

Javier Prado Abril

Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo

Departamento
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Director/es
García Campayo, Javier
Montero Marín, Jesús

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

**FACILITADORES Y OBSTÁCULOS DE
UNA INTERVENCIÓN
PSICOTERAPÉUTICA ASISTIDA POR
ORDENADOR PARA LA DEPRESIÓN
EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN**

Autor

Javier Prado Abril

Director/es

García Campayo, Javier
Montero Marín, Jesús

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Medicina, Psiquiatría y Dermatología

2016

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo

Javier Prado Abril

Departamento:

Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Directores:

García Campayo, Javier

Montero Marín, Jesús



TESIS DOCTORAL

Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo

Autor:

Javier Prado Abril

Directores:

Dr. Javier García Campayo

Dr. Jesús Montero Marín

Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología



Universidad
Zaragoza

Zaragoza, 2016

A mi familia.

Y a todos los que me han obsequiado con su amistad.



Universidad
Zaragoza

Dr. Javier García Campayo, Profesor Médico Asociado

Dr. Jesús Montero Marín,

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

FACULTAD DE MEDICINA

Universidad de Zaragoza

D. Javier García Campayo y D. Jesús Montero Marín

CERTIFICAN:

Que las investigaciones que se exponen en la Memoria: **Facilitadores y obstáculos de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión en atención primaria: un estudio cualitativo**, presentada por el licenciado **D. Javier Prado Abril**, para aspirar al grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza, han sido realizadas bajo nuestra dirección en todas las etapas, reflejando con toda fiabilidad los resultados obtenidos. Tras haber revisado esta Memoria, la encontramos conforme para ser presentada, defendida en acto público y juzgada por el Tribunal que al efecto se designe.

Lo que firmamos en Zaragoza a 21 de septiembre de 2016.

Fdo. Javier García Campayo

Fdo. Jesús Montero Marín

“It is our attitude at the beginning of a difficult task which, more than anything else, will affect its successful outcome”

(William James, *The Principles of Psychology*, 1890)

Agradecimientos

Esta aventura se inicia en el año 2010 con mi llegada a Zaragoza para formarme como especialista en Psicología Clínica en el servicio de Psiquiatría del HU Miguel Servet. Siempre me pareció que cubrir la brecha entre clínica e investigación es uno de los retos que tenemos por delante los jóvenes clínicos investigadores. Gracias a todo el servicio y, en particular, a su jefa de servicio, la Dra. Pérez Echeverría, que con su cariño y diligencia habitual me permitió desarrollarme y prosperar en un entorno seguro, acogedor, estimulante y lleno de posibilidades.

Cabe agradecer, sin ningún tipo de duda, la afectuosa, generosa y sabia guía que ha supuesto la amistad con Javier García Campayo, quien siempre vio en mí más talento y potencial que el que yo mismo intuía. La lucidez de ponerme a trabajar, codo con codo, junto a Jesús Montero Marín, sólo se hace evidente con el paso del tiempo y la perspectiva que éste da. Entonces era, como cuando aborda los objetivos de investigación, su gran capacidad para marcar el camino más adecuado por el que ir. Cuando los demás están anclados en tópicos conservadores, él lee la situación y genera acontecimientos de crecimiento personal, profesional e investigador. A Jesús, le debo uno de los aprendizajes más importantes de mi vida, el método. El valor de la pulcritud del trabajo paciente, humilde, en la sombra, silencioso, que con cariño y cuidado acaba por generar sus frutos. Con ambos, tengo una deuda emocional e intelectual infinita. Jamás habría sido posible completar esta aventura sin su sabia orientación y afectuosa guía.

A mi familia, mis padres, a Carlos y Helena, a los que ya no están pero dejaron su influencia en forma del amor que dieron en vida. Porque siempre ha sido el campamento base al que acudir para recuperar las fuerzas y el aliento cuando la climatología era adversa.

