



MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

Triñanes Y, Atienza G, de las Heras Liñero E.

En representación del grupo elaborador de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.

avalia-t3@sergas.es

RESUMEN

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés por desarrollar diferentes modelos de atención a la depresión. Entre los factores más importantes que han impulsado la investigación en este ámbito están el reconocimiento de la depresión como una enfermedad crónica y discapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada. Aunque existen diversidad de propuestas diseñadas para este fin, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores. Ambos modelos persiguen el objetivo de mejorar el bienestar y la capacidad del paciente, a través de la proporción de una atención integral a la depresión y de la colaboración entre los profesionales y los diferentes niveles asistenciales. Para la implementación del modelo escalonado es necesario establecer tres niveles de atención: en el primer nivel se abordará el tratamiento de la depresión leve, basado fundamentalmente en psicoeducación, apoyo, ejercicio físico e intervenciones psicológicas. El segundo nivel de tratamiento se dirige a la depresión moderada, y se basa principalmente en el tratamiento farmacológico o intervenciones psicológicas. El tercer nivel es el de la depresión grave o resistente, en el que los tratamientos principales son el combinado (antidepresivos + psicoterapia) y/o las estrategias farmacológicas en depresión resistente. Cuando estas opciones no han sido efectivas, puede ser necesario valorar el ingreso hospitalario y la terapia electro-convulsiva. En este trabajo se resume la evidencia de efectividad de estos modelos y se presenta un algoritmo terapéutico de atención a la depresión.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

1. INTRODUCCIÓN

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad (1, 2).

A pesar de todo lo anterior, el infradiagnóstico e infratratamiento continúa siendo un desafío en el manejo de la depresión (3-6), con un importante porcentaje de pacientes que no acuden a consultar sus síntomas de depresión. Por el contrario, también comienza a preocupar el sobrediagnóstico y sobretratamiento de este trastorno (7, 8). Unido a todo ello, es conocida la variabilidad en su manejo clínico, con diferentes actitudes terapéuticas, de derivación o de seguimiento y el elevado porcentaje de pacientes que responden inadecuadamente al tratamiento o tienden a la recurrencia.

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés por desarrollar diferentes modelos de atención a la depresión. Entre los factores más importantes que han impulsado la investigación en este ámbito están el reconocimiento de la depresión como una enfermedad crónica y discapacitante y la necesidad de promover enfoques asistenciales compartidos entre atención primaria y especializada (4, 9). Aunque existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas para este fin, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores.

Por ello, en la versión actualizada de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (10) del programa de guías del Sistema Nacional de Salud se ha incluido un apartado específico sobre modelos de atención.

En esta comunicación se presentan la evidencia incluida sobre estos aspectos y se presenta el algoritmo terapéutico.

2. METODOLOGÍA

La evidencia incluida en la GPC está basada en revisiones sistemáticas de la mejor evidencia disponible. Para ello realizaron búsquedas bibliográficas hasta febrero del 2014 en las siguientes bases de datos: 1) especializadas en revisiones sistemáticas: Cochrane Library Plus y NHS Centre for Reviews and Dissemination (HTA, DARE y NHSEED); 2) especializadas en Guías de Práctica Clínica y otros recursos de síntesis: TRIP (Turning Research into Practice), National Guideline Clearinghouse y GuiaSalud; 3) generales: Medline (Pubmed), EMBASE (Ovid), ISI WEB, IBECs (Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice Médico Español), o especializadas como PsycINFO. Idiomas: inglés, francés, español, italiano y portugués.

La evaluación de la calidad de los estudios y la síntesis de la evidencia se realizó siguiendo la metodología propuesta por el SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (11) (tabla 1).

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

Tabla 1. Niveles de evidencia del SIGN

Niveles de evidencia	
1 ⁺⁺	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1 ⁺	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 ⁻	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2 ⁺	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 ⁻	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

En cuanto al algoritmo, se realizó por consenso de los miembros del grupo de trabajo teniendo en cuenta la evidencia incluida en la GPC y sus recomendaciones.

