

— Y luego también hay una fama ¿no? De que el psiquiatra medica... M3.

— Que te tomes una pastilla, otra, otra...» M2. MFA.

Aunque las sesiones se orientaron a las valoraciones sobre la asistencia recibida, en todos los casos surgieron por parte de los pacientes —a veces con gran intensidad— referencias a los orígenes, las circunstancias y la situación actual de su propia problemática depresiva. Autopercepciones y vivencias asimismo inseparables de sus demandas, y que podrían situarse de manera esquemática en torno a 2 «polos» o «espacios»: el primero, más referido a lo contextual, al medio familiar, laboral y social, y el segundo más centrado en lo individual.

«Yo también empecé con el trabajo. Muchos problemas, luego la familia, los hijos... Veías que no tenía solución, no podía dormir, todo el día pensando... Fui donde ella y me recetó las pastillas y sigo en tratamiento...». H2MFB2.

«... Yo tuve ciertos impactos en la infancia, ciertos traumas que fueron los que me forjaron una depresión, o sea una personalidad ya un poco melancólica, ¿no?... Entonces llegó un momento en que el médico me dijo que le parecía que era una depresión enmascarada. Yo ya lo había intuido... porque estando en casa una vez... cogí un libro que tenía de mi hermano que es psicólogo... y yo me vi superreflejada en lo de la depresión. Entonces cuando él me lo dijo no me sorprendió. Me mandó al psiquiatra...». M4MFA (atendida por PSQ).

Dichos espacios no se comportaban de modo excluyente pero, sin embargo, sí es posible advertir cierta tendencia al predominio en la expresión de uno u otro en función de los ámbitos SE de procedencia. En este sentido, el influjo de lo contextual resultaba especialmente patente en las narraciones de los afectados por condiciones sociales adversas, mientras que la versión de la depresión como enfermedad autónoma estaba más presente en los participantes de mayor nivel SE.

«Cuando falleció mi hermana... me quedé un poco vacío, diríamos... Sin embargo, unido a esto, en el trabajo hemos entrado en un expediente de regulación de empleo y eso ha sido la gota que ha colmado el vaso. Mis jefes se han aprovechado de la situación... Y joder, la verdad es que me he encontrado perdido, triste, con ganas de llorar... inútil. Es que me veía encerrado en un agujero muy negro, muy negro y no veía salidas por ninguna parte. Entonces, ante esto yo acudí a mi doctor». H1MFB1.

«— Lo que pasa es que la depresión es muy diferente que sea endógena o exógena, ¿no? M4.

— Sí, son muy distintas. M2.

— Yo creo que la endógena es peor, porque la endógena es algo que tienes dentro de ti. En cambio la exógena es algo que te lo ha producido una causa exterior...». M4PSQA.

### Expectativas y valoraciones

Además de las mencionadas vivencias y recorridos previos, en las valoraciones de los pacientes respecto de la atención

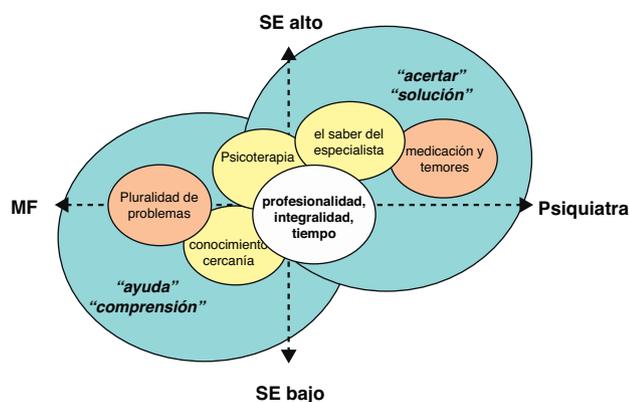


Figura 2 Expectativas y valoraciones.

recibida por MF y PSQ es posible identificar determinadas dimensiones vinculadas más directamente a las particularidades de unos y otros profesionales. En la figura 2 quedan expuestas de manera esquemática, solapándose en ocasiones entre sí y advirtiéndose asimismo una mayor o menor intensidad en su expresión según el nivel SE de los participantes. En el caso de los MF, la accesibilidad física y humana, la cercanía en el trato, y el conocimiento continuado ante diferentes problemas de salud, surgían como elementos especialmente valorados.

«- No, yo prefiero el médico de cabecera... Pues no lo sé, porque le veo como más cercano... M3.

- Yo con mi médico tengo mucha amistad, llevo ya 18 años con él y ya es como si fuera de mi casa más que mi médico. Tengo mucho trato con él. M1.

- Yo igual. Con el médico llevo ya tantísimos años... El médico de cabecera, como has convivido con él ya tienes una confianza... Igual con un psiquiatra que no conoces te cortas más...». H2. MFB2.

