

Autores:¹Enric Aragonés Benaige²Germán López Cortacans³Walesca Badía Rafecas⁴Josep LLuis Piñol Moreso⁵José María Hernández Anguera⁶Antonia Caballero Alias¹ Doctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Atención Primaria de Constante, Tarragona. Instituto Catalán de la Salud.² Enfermero. Especialista en Salud Mental. Centro de Atención Primaria Salou, Tarragona. Instituto Catalán de la Salud.³ Enfermera de Atención Primaria. Coordinadora de Procesos del Servicio de Atención Primaria Tarragona-Valls. Instituto Catalán de la Salud.⁴ Doctor en Medicina. Médico de Familia. Unitat Suport a la Recerca Tarragona-Reus. Instituto Catalán de la Salud. Universidad Rovira i Virgili.⁵ Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Reus 1, Tarragona. Instituto Catalán de la Salud.⁶ Médico de Familia, Centro de Atención Primaria Reus 4, Tarragona. Instituto Catalán de la Salud.**Dirección de contacto:**Germán López Cortacans
Centro de Atención Primaria Salou.
C/ Carriles, s/n. 43840 Tarragona.
E-mail: glopez.tarte.ics@gencat.catFecha de recepción el 2/11/2010.
Aceptada su publicación el 5/04/2011.

Este proyecto cuenta con la una beca FIS del Instituto de Salud Carlos III (FIS Exp. PI 060176) y en el Registro internacional: ISRCTN16384353

Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI

Resumen

La depresión es el trastorno mental más frecuente y relevante en Atención Primaria. Sin embargo, existen dificultades en su manejo y los resultados clínicos que se obtienen no son a menudo satisfactorios. En el marco del desarrollo de un modelo multifactorial para mejorar los resultados de la depresión en Atención Primaria (el proyecto INDI) se ha diseñado un programa psicoeducativo dirigido a los pacientes deprimidos, así como a sus allegados. En el modelo INDI, la implementación de las actividades psicoeducativas recae principalmente en la enfermera de Atención Primaria. Los contenidos del programa incluyen formación sobre la propia enfermedad, especialmente orientada a combatir el estigma y los prejuicios sobre la misma, sobre el tratamiento antidepressivo y la importancia de la adherencia al mismo, sobre el automanejo de las dificultades asociadas, así como orientaciones sobre el importante papel que pueden/deben desempeñar las personas próximas al paciente deprimido.

Palabras clave

Depresión; psicoeducación; Atención Primaria; trastorno mental; tratamiento antidepressivo

Abstract

Psychoeducational approach to depression in Primary Care. The INDI model

Depression is the most frequent and relevant mental disorder in Primary Care. However, there its management presents difficulties and the clinical outcomes obtained are often not satisfactory. Within the framework of the development of a multifactor model to improve depression outcomes in Primary Care (INDI project) a psychoeducational programme aimed at depressed patients, as well as their loved ones, has been designed. In the INDI model, the implementation of psychoeducational activities is managed primarily by the Primary Care nurse. The programme's contents include educating on the disease itself with a special emphasis on fighting the stigma and prejudices attached to it and providing training on antidepressant treatment and the importance of treatment adherence, on the self-management of associated difficulties, as well as offering advice on the important role that the people close to the depressed patient can/should play.

Key words

Depression; psychoeducation; Primary Care; mental disorder; antidepressant treatment

Introducción

La depresión es el trastorno mental más frecuente en Atención Primaria (AP) (1, 2) y se asocia a un elevado sufrimiento personal y a una marcada reducción de la calidad de vida (3). A pesar de la disponibilidad de tratamientos potencialmente eficaces (4) solo una minoría de personas con depresión recibe el apropiado (5). Varias razones explican la baja tasa de tratamiento, incluyendo el estigma social que reduce la búsqueda de ayuda profesional (6) o la dificultad para diagnosticar la depresión, especialmente cuando el cuadro no es severo (5) o, como ocurre frecuentemente en AP, cuando el paciente no manifiesta explícitamente su malestar psicológico, sino que consulta exclusivamente por síntomas físicos (7). Dada la alta prevalencia e impacto asociados a la depresión, así como a la existencia de obstáculos para un manejo adecuado, que da lugar a resultados clínicos menos satisfactorios de lo que cabría esperar, hay una clara necesidad de mejorar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (8).