3. RESULTADOS

Los modelos escalonados y colaborativos

El Modelo Escalonado

Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente. A pesar de que el escalonamiento de las intervenciones según la complejidad y gravedad de las patologías está implícito en general en la atención sanitaria, los sistemas escalonados son un intento de formalizar un continuo en la atención prestada y mejorar la eficiencia (4).

Se ha propuesto que este modelo es el adecuado para el manejo de la depresión por diferentes razones. Entre las más importantes se han destacado la evidencia de equivalencia de resultados entre intervenciones de diferente intensidad, la promoción del uso eficiente de los recursos y la aceptabilidad de la intensificación de intervenciones según la gravedad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes (12) .

A pesar de que las aproximaciones escalonadas de manejo comparten un planteamiento similar, la implantación y organización de los modelos de atención escalonada depende de las características y asistencia concretas de cada sistema sanitario, pero es un modelo característico de los servicios públicos de salud donde la atención primaria constituye la puerta de entrada, como es en España (9). Algunas de las premisas de las que parte este de modelo son la potenciación del trabajo multidisciplinar y la colaboración entre atención primaria y especializada. La atención se estratifica de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en atención primaria, y en

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

aquellos casos en los que no se consigue la respuesta adecuada tras intensificar la intervención, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado (13).

Este modelo de tratamiento es habitualmente propuesto por el NICE, y en el caso de la depresión, tanto la guía sobre la depresión en el adulto como la de depresión en enfermedades crónicas han organizado sus recomendaciones de manejo según este modelo (4). En España, también se ha propuesto como un modelo de organización de los servicios para el manejo de la depresión (13).

Sin embargo, a pesar su recomendación por parte de diferentes organizaciones, no existen muchos estudios que se hayan centrado específicamente en evaluar los resultados de su adopción. En general la evidencia de la efectividad de estos modelos en salud mental es limitada, aunque su inclusión como parte de modelos más complejos de atención colaborativa se ha asociado con mejores resultados en salud y prescripción de tratamientos (4, 9). Fuera del ámbito de la salud mental, los modelos de atención escalonada han sido asociados con mejoras en salud en patologías complejas como el dolor crónico o la obesidad (4). [RS de diferentes tipos de estudios 1+]

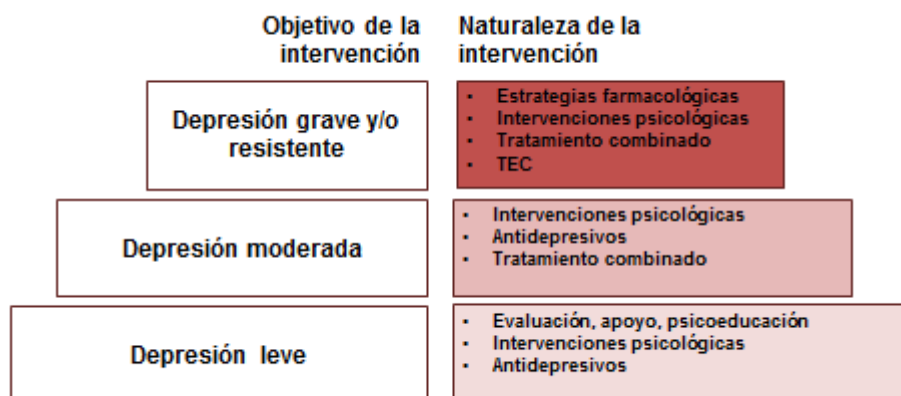
Algunas de las consideraciones a tener en cuenta en la adopción de los modelos escalonados es la repercusión que puede tener el fracaso de las intervenciones iniciales en la posterior respuesta a otros tratamientos. Además, aunque se ha planteado que entre las fortalezas de este modelo está la alta aceptabilidad de los pacientes, existe evidencia de menores tasas de entrada en dos ensayos clínicos incluidos en la guía del NICE (4). A pesar de estas críticas y de que la evidencia no es concluyente, se ha planteado que el modelo escalonado en el manejo de la depresión, continúa siendo uno de los modelos de prestación de servicios mejor desarrollado y que puede garantizar el acceso a tratamientos coste-efectivos, sobre todo cuando se implanta asociado a otras medidas encaminadas a garantizar entre otros aspectos, la evaluación regular y la facilitación del acceso a las intervenciones (1, 3). [RS de diferentes tipos de estudios 1+]