Respecto de los PSQ, se valoraban principalmente sus mayores conocimientos derivados de su condición de especialista, y por lo tanto, las mayores posibilidades de acertar en la solución del problema depresivo, sobre todo por parte de quienes eran directamente derivados a dicho nivel. Su actividad se vinculaba en general a la prescripción de fármacos, lo cual con frecuencia se consideraba insuficiente, e incluso en ocasiones, motivo de cierto temor.

«... Hombre, el de cabecera te puede dar lo que te puede dar un buen amigo, pero no te cura. El que te cura es el psiquiatra, es el profesional... te puede dar un consejo pero como te lo puede dar un amigo también que te escucha y que tiene ciertos conocimientos, ¿no?, pero no es un tratamiento. No es un tratamiento de una terapia o un tratamiento con psicofármacos que también se necesitan muchas veces...». M4MFA (atendida por PSQ).

Es decir, aunque ambas dimensiones —tanto la relacionada con el saber y el «acertar», como la más ligada a la ayuda y al trato comprensivo y continuado en el enfoque del diagnóstico y tratamiento— estaban presentes de un modo u otro en la mayoría de las valoraciones y demandas de buena asistencia, el acento era diferente según el profesional a quien iban dirigidas y, tal y como se advertía en el apartado anterior, según el contexto SE de los participantes.

«... Pues a mí el que me haya escuchado, el sentirme escuchada. El que no haya llegado y me haya dicho “bueno, pues tómate esto”, sino sentirme escuchada y preocupado por mi enfermedad. Y vienes, y me comentas. Y cada vez que voy me dice: “Bueno, ¿y qué tal la medicina? Vamos a dejarla un poco más, o subimos o bajamos”, pero sí he tenido esa sensación de un seguimiento. Y eso sí lo valoro positivamente». M1MFB1.

«Yo de un médico lo que espero es que me cure... El trato habrá veces que tendrá que ir acompañado con la medicación, pero yo lo que espero es que me cure... Sí es verdad que entra una parte emotiva que quizás igual el médico de cabecera... bueno a mí... antes poco me conocía pero... la cercanía, igual esa parte ayuda». H1MFB2 (profesión cualif.)

«Que tenga más tiempo. Que el especialista tenga más tiempo para dedicar al paciente, y que si no es un refuerzo de un psicólogo, pues que él pueda hacer terapia. Que el mismo psiquiatra pueda hacer terapia contigo como lo hace un particular». M2PSQA.

La disponibilidad de tiempo era un requisito comúnmente reclamado y percibido como escaso, mientras que la coordinación y colaboración entre ambos profesionales no se planteó espontáneamente como prioridad por parte de los participantes. La información compartida acerca de la medicación se reconocía como algo positivo, pero sobre todo se esperaba y valoraba la buena práctica (médica y humana, farmacológica y psicoterapéutica) de cada profesional en su nivel.

«- Yo, con mi médico de cabecera estoy encantado. Siempre que he ido con él me ha tratado de maravilla, me ha escuchado todo lo que le he dicho, pero claro, el tiempo que él tiene es limitado porque tiene un montón de pacientes y uno tiene pues esto, otro tiene que le duele la cabeza, otro tiene anginas...». H1MFB1.

«En mi caso, el médico de cabecera...tiene constancia de la medicación que llevo para las recetas y esas cosas... alguna vez que vas a otra cosa y le comentas, pero específicamente de seguir, el de cabecera no. Estás en manos del psiquiatra y en manos del psiquiatra estás». H1PSQA.

«... Es algo tan importante que me da mucho miedo la posibilidad de caer en manos que no sean las adecuadas. Entonces, creo que ni esperaré a que me mandaran, creo que se lo pediría yo, pero confío en su profesionalidad para que si no llega él me mande donde otro». M2.MFB2.

## Discusión

Los hallazgos expuestos proceden de un medio sanitario concreto y con una ordenación de los servicios públicos que deben ser tenidos en cuenta en su interpretación. Por otro lado, el propio diseño de la investigación ha podido favorecer la identificación de determinados factores explicativos que no pretenden agotar la pluridimensionalidad del fenómeno objeto de estudio. Pero a su vez, dichos hallazgos aportan al menos 2 ejes de reflexión que se deben tener en cuenta en los diseños de estrategias de coordinación y colaboración entre MF y PSQ para mejorar la asistencia a los pacientes diagnosticados de depresión.