A tantos otros que me habéis acompañado estos años, y a riesgo de olvidarme de la mayoría. La consecuencia negativa del privilegio de haber estado muy bien rodeado. A Pablo y Ricardo, porque no se me ocurre un trío más improbable y al tiempo mejor avenida. A Borja y Gemma, por aportar luz en los momentos de oscuridad. A María, Beíta, Raquel, Mariam, Chusé, Jose, Jorge, Eduardo, Luismi, Patri, por supuesto, y Ángela. A mis compañeros de Aiglé, Mónica, Lei, Sara y Lidia. A mis co-r en la distancia, Sergio, Carmen y Bernat, por enseñarme que cerca es una actitud y no una cuestión de kilómetros. A los que llegasteis no hace demasiado; Alba, por estimularme a ser una persona mejor y más consciente, y Miguel, porque nadie siente y piensa tanto en la primaria como el Gárriz!

Por último, a mi sede actual de trabajo, l'HU Institut Pere Mata, por darme la oportunidad de participar en la coordinación de un programa de soporte de salud mental en atención primaria y ser protagonista del reto que tenemos por delante para incrementar el acceso a tratamientos psicológicos en la población afectada por depresión, no sólo desde una perspectiva investigadora, sino también clínica y asistencial.

Presentación

La presente tesis doctoral es el resultado de una investigación desarrollada dentro del Grupo de Investigación de Salud Mental de Aragón (RD12/005/006), perteneciente a la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (RedIAPP) del Instituto de Salud Carlos III. Se corresponde con el análisis cualitativo de los resultados del proyecto, financiado por el Instituto de Salud Carlos III, “Eficacia y coste-efectividad de un programa de psicoterapia asistida por ordenador para el tratamiento de la depresión mayor en Atención Primaria: estudio controlado, randomizado y cualitativo (PII0/01083)”.

El objetivo principal de dicho estudio versa sobre el tratamiento psicoterapéutico *on-line* de uno de los problemas de salud, la depresión mayor, que mayor crecimiento ha experimentado en la última década. Un problema de salud pública acuciante que genera elevados costes para el individuo, su familia, el sistema sanitario y la comunidad en general.

La depresión mayor es un trastorno mental de naturaleza agradecida a la intervención psicológica. De ahí, la gran cantidad de variantes y modelos de psicoterapia que han probado su eficacia en la remisión sintomática de las características más centrales del cuadro. En general, la psicoterapia ha probado ser tan eficaz como la psicofarmacología, tiene menos efectos secundarios, tiene una mejor percepción por el usuario, es superior en el mantenimiento de las ganancias terapéuticas en el tiempo y tiene una menor tasa de recaídas. Sin embargo, actualmente persiste la dificultad para los ciudadanos que padecen depresión de acceder a tratamientos de estas características y, cuando lo hacen, en muchas ocasiones, es tarde.

En el contexto de la atención primaria, donde se estima que sólo un 10% de los casos se estarían derivando a la atención especializada en salud mental, con sus conocidas largas listas de espera, acaba por producirse el suceso de que los casos leves y moderados se tratan exclusivamente con psicofármacos, si es que alcanzan a recibir tratamiento alguno para su trastorno mental. Muchos de los casos acaban cronificándose, se incrementa el gasto público destinado al tratamiento de dicha patología por episodio y el gasto farmacéutico asociado ha crecido de forma exponencial.

Se hace evidente, que entre los objetivos que deben perseguir los investigadores del ámbito de la depresión mayor se encuentran la búsqueda de fórmulas y mecanismos para cubrir esta brecha existente entre la población y el acceso a un tratamiento eficaz, sin efectos secundarios, que genera mayores logros en el seguimiento y satisfacción en los usuarios del sistema de salud.

Una forma preliminar de aproximar el concepto de tratamiento psicológico a la atención primaria, lugar de entrada de la demanda asistencial al sistema sanitario y donde se calcula está el grosso de los cuadros leves y moderados de depresión, podría ser mediante la aplicación de procedimientos asistidos por ordenador que maximicen la eficiencia de la mínima inversión esperando el máximo beneficio. La eficacia, efectividad y eficiencia de este tipo de intervenciones está probada en entornos anglosajones. El *cómo* podríamos hacerlo en nuestro entorno inmediato es la pregunta que se espera poder responder en las siguientes páginas.