En nuestro contexto sanitario, la implementación de un modelo escalonado para la depresión unido a otras intervenciones como la formación de los profesionales, empleo de GPC, definición del papel de enfermería, psicoeducación de los pacientes, mejora de la comunicación entre atención primaria y especializada, entre otras se ha asociado con una mejora de los resultados clínicos en atención primaria (14). Otras intervenciones propuestas en el ámbito europeo también han obtenido buenos resultados en España, como es el caso del Programa Europeo Contra la Depresión, basado en intervenciones multinivel que intentan potenciar la colaboración en atención primaria y especializada (15, 16).

En la figura 1 se representa una propuesta de modelo escalonado, siguiendo el modelo planteado en la guía de depresión del NICE (4)

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

Figura 1: Modelo escalonado en el manejo de la depresión



Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes (4, 13).

La atención colaborativa

Los modelos de atención colaborativa, basados en el *Chronic Care Model*, han sido aplicados para mejorar el manejo de la depresión en atención primaria, observándose su efectividad a la hora de mejorar el proceso asistencial y los resultados clínicos (17). Este modelo de atención potencia la intervención de las *care manager*, que generalmente son enfermeras, cuya función principal es mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas con depresión, planificando cuidados enfermeros en función de sus necesidades y realizar funciones de integración y coordinación de las intervenciones de los diferentes profesionales (médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud) para vertebrar una mejor asistencia sanitaria y calidad de cuidados al paciente.

La mayoría de las revisiones sistemáticas sobre atención colaborativa han puesto de manifiesto que estos modelos son más efectivos que la atención habitual y señalan mayor eficiencia cuando se combina con la atención escalonada. Sin embargo es necesario tener en cuenta que existe una gran diversidad en los estudios en cuanto a los modelos específicos evaluados, número y tipo de intervenciones y agentes implicados, por lo que continúa siendo difícil extraer conclusiones definitivas (9). [RS, 1+]

Recientemente en un metanálisis de 37 estudios que comparaban el abordaje de la depresión con el modelo colaborativo frente a la práctica habitual, los resultados demostraron la efectividad de este modelo en respuesta/remisión, adherencia al tratamiento, calidad de vida /estado funcional y satisfacción con la atención recibida (18). La efectividad de la intervención se debe a los siguientes factores comunes [RS, 1+]:

- Inclusión de cambios organizativos y asistenciales en el sistema de prestación de servicios de salud.
- Desarrollo del rol de la enfermera, como gestora de casos y coordinadora de la atención.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

- Continuidad del cuidado a través del seguimiento clínico del paciente.

En España se ha desarrollado la experiencia de la puesta en marcha de un programa multicomponente basado en los principios generales del modelo de atención al paciente crónico (modelo INDI, *Interventions for Depression Improvement*). El modelo se adapta a la organización de la atención a la depresión en el seno del equipo de atención primaria, con una redefinición de roles profesionales y circuitos asistenciales y jugando la enfermería un papel fundamental. Los puntos clave del modelo INDI son: a) Plan de formación y elaboración de herramientas de apoyo (guía clínica, algoritmos) para la toma de decisiones de médicos y enfermeras; b) Papel de la enfermería: facilitar psicoeducación, tanto al paciente como a familiares y allegados; apoyo al paciente para su propia implicación en el proceso; participación en el seguimiento clínico; evaluación de la adherencia al tratamiento y de la aparición de efectos adversos; comunicación de la información al médico responsable del paciente; coordinación entre pacientes y servicios de atención primaria y especializada.

El modelo INDI ha sido evaluado mediante un ensayo controlado en el que se compararon sus resultados frente a la atención habitual de los pacientes con depresión observándose unas tasas de respuesta y de remisión de la depresión un 15-20% más altas en los pacientes atendidos según el modelo INDI desde los 3 meses y durante 1 año de seguimiento (14). [ECA , 1+]

Estos mismos autores realizaron recientemente un análisis coste-utilidad del modelo INDI en comparación con la práctica clínica habitual, observando mejores resultados incrementales para la intervención, tanto de utilidad (0,045 AVAC adicionales) como de efectividad clínica (40,09 días libres de depresión, DLD) (19). [Estudio de evaluación económica].