Las intervenciones psicoeducativas son intervenciones en las que se imparte la educación a las personas con trastornos psicológicos o enfermedades físicas (9). Estas intervenciones pueden consistir en la simple entrega de materiales educativos como folletos, libros, material audiovisual o sitios web de información (10, 11), en intervenciones psicoeducativas individuales o en intervenciones colectivas donde un grupo de pacientes recibe de forma conjunta psicoeducación y orientación psicológica a cargo de un profesional. Las intervenciones psicoeducativas son en general poco costosas y fáciles de implementar en AP, existiendo evidencia científica que respalda la efectividad de la psicoeducación en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales (12, 13).

Abordaje de la depresión en Atención Primaria

Atendiendo a las características específicas de la depresión y especialmente a su curso prolongado y al altísimo riesgo de recurrencias y recaídas, hay una tendencia creciente a considerar, la cual indica que, en Atención Primaria, la depresión debería ser manejada como una enfermedad crónica más que como un episodio limitado en el tiempo (porque esta situación es la menos frecuente). Los modelos de atención a enfermedades crónicas incluyen diversos componentes: actitudes proactivas en la detección y en el seguimiento de la enfermedad, guías clínicas, organización de la provisión de servicios entre los diferentes niveles del sistema sanitario y perfiles profesionales, monitorización sistemática de la evolución y los resultados y, de forma muy relevante, la educación sanitaria y el fomento de la corresponsabilización del paciente en el proceso terapéutico.

Basados en estas premisas, se han evaluado satisfactoriamente modelos de atención a la depresión orientados especialmente a la gran proporción de pacientes atendidos en AP, que inciden en diferentes puntos del proceso asistencial y que incluyen medidas psicoeducativas (14, 15). Aunque la evidencia científica proviene de sistemas sanitarios ajenos, actualmente se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado para determinar si la implan-

tación de un modelo de estas características (el modelo INDI -*Interventions for Depression Improvement*-) en el sistema sanitario español (16) puede dar lugar a mejores resultados de salud. Los datos preliminares sugieren que el programa evaluado mejora los resultados clínicos de la depresión en AP (17). Uno de los componentes del modelo INDI es la psicoeducación orientada al paciente deprimido y a sus allegados, con unos contenidos estructurados y un opúsculo como material de soporte.

En el modelo INDI, la implementación de las actividades psicoeducativas es responsabilidad de todo el equipo, pero de forma muy especial de los profesionales enfermeros. Varias intervenciones realizadas en AP, con resultados positivos, incorporan el *case manager*, generalmente desarrollados por enfermeras. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya en un reciente informe la necesidad de potenciar la intervención y la capacidad resolutoria de los profesionales de Enfermería en el manejo de la depresión, como proveedores de cuidados al paciente depresivo que incluyan medidas para potenciar la adhesión al tratamiento, psicoeducación, la relación de ayuda, el seguimiento clínico de éste y la elaboración del plan de cuidados. Por otro lado, el informe señala que las enfermeras han de adoptar un papel activo en el diseño de políticas sanitarias para el desarrollo de la prevención, promoción e intervención en Salud Mental en el contexto de la Atención Primaria (18).