Resumen

El objetivo principal de esta tesis doctoral es analizar en profundidad el impacto que puede tener la implementación de una intervención psicoterapéutica asistida por ordenador para la depresión leve y moderada en atención primaria. Para ello se realizan dos estudios cualitativos y se construyen sendas taxonomías de facilitadores y obstáculos de la implementación exitosa de la intervención. En el primer estudio se encuentran diferentes posiciones discursivas, en aparente conflicto, en los tres agentes implicados en el proceso psicoterapéutico: pacientes, médicos de atención primaria y gestores del sistema de salud. Los tres agentes implicados muestran su aceptación de la medida, la consideran innovadora y valoran sus eventuales efectos positivos en el tratamiento de la depresión. Pero al tiempo, los médicos señalan la importancia de que la medida lejos de incrementar su carga de trabajo debería reducirla, los gestores apuntan a la importancia de que permita el acceso a tratamiento a los usuarios del sistema de forma coste-efectiva y los pacientes esperan poder mantener una atención individualizada y especializada. El segundo estudio, sobre la base del modelo resultante en el primer estudio, profundiza en la experiencia de los pacientes tras participar en un ensayo clínico controlado y aleatorizado con la psicoterapia asistida por ordenador. El modelo emergente subraya la importancia de los aspectos relacionales, como la alianza terapéutica, y el rol fundamental que juega la supervisión de un especialista en la adherencia con el tratamiento en la fase intermedia y de mantenimiento del proceso psicoterapéutico. En conjunto, los resultados de esta tesis doctoral apuntan a que la psicoterapia asistida por ordenador puede implementarse satisfactoriamente en atención primaria. Los participantes muestran una aceptación positiva siempre y cuando se cubran ciertas necesidades particulares y el proceso esté supervisado por salud mental. Se discuten las posibilidades existentes dentro del funcionamiento específico del sistema nacional de salud español y la relevancia al respecto de los modelos de interfaz entre atención primaria y salud mental.

Abstract

The main objective of this dissertation was the in-depth analysis of the potential impact of the implementation of a computer-aided psychotherapeutic intervention for mild and moderate depression in primary care. For this purpose, two qualitative studies were conducted and two taxonomies of barriers to and facilitators for the successful implementation of the intervention were constructed. The first study showed the emergence of different, and apparently conflicting, discursive positions through the three involved agents in the psychotherapeutic process: patients, primary care physicians and health system managers. These three agents showed their acceptance of the intervention, considering it to be an innovative and valuable measure to improve depression treatment. Respectively, physicians noted that this measure, far from increasing, would reduce their workload; managers pointed to the importance of improving access to cost-effective treatments for system users; and lastly, patients expected to maintain individualized and specialized care. In the second study, based on the model resulting from the first study, gained insight into the experience of patients after participating in a randomized controlled trial with the computer-aided psychotherapy. The emerging model highlighted the meaning of relational aspects, such as the therapeutic or working alliance, and the key role played by the supervision of a mental health specialist in treatment adherence in the middle and maintenance phases of the intervention. Above all, the findings of this dissertation suggest that computer-aided psychotherapy could be successfully implemented in primary care settings. Furthermore, participants show a positive acceptance of treatment when certain particular needs are met and the process is supervised by the mental health services. The existing possibilities for intervention within the specific context of the Spanish national health system and its relevance with respect to primary care mental health interface models are discussed.

Índice de contenidos

Agradecimientos.....	1
Presentación.....	3
Resumen.....	5
Abstract.....	6
I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	13
1.1 La interfaz entre atención primaria y salud mental.....	15
1.2 La depresión: estado de la cuestión.....	21
1.2.1 Concepto.....	22
1.2.2 Detección, evaluación y diagnóstico.....	28
1.2.3 Tratamiento.....	35
1.2.3.1 Las terapias cognitivo conductuales.....	37
1.2.3.2 La terapia interpersonal.....	40
1.2.3.3 La terapia de solución de problemas.....	41
1.2.3.4 La terapia de activación conductual.....	42
1.2.3.5 Recomendaciones finales.....	43
1.2.4 El modelo de atención escalonado (<i>stepped care model</i>).....	43
1.2.4.1 Paso 1: Evaluación y monitorización.....	45
1.2.4.2 Paso 2: Intervenciones con implicación mínima del profesional.....	46
1.2.4.3 Paso 3: Intervenciones que requieren mayor intensidad de la asistencia y	