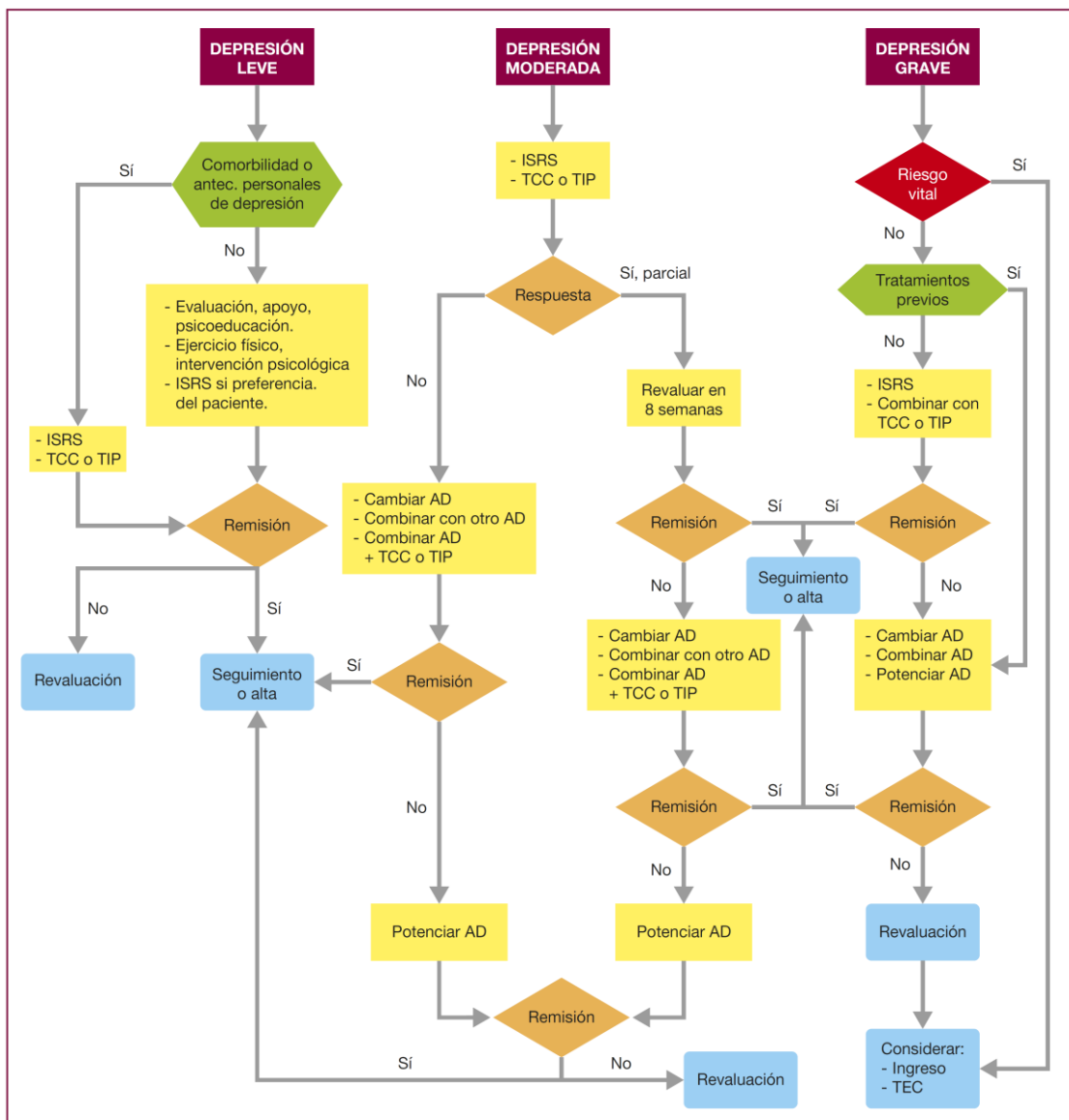
Resumen de la evidencia

1+	A pesar de que los modelos de atención escalonada han sido recomendados por diferentes organizaciones, no existen muchos estudios centrados específicamente en evaluar los resultados de su adopción en el manejo de la depresión. En general, la evidencia de su efectividad es limitada, aunque su inclusión como parte de modelos más complejos de atención colaborativa se ha asociado con mejores resultados en salud y de prescripción de tratamientos (13, 121).
1+	La mayoría de las revisiones sistemáticas sobre atención colaborativa han puesto de manifiesto que estos modelos son más efectivos que la atención habitual y señalan mayor eficiencia cuando se combina con la atención escalonada. Sin embargo es necesario tener en cuenta que existe una gran diversidad en los estudios en los modelos específicos evaluados, el número y tipo de intervenciones y los agentes implicados, por lo que continúa siendo difícil extraer conclusiones definitivas (121, 128).
1+	En España, el modelo INDI (<i>Interventions for Depression Improvement</i> , programa multicomponente basado en los principios generales del modelo de atención al paciente crónico) ha sido evaluado mediante un ensayo controlado aleatorizado en el que se compararon sus resultados frente a la atención habitual de los pacientes con depresión observándose unas tasas de respuesta y de remisión de la depresión un 15-20% más altas en los pacientes atendidos según el modelo INDI desde los 3 meses y durante 1 año de seguimiento (124). Este modelo también ha mostrado un favorable cociente coste-utilidad, con mejores resultados incrementales para la intervención, tanto de utilidad como de efectividad clínica (129).

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

Estrategias terapéuticas

A continuación se presenta el algoritmo terapéutico de la depresión mayor en el adulto. En la página siguiente se detallan algunos detalles al mismo.



AD: antidepresivo
 ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
 TEC: terapia electroconvulsiva
 TCC: terapia cognitivo-conductual
 TIP: terapia interpersonal

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

Notas del algoritmo

Generales

- El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional.
- Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonado, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente.
- El manejo de la depresión debería incluir:
 - Psicoeducación
 - Apoyo individual y familiar
 - Coordinación con otros profesionales
 - Atención a las comorbilidades
 - Monitorización regular del estado mental

El modelo escalonado en el tratamiento de la depresión

Para la implementación del modelo escalonado de tratamiento es necesario establecer tres niveles de tratamiento: en el primer nivel se abordará el tratamiento de la depresión leve, basado fundamentalmente en psicoeducación, apoyo, ejercicio físico e intervenciones psicológicas. El segundo nivel de tratamiento se dirige a la depresión moderada, y se basa principalmente en el tratamiento farmacológico o intervenciones psicológicas. El tercer nivel es el de la depresión grave o resistente, en el que los tratamientos principales son el combinado (antidepresivos + psicoterapia) y/o las estrategias farmacológicas en depresión resistente. Cuando estas opciones no han sido efectivas, es necesario valorar el ingreso hospitalario y la terapia electro-convulsiva.

Evaluación de la gravedad y monitorización de la respuesta al plan de tratamiento

La evaluación se realizará basándose fundamentalmente en la entrevista clínica, aunque el uso de instrumentos de evaluación puede aportar información complementaria.

La gravedad del episodio dependerá de los siguientes criterios:

- Duración, número e intensidad de los síntomas.
- Insuficiente respuesta al tratamiento.
- Comorbilidad.
- Antecedentes personales de depresión.
- Ideación suicida o conducta suicida, síntomas psicóticos, bajo apoyo social, discapacidad.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

La frecuencia de la evaluación y monitorización de síntomas debería realizarse en función de la gravedad del cuadro, comorbilidad asociada, cooperación con el tratamiento, apoyo social y frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento prescrito. Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con fármacos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento, y antes de 8 días en el caso de depresión grave. El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico ha de ser estrecho, al menos las 4 primeras semanas.

Se considera fase aguda del tratamiento a las primeras 8-12 semanas, en la que el objetivo es la remisión de los síntomas y la recuperación de la funcionalidad. La fase de mantenimiento es la que ocupa de los 6-24 meses en la que se deberá restaurar el funcionamiento previo y prevenir la recurrencia.