El perfil de la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes ha cambiado, pasando de un modelo paternalista a uno en el que la autonomía del paciente ha adquirido una importancia fundamental. El paciente se convierte en un personaje activo, con unos derechos claros, como los de ser adecuadamente informado sobre su enfermedad y participar en las decisiones que le afectan, pero también con el deber de ser responsable frente a su enfermedad y a su estado de salud (19, 20). En un estudio realizado en centros de Atención Primaria, en 10 países con diferentes culturas y sistemas de salud (21), los enfermos consideran prioritarios los siguientes aspectos: tener suficiente tiempo de consulta para hablar, ser escuchados, conseguir una atención rápida en caso de emergencia, confidencialidad y, de forma muy significativa, estar informados acerca de su enfermedad. Es por ello que la escucha hay que entenderla como proceso bidireccional, por lo que es necesaria la apertura de ambos interlocutores para poder facilitar el entendimiento de lo que se intenta transmitir. De este modo se facilita la expresión de las expectativas y sentimientos del paciente.

Características de la psicoeducación en el paciente deprimido

Los objetivos principales de la psicoeducación son la autonomía, la promoción del autocuidado y la toma de decisiones por parte del paciente. Es por ello que la psicoeducación que se ofrece a las personas deprimidas ha de incluir información veraz y comprensible sobre la enfermedad y su manejo, apoyo emocional, habilidades de resolución de problemas y otras técnicas psicológicas. Ha de potenciarse el autocuidado y estimularse que los pacientes y sus familiares tomen parte activa en el manejo de la enfermedad. Sin embargo, la psico-

educación del paciente deprimido tiene algunas dificultades añadidas que han de ser tenidas en cuenta y que se derivan de la propia naturaleza del trastorno depresivo: la desesperanza, el pesimismo, la inhibición y las dificultades cognitivas asociadas a la depresión pueden hacer que la persona deprimida sea reticente a aceptar la intervención psicoeducativa y que ésta sea menos eficaz (Tabla 1). Según Fallon (22) la Educación para la Salud mental ha de incluir el desarrollo de una alianza de colaboración entre el profesional y el paciente, con unos objetivos compartidos, en el contexto de la relación de ayuda.

Alianza terapéutica y psicoeducación

La alianza terapéutica constituye el eje central de la psicoeducación y es donde se articula la relación de colaboración entre el profesional y el paciente. Según Rogers (23) para establecer una relación terapéutica efectiva el profesional debe ser empático, congruente y aceptar de forma incondicional al paciente. En la alianza terapéutica se pone de manifiesto la dimensión relacional entre el profesional y el paciente. De este modo, la relación y más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos facilitan o dificultan el establecimiento de esta alianza. Para Bordin (24) una alianza positiva es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico donde interactúan tres componentes:

- El acuerdo entre el profesional sanitario y el paciente sobre las metas del tratamiento.
- El acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas.
- El vínculo emocional que se crea entre el profesional y el enfermo.

Los resultados de algunas investigaciones han mostrado una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente y la calidad de la alianza (25). Además, la calidad de la alianza terapéutica es un buen predictor de los resultados conseguidos (26-28). Dentro de los componentes que constituyen esta alianza terapéutica, la confianza entre el paciente y el profesional es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia (29).

Contenidos educativos de la psicoeducación

El modelo psicoeducativo que se propone está dirigido al paciente deprimido, pero también a los familiares y allegados. Esto es importante porque el impacto de la depresión no se limita al propio enfermo, sino que se extiende al ámbito familiar y social. Además es útil implicar a las personas más allegadas como parte activa en el manejo terapéutico de la persona deprimida. Los contenidos incluyen información sobre la propia enfermedad depresiva, documentación sobre las opciones terapéuticas haciendo énfasis en la necesidad de la adherencia al tratamiento, consejos de autoayuda y automanejo de la depresión y de las dificultades asociadas y, finalmente, consejos y orientaciones específicos para familiares y allegados.

Información sobre la propia enfermedad

Proporcionar al paciente información veraz y accesible sobre la depresión es atender a su derecho a estar debidamente informado sobre su enfermedad. Además, los objetivos de la información son posibilitar la participación informada del enfermo en las decisiones que afectan a su salud y combatir el estigma y los prejuicios asociados a la enfermedad mental y a la depresión en particular.