## El paciente y su contexto

Por un lado, las singularidades de los pacientes y sus contextos resultan especialmente subrayadas. Todos compartían un determinado diagnóstico y la toma de psicofármacos, pero a partir de ahí, los perfiles, las vivencias y las expectativas, se agrupan en función de patrones que poco tienen que ver con el enfoque orientado a la enfermedad que predomina en los profesionales<sup>10,20</sup>. Como veíamos en el apartado anterior, las percepciones e interacciones en los grupos acerca de la asistencia recibida escapan de la depresión en abstracto para centrarse en la depresión de cada uno, mediante relatos difícilmente separables de las circunstancias de sus vidas. Estudios previos han mostrado la influencia de los factores SE en la incidencia de los trastornos depresivos<sup>25-27</sup>, pero además dicha influencia repercute también en la autocomprensión de su depresión por parte de los propios pacientes, así como en las trayectorias de búsqueda de ayuda. A diferencia de los casos en que se comunica como enfermedad diferenciada, en aquellos otros en que se trasmite como expresión de las condiciones de vida sus límites nosológicos aparecen más desdibujados, tanto para el paciente como para el propio profesional<sup>28</sup>. Anteriormente, ya se ha apuntado el riesgo de que sean estos pacientes, socialmente más desfavorecidos, quienes más dificultades encuentren para conseguir una interlocución diagnóstica y terapéutica efectiva con el MF y con el PSQ<sup>10,29</sup>. A la luz de los resultados del presente estudio, se subraya por tanto la importancia de que sea el paciente y su contexto los que centren la atención del profesional, adecuando los medios clasificatorios y de tratamiento a dicha realidad y no a la inversa<sup>4,17</sup>.

## Demandas y necesidades

Las dimensiones relacionadas, por un lado, con la cercanía en el trato, la continuidad y la escucha y, por otro, con los conocimientos médicos que garanticen el acierto diagnóstico y el tratamiento efectivo de la depresión han sido apuntadas en estudios previos<sup>22,30</sup>. Cuando dichas dimensiones no se corresponden con la asistencia recibida de los profesionales, se convierten en fuente de insatisfacción tanto en AP<sup>16</sup>, como en SM<sup>31</sup>. Los resultados de nuestro estudio muestran además que tales demandas y expectativas difieren según las trayectorias seguidas y el tipo de profesional. En el caso de los MF, se espera y se valora especialmente su accesibilidad y relación continuada, mientras que a los PSQ se les contempla como especialistas, con mayores conocimientos, y también más vinculados al estigma que acompaña a la enfermedad mental y a los psicofármacos. Dichas diferencias conllevan también distintos comportamientos y énfasis en las demandas y en la atención esperable de unos y otros<sup>32</sup>, y se vinculan a su vez a las particularidades sociales y de vida de las poblaciones atendidas<sup>33,34</sup>. Las consecuencias no solo afectan a las medidas que deberían adoptarse en futuras intervenciones de mejora, sino también al diseño de los criterios e indicadores a tener en cuenta para su evaluación. Determinadas carencias concretas merecen además ser remarcaadas. La falta de tiempo constituye una insuficiencia especialmente sentida en relación a los MF<sup>35</sup>, mientras que la ausencia de

psicoterapia resulta particularmente llamativa en el nivel de SM, percibiéndose la práctica de los PSQ limitada principalmente a la prescripción de medicación. Dedicación de tiempo y abordajes no farmacológicos que habrían de estar, por tanto, presentes en las intervenciones a ambos niveles. Por último, los hallazgos de la investigación nos llevan a reflexionar sobre la correspondencia entre las demandas expresadas por los pacientes y lo que realmente necesitarían de los servicios de salud<sup>36</sup>. Los complejos problemas SE, o los prejuicios y hábitos erróneos respecto de la asistencia sanitaria pública, escapan del campo de acción del MF o del PSQ, pero su práctica profesional no debería contribuir a su empeoramiento, ignorándolos, o reduciéndolos a estereotipos o a nuevos códigos nosológicos. Por otro lado, en los deseos de los pacientes de buena práctica y «profesionalidad» por el MF y el PSQ, difícilmente encontramos demandas explícitas de requisitos organizativos, éticos, de evidencias, o de colaboración interprofesional, sin que por ello debieran dejar de ser considerados como componentes necesarios de la calidad de dicha asistencia. La atención centrada en el paciente diagnosticado de depresión se plantea, por tanto, como un reto tan necesario como complejo<sup>37,38</sup>. Junto a la implicación de profesionales y gestores sanitarios en medidas de mejora que tengan en cuenta los aspectos discutidos es preciso continuar abriendo espacios de conocimiento compartido con los propios pacientes afectados.

### Puntos clave

#### Lo conocido sobre el tema

- Existen notables carencias en la atención a las personas con depresión en nuestro medio tanto en AP como en SM.
- Las mejoras en dicha atención requieren de una mejor colaboración entre AP y SM, centrada en el paciente.
- Las perspectivas de los pacientes son distintas a las de los MF y PSQ y, por lo tanto, han de ser tenidas en cuenta.