En cada revisión se evaluará la respuesta, adherencia al tratamiento, efectos secundarios y riesgo de suicidio.

Derivación desde atención primaria

La decisión sobre la derivación a otro dispositivo desde atención primaria se realizará siguiendo los criterios de gravedad previamente descritos y cuando:

- Riesgo de suicidio o heteroagresividad
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Sospecha de bipolaridad
- Depresión moderada de alta recurrencia
- Episodios depresivos prolongados
- Abuso de sustancias
- Negación del trastorno
- Tras dos o más intentos fallidos de tratamiento
- Cuando el cuadro plantea dudas diagnósticas o terapéuticas

El carácter de dicha derivación (urgente, preferente u ordinaria) se realizará mediante la valoración global de dichos criterios, la sintomatología del paciente y teniendo en cuenta el tiempo que puede dilatarse la atención.

La derivación se realizará de forma **urgente**:

- Ante un episodio de depresión grave con síntomas psicóticos
- En caso de elevado riesgo de suicidio (conducta autolítica grave reciente, plan de suicidio elaborado, expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista, situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo)

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

La derivación podrá ser **preferente**:

- Ante sospecha de bipolaridad y/o riesgo de suicidio (ideación suicida sin ninguno de los criterios anteriores y alivio tras la entrevista, intención de control de impulsos suicidas, aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas y apoyo sociofamiliar efectivo)

En todos los casos, los motivos de la derivación deberán ser registrados en la historia clínica.

4. CONCLUSIÓN

La depresión constituye un importante problema de salud pública y un reto para los sistemas sanitarios. Su importancia, tanto desde el punto de vista epidemiológico como por la discapacidad que genera, justifica la puesta en marcha de medidas que permitan mejorar y optimizar la práctica clínica.

La evidencia revisada sugiere la necesidad de poner en marcha estrategias de colaboración entre atención primaria y salud mental y seguir los modelos de atención escalonada, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente. Para ello, se propone un algoritmo terapéutico en el que la atención se estratifica según el nivel de gravedad de la depresión y, siguiendo el planteamiento de estos modelos, se propone empezar por la intervención menos intensa en atención primaria. En aquellos pacientes en los que no se consigue una respuesta aceptable, se plantea incrementar la intensidad de las intervenciones y valorar el cambio a atención especializada.

Las versiones completa y resumida de la GPC están disponibles en la página web de guiasalud (<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=5ac7d5c12ba83377ee0bfc200598>) y de la Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) (http://www.sergas.es/MostrarContidos_Portais.aspx?IdPaxina=60538).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 10 dic 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/en/>
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2012 [citado 10 dic 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html.
3. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61.

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

4. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe N°.: 90.
5. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S5-14.
6. Aragonès 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):331-43.
7. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet.* 2012;379(9820):1045-55.
8. Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnostico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria.* 2010;42(1):47-9.
9. Calderón C, Mosquera I, Balagué L, Retolaza A, Bacigalupe A, Belaunzaran J, et al. Modelos e intervenciones de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la atención a los pacientes diagnosticados de depresión: resultados de una meta-revisión. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2013. Informe N°.: D-13-13.
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.
11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50 A guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008 [actualizado nov 2011; citado 28 mar 2014]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>
12. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *Br J Psychiatry.* 2005;186:11-7.
13. Palao DJ, Pérez-Solà V, Aragonés E, Jódar I. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2010.
14. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J Affect Disord.* 2012;142(1-3):297-305.
15. European Alliance Against Depression [citado 14 ene 2014]. Disponible en: <http://www.eaad.net/>.
16. Multilevel intervention programme for prevention of depression and suicide. The EAAD experience in Catalonia, Spain [citado 14 ene 2014]. Disponible en:

MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y PROPUESTA DE ALGORITMO TERAPÉUTICO

https://webgate.ec.europa.eu/sanco_mental_health/public/GOOD_PRACTICE/402/show.html.

17. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* 2006;166:2314-21.
18. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):525-38.
19. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol JL, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord.* 2014;159:85-93.