Tabla 1. Dificultades que deben tenerse en cuenta al planificar la psicoeducación

Problemas derivados del paciente:

- El no aceptar o reconocer su estado depresivo
- El grado de escolaridad
- Las creencias, actitudes y comportamientos sobre la depresión y su tratamiento

Problemas derivados del entorno:

- Las redes de apoyo: familiar, grupal, social y asistencial
- Las actitudes y creencias sociales sobre la depresión y los psicofármacos

Problemas derivados del trastorno depresivo:

- La desmotivación del paciente
- Los problemas cognitivos subyacentes a la depresión
- Las características clínicas del trastorno
- La experiencia del paciente con sus episodios depresivos previos
- Las ideas de autorreproche, remordimiento y culpa
- Las ideas de suicidio

Problemas derivados de los profesionales:

- Desinterés o poca formación en depresión
- No realizar orientación o psicoeducación al paciente y allegados
- No realizar abordaje psicoterapéutico cuando es necesario e indicada
- Elección inadecuada del antidepresivo para el cuadro clínico del paciente
- No aplicar los criterios de dosis/respuesta, períodos de latencia, dosis/reacción adversa, dosis/letalidad, tolerancia

Problemas derivados del fármaco antidepresivo:

- Efectos adversos de moderados a severos
- Ineficacia del antidepresivo para el tipo de cuadro depresivo del paciente

Es necesario aclararle las dudas que pueda tener con relación a la depresión. Frecuentemente estas dudas están relacionadas con la propia denominación, porque la palabra “depresión” (o “depre”) es utilizada de forma banal en el lenguaje coloquial, confundiendo la depresión clínica con sentimientos como la tristeza, el agobio o la preocupación, a menudo relacionados con dificultades de la vida pero que no constituyen unas condiciones patológicas.

Otro componente importante del prejuicio social sobre la depresión es la atribución a la persona afectada de características como debilidad de carácter, falta de voluntad o incapacidad para enfrentarse a adversidades y problemas. Por ello, es importante aclarar las incertidumbres que pueda tener el paciente, explicando que aunque la mayoría de personas puede experimentar tristeza de vez en cuando (y esto es un sentimiento que forma parte de la normalidad), en algunas personas estos sentimientos son más intensos, persistentes y se acompañan de otros síntomas que componen el síndrome depresivo, provocan gran malestar y dificultan la realización de las actividades de la vida diaria. Es entonces cuando puede estarse ante un trastorno depresivo que tendría que ser valorado por un profesional. En este contexto, los profesionales sanitarios han de diseñar estrategias que sustituyan el sentimiento de culpa que tienen muchos pacientes sobre su propio estado, ofreciendo una explicación causal y psicopatológica para la depresión que incluya los componentes biológicos, sociales y psicológicos.

Se explicarán al paciente las características clínicas del cuadro depresivo -con las que se sentirá identificado-, sobre los síntomas que alteran de forma intensa los sentimientos y los pensamientos, manifestándose como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y los retos diarios y pérdida de interés en aquellas que previamente resultaban placenteras. También sobre el impacto funcional y sobre la merma de facultades que se asocian a la depresión: falta de energía e iniciativa, fatiga, dificultades para tomar decisiones, concentrarse o para pensar claramente.

Muchos enfermos deprimidos tienen pensamientos recurrentes sobre la muerte, deseos de morir e ideación suicida y, de la misma manera que en la evaluación del paciente deprimido se recomienda que el riesgo de suicidio siempre ha de ser investigado, en la psicoeducación este tema no tiene que ser obviado: poder hablar sobre estas ideas y enmarcarlas en el contexto del cuadro depresivo puede reducir significativamente los sentimientos de angustia y culpa que estos pensamientos a menudo provocan en el paciente. Asimismo, se conversará de forma inteligible y realista sobre la evolución previsible de la depresión, indicando que no se trata de una enfermedad aguda, que la recuperación será progresiva, que existe la posibilidad de recaídas, etc., pero evitando falsas esperanzas y destacando los aspectos positivos del pronóstico de la depresión manejada adecuadamente.