especialización del profesional.....	48
1.2.4.4 Paso 4: Hospitalización y máximo nivel de intensidad de la asistencia.....	49
1.2.4.5 Consideraciones finales.....	50
1.3 Psicoterapia asistida por ordenador para la depresión.....	51
1.3.1 Concepto y eficacia.....	54
1.3.2 El entorno socio-tecnológico.....	56
1.3.3 Perspectivas de futuro.....	58
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	63
2.1 Contexto del estudio.....	65
2.2 El programa <i>Sonreír es divertido</i>	66
2.3 Objetivos y foco de los estudios cualitativos.....	69
2.4 Diseño y procedimiento.....	70
2.5 Aspectos éticos.....	71
2.6 Participantes.....	72
2.7 Recopilación de los datos.....	73
2.8 Análisis de datos.....	76
2.9 Reflexividad.....	78
III. RESULTADOS.....	81
3.1 Estudio 1: Expectativas de pacientes, médicos de atención primaria y gestores del sistema de salud acerca de la psicoterapia asistida por ordenador para la depresión en atención primaria.....	83

3.1.1	Objetivos.....	83
3.1.2	Características de la muestra.....	84
3.1.3	Análisis de contenido temático.....	85
3.1.3.1	Conceptualización del discurso.....	86
3.1.3.2	Perspectivas de los participantes.....	96
3.2	Estudio 2: Experiencia interactiva de los pacientes con el proceso psicoterapéutico asistido por ordenador.....	99
3.2.1	Objetivos.....	99
3.2.2	Características de la muestra.....	99
3.2.3	Análisis de contenido temático.....	101
3.2.3.1	Conceptualización del discurso.....	102
IV.	DISCUSIÓN.....	111
4.1	Hallazgos principales.....	113
4.2	Conclusiones.....	120
V.	REFERENCIAS.....	123
VI.	ANEXOS.....	143
	<i>Expectations among patients and health professionals regarding web-based interventions for depression in primary care: a qualitative study.....</i>	145

“Te quejas de las censuras de tus maestros, émulos y adversarios, cuando debieras agradecerlas. Sus golpes no te hieren; te esculpen”

(Santiago Ramón y Cajal, Pensamientos de Tendencia Educativa, 1931)

I. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1.1 La interfaz entre atención primaria y salud mental

La atención primaria es el recurso asistencial sanitario que atiende en primera instancia las diferentes dolencias físicas, problemas de salud mental o conflictos socio-sanitarios planteados por la población general. Es decir, constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y es el lugar donde se vehiculizan las relaciones con la atención secundaria y terciaria, también llamada atención especializada. En nuestro entorno, los trastornos mentales son la causa del 11% de días perdidos por incapacidad temporal y del 7% de años perdidos por incapacidad permanente [1]. Actualmente, la tendencia no parece que vaya a cambiar. De hecho, se ha sugerido que los trastornos mentales supondrán el desembolso económico por incapacidad temporal más importante en el año 2020 [2]. En el caso concreto de la depresión mayor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba, a principios del siglo actual, que podía llegar a convertirse en la segunda causa de discapacidad en el mundo, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares, en el año 2020 [3]. Cabe destacar, que existen estudios que señalan que ya habríamos llegado a esta situación en el año 2010 [4].

El sufrimiento y la patología psíquica son muy frecuentes entre las demandas atendidas por los médicos de atención primaria en su práctica cotidiana. La literatura especializada confirma que en torno al 25% y el 55% de la demanda total de las consultas de atención primaria obedecen a la presencia de un trastorno mental, de los cuales en torno al 80% toman la forma de un trastorno entre leve y moderado caracterizado por estados depresivos y/o de ansiedad [5-11]. De ellos, además, se ha observado que sólo un 10% de los casos llegan a ser derivados a los servicios de atención especializada a la salud mental, recayendo el tratamiento del resto de casos bajo la responsabilidad de la