#### Qué aporta este estudio

- Las expectativas de los pacientes se construyen sobre vivencias y recorridos de búsqueda de asistencia influenciados por los contextos sociales de procedencia.
- La comprensión y cercanía, y la certeza en el diagnóstico y tratamiento, constituyen dimensiones que se reclaman de modo diferenciado a los MF y a los PSQ.
- La profesionalidad, la dedicación de tiempo y la atención integral (psicoterapéutica/farmacológica) son componentes importantes de unas demandas que no priorizan espontáneamente la colaboración entre AP y SM.

## Financiación

El proyecto fue financiado por el FIS, Exp. PI07/90228.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a todos los pacientes que participaron en el estudio por su generosidad al compartir sus vivencias y conocimientos, así como a los MF y PSQ que colaboraron en su selección.

## Bibliografía

- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-51.
- Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. The burden of mental disorders. *Epidemiol Rev*. 2008;30:1-14.
- Aragones E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34:331-43.
- Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008;23:469-76.
- Ortiz LA, Lozano SC. El incremento en la prescripción de anti-depresivos. *Aten Primaria*. 2005;35:152-5.
- Ezquiaga TE, García LA, Huerta RR, Pico RA. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:612-5.
- Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry*. 1997;170:6-11.
- Ciurana R. La coordinación con los servicios de salud mental. Un tema pendiente, manifiestamente mejorable. *Aten Primaria*. 2009;41:157-8.
- Collins C, Hewson D, Munger R, Wade T. Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care. New York: Milbank Memorial Fund; 2010.
- Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009;41:33-40.
- Srinivasan J, Cohen NL, Parikh SV. Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation. *Can J Psychiatry*. 2003;48:493-5.
- Schwenk TL, Evans DL, Laden SK, Lewis L. Treatment outcome and physician-patient communication in primary care patients with chronic, recurrent depression. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1892-901.
- Craven MA, Cohen M, Campbell D, Williams J, Kates N. Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology. *Can J Psychiatry*. 1997;42:943-9.
- Thomas-MacLean R, Stoppard J, Miedema BB, Tatemichi S. Diagnosing depression: there is no blood test. *Can Fam Physician*. 2005;51:1102-3.
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003;289:3145-51.
- Palmer V, Gunn J, Kokanovic R, Griffiths F, Shrimpton B, Hurworth R, et al. Diverse voices, simple desires: a conceptual design for primary care to respond to depression and related disorders. *Fam Pract*. 2010;27:447-58.
- Ortiz LA, Ibáñez V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:513-23.
- Murphy E, Dingwall R. Qualitative methods and health policy research. New York: Aldine de Gruyter; 2003.
- Calderón C, Fernández de Sanmamed MJ. Investigación cualitativa en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed Barcelona: Elsevier; 2008. p. 211-40.
- Cornford CS, Hill A, Reilly J. How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Fam Pract*. 2007;24:358-64.
- Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher MP. A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. *J Am Board Fam Med*. 2007;20:28-35.
- Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M. Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract*. 2003;53:278-83.
- Conde F. El análisis de la información en la investigación cualitativa. En: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O, editores. Introducción a la investigación cualitativa. Máster de investigación en atención primaria. Barcelona: semFYC, UAB, Fundació Dr. Robert; 2004.
- Calderón C. Assessing the quality of qualitative health research: criteria, process and writing. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*. 2009;10. Art 17.[consultado 3/12/2009]. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178>
- Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157:98-112.
- Urbina JR, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit*. 2007;21:37-42.
- Kim D. Blues from the neighborhood? Neighborhood characteristics and depression. *Epidemiol Rev*. 2008;30:101-17.
- Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. "Justifiable depression": how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract*. 2006;23:369-77.
- Chew-Graham CA, Mullin S, May CR, Hedley S, Cole H. Managing depression in primary care: another example of the inverse care law? *Fam Pract*. 2002;19:632-7.
- Lester H, Tritter JQ, Soroohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ*. 2005;330:1122.
- Retolaza A, Grandes G. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:171-6.
- Van Voorhees BW, Cooper LA, Rost KM, Nutting P, Rubenstein LV, Meredith L, et al. Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *J Gen Intern Med*. 2003;18:991-1000.
- Riedel-Heller SG, Matschinger H, Angermeyer MC. Mental disorders-who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:167-74.
- Sleath B, Shih YC. Sociological influences on antidepressant prescribing. *Soc Sci Med*. 2003;56:1335-44.

35. Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ*. 2002;325:687.
36. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD007297.
37. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330:839-42.
38. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2011;65:954-75.