Otra fuente de dificultad está asociada a la percepción por parte de familiares y amigos de que la sintomatología depresiva del paciente responde a un estado de mera tristeza o humor bajo pasajero y se espera que la persona con de-

presión la resuelva por sí misma a corto plazo. Esta incompreensión puede incrementar los sentimientos de culpa y baja autoestima del paciente, que habitualmente ya estarán presentes como un componente del síndrome depresivo y potenciar su tendencia a la incomunicación y al aislamiento social. En este contexto puede hablarse también del estigma social hacia la depresión, que puede ser un problema sustancial para las personas deprimidas, inhibiendo la búsqueda de ayuda y asesoramiento y dificultando tanto la aceptación y la adherencia al tratamiento como su reinserción social (30). Es necesario combatir los prejuicios relacionados con la depresión y ello implica el cambio de las creencias en torno a la enfermedad depresiva y el cambio de la forma en la que se percibe a las personas que padecen depresión por parte de la sociedad, entendiendo que en ésta están contenidos tanto la población como los medios de comunicación, la educación, la legislación, etc.

Educación sobre el tratamiento y sobre la necesidad de la adherencia al mismo

Se incluye información sobre las opciones terapéuticas (psicológicas y/o farmacológicas) disponibles e indicadas para el paciente. En Atención Primaria, el tratamiento con antidepresivos es una opción terapéutica de primera línea en la depresión moderada y severa. Además, en la práctica cotidiana es la opción más accesible y más frecuentemente utilizada. Por ello, desde un modelo psicoeducativo se hace especial énfasis en el tratamiento farmacológico de la depresión. Se trata sobre aspectos como el mecanismo de acción de los antidepresivos, las pautas terapéuticas y modo de uso (incluyendo la duración previsible del ciclo de tratamiento), el esperable retraso en la aparición de un efecto terapéutico perceptible por el enfermo, los efectos adversos más frecuentes y/o relevantes a corto y a medio plazo, el modo de manejar o aliviar estos efectos adversos y la importancia del adecuado cumplimiento de las pautas prescritas.

Aun cuando el tratamiento farmacológico adecuado de un episodio depresivo debe prolongarse un mínimo de seis meses después de haber conseguido la remisión (31), el abandono prematuro de la medicación antidepresiva es muy frecuente. Según diferentes estudios, el abandono de la medicación antidepresiva en los cuatro primeros meses de tratamiento es superior al 50% (32) y éste se incrementa cuando el paciente no dispone de apoyo familiar (33). La mala adherencia al tratamiento es uno de los factores que pueden comprometer en mayor medida la efectividad de la propia intervención terapéutica (farmacológica o psicológica) y por ello la educación orientada a fomentar la adherencia al tratamiento es uno de los ejes principales del modelo psicoeducativo.

Es necesario evaluar y ayudar al paciente a identificar, desde diferentes puntos de vista, los obstáculos que pueden surgir y que pueden dificultar o entorpecer el cumplimiento terapéutico en el paciente deprimido. Identificados los obstáculos hay que planificar las actuaciones orientadas a superarlos y a asegurar la adecuada adherencia. En general, se recomendará la formulación de objetivos limitados y accesibles, acordados entre el profesional y el paciente, que pueden revisarse y/o ampliarse según la respuesta de éste y la consecución de los objetivos previos.

“La implementación de las actividades psicoeducativas es responsabilidad de todo el equipo, pero de forma muy especial de los profesionales enfermeros”

Automanejo de la depresión y de las dificultades asociadas

La depresión conlleva sentimientos de inutilidad, desesperanza y desamparo. Estos pensamientos negativos hacen que las personas deprimidas se sientan derrotadas y se inhiban de actuar y tomar decisiones. El paciente ha de ser consciente que esta visión pesimista de la vida es una distorsión de la realidad que forma parte de la propia depresión. Es por ello que los profesionales (p. ej.: en este modelo, las enfermeras) han de dar indicaciones prácticas sobre el automanejo de la depresión y de las limitaciones asociadas: adherencia al tratamiento, relaciones sociales y familiares, contención de la autocrítica o autodesvaloración injustificada y fomento de la autoestima. También se ha de promover la adecuada alimentación y la práctica regular de ejercicio físico como medidas coadyuvantes en la mejora del estado de ánimo.

Uno de los objetivos es que el paciente vaya recuperando el nivel funcional previo y se vaya incorporando progresivamente a las actividades que realizaba antes. Los objetivos tienen que ser alcanzables y, por ello, el profesional propondrá y orientará al paciente en la formulación de objetivos asumibles y que no aumenten su angustia. La Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor (31) propone una serie de consejos para disminuir la ansiedad (Tabla 2). También en el pro-

Tabla 2. Consejos para disminuir la ansiedad. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor (GPCD)

- Si los problemas parecen asfixiarte, considéralos individualmente
- Disfruta con las pequeñas cosas, consigue tiempo para ti mismo
- Aprende a reconocer cuándo necesitas parar, recuerda que todos tenemos un límite
- No seas demasiado severo contigo mismo

Tabla 3. Consejos para planificar las actividades de la vida diaria

- Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario)
- Mantén ese listado a la vista
- Al iniciar las tareas no seas muy exigente contigo mismo
- Recuerda que es importante hacer una actividad gratificante al menos una vez al día
- Planifica hacer alguna actividad física suave cada día
- Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad
- Si no te apetece hacer nada en absoluto, planifica realizar alguna actividad con otras personas
- Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y compártelo con los demás
- Deja que te ayuden

grama INDI se ha elaborado un breve manual con consejos educativos para la planificación de las actividades de la vida diaria (Tabla 3).

Fomento de la práctica de ejercicio físico moderado

La depresión es susceptible de mejora por la actividad física. Diferentes estudios demuestran que la práctica de ejercicio moderado de forma regular influye en la calidad de vida, produciendo efectos beneficiosos sobre la salud física y psicológica (34). El efecto beneficioso del ejercicio frente a la depresión se ejerce en el contexto psicológico (autoestima, mayor eficacia, socialización), así como en el neuroquímico (incremento la producción de norepinefrina y endorfinas). La realización de ejercicio produce una mejoría del humor y de la sensación de bienestar general. El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue mejorar su autoestima y favorecer sus relaciones con el entorno. Para enfermos con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado, de intensidad moderada, con frecuencia de dos o tres veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas podría mejorar los síntomas depresivos (35).

Papel de la familia y allegados del paciente

Este modelo psicoeducativo encuadra el sufrimiento emocional dentro de un contexto relacional donde la persona interactúa con su entorno (familia, trabajo, redes sociales). Desde esta perspectiva, tener un miembro de la familia con depresión afecta el funcionamiento de toda ella. Por eso las enfermeras han de reconocer el impacto de la depresión en el conjunto familiar y planificar intervenciones por reducir este impacto negativo y, dada la influencia positiva del apoyo de familia y de personas próximas al paciente, promover una implicación del entorno familiar como agente activo en el proceso terapéutico, aconsejando y orientando sobre el papel de la familia en la relación con el paciente, señalando qué es lo que puede hacer ésta para ayudarlo y también sobre qué conductas o actitudes son nocivas y deberían ser evitadas.

Conclusión

La depresión es una enfermedad muy prevalente en las consultas de Atención Primaria. Es por ello que es necesario diseñar medidas para mejorar el abordaje de la depresión y que incluyan medidas organizativas, formación de los profesionales sanitarios y diseño de técnicas psicoeducativas dirigidas a los pacientes y a sus familias. En este contexto, la intervención enfermera en la elaboración de planes de cuidados amplía nuevas competencias profesionales en el abordaje de la depresión, donde la psicoeducación al paciente y a su familia constituye el eje principal donde se articula su intervención profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor JJ, Alonso J, Haro JM. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD): contributions for the mental health in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(suppl 2): 1-3.
2. Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Masdú RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34(1): 21-35.
3. Pinto-Meza A, Fernández A, Fullana MA, Haro JM, Palao D, Luciano JV, Serrano-Blanco A. Impact of mental disorders and chronic physical conditions in health-related quality of life among primary care patients: results from an epidemiological study. *Qual Life Res* 2009; 18: 1011-1118.
4. Hansen RA, Gartlehner G, Lohr KN, Gaynes BN, Carey TS. Efficacy and safety of second generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder. *Ann Intern Med* 2005; 143(6): 415-426.
5. Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34(4): 331-343.
6. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40(1): 51-54.
7. Aragonés E, Labad A, Piñol JL, Lucena C, Alonso Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005; 58:145-151.
8. Von Korff, M, Goldberg D. Improving outcomes in depression: The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001; 323(7319): 948-949.
9. Domínguez Torrecilla M, Benavent Garcés MA, Sanjuán i Nebot LF. Efectos de la Educación para la Salud en pacientes hipertensos. *Metas Enferm* 2001; 4(36): 46-51
10. Scogin F, Jamison C, Gochneaur K. Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(3): 403-407.
11. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328(7434): 1-5.
12. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009; 16 (7): 79-81.
13. Otaduy Zubia M. Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve. *Metas Enferm* 2007; 10(6): 50-53
14. Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry* 2007; 52(2): 77-85.
15. 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(23): 3145-51.
16. Aragonés E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G, Badia W, Hernández JM, Casaus P, Folch S, Basora J, Labad A. Assessment of an enhanced program for depression management in primary care: a cluster randomized controlled trial. The INDI project (Interventions for Depression Improvement). *BMC Public Health* 2007; 7(1): 253-262.
17. Aragonés E, Caballero A. El Proyecto INDI. Diseño y evaluación de un programa para mejorar el abordaje de la depresión en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. Barcelona: XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 10 de abril de 2011]. URL disponible en: http://www.semfycc2009.com/modules.php?name=webstructure&file=viewFile&f=modules/webstructure/files/programa_final.pdf&t=.pdf
18. World Health Organization. Atlas: Nurses in Mental Health. Geneva: World Health Organization; 2007.
19. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic diseases. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.
20. Fernández Castillo R, Fernández Gallegos R. Educación para la salud, aprendizaje y cambio. *Metas Enferm* 2008; 11(7): 58-61.
21. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP). *Br J Gen Pract* 2000; 50(460): 882-887
22. Falloon I, Fadden G. Integrated Mental Health Care. A Comprehensive community-based approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p. 200-201.
23. Rogers C R. El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidós; 1972.
24. Bordin ES. The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : theory, research and practice* 1976; 1: 252-260.
25. Hausner RS. The therapeutic and working alliances. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48(1): 155-187.
26. Luborsky L. A pattern-setting therapeutic Alliance study revisited. *Psychotherapy research* 2000; 10(1): 17-29.
27. Paivio SC, Bahr LM. Interpersonal Problems, Working Alliance, and outcome in Short-Term Experiential Therapy. *J Psychother Pract Res* 1998; 8(4): 392-407.
28. Henry WP, Schacht TE, Strupp HH. Patient and therapist introject interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58(6): 768-774.
29. Hatcher RL, Barends AW. Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(6): 1326-1336.
30. Comas A, Álvarez E. Knowledge and perception about depression in the Spanish population. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32(6): 371-376.
31. Grupo de trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el Servicio Nacional de Salud del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (Avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t nº 2006/06. [En línea] [fecha de acceso: 10 de abril de 2011]. URL disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/index.html>
32. Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. *J. Euroneuro* 2003; 13(3): 69-75.
33. Pezo S, Costa Stefanelli MC, Komura Hoga L. La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index Enferm* 2004; 13(47): 11-5.
34. Rothon C, Bhui K, Viner R, Taylor S. Stansfeld S. Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study. *BMC Medicine* 2010; 8: 32.
35. Daley A. Exercise and Depression: A Review of Reviews. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15: 140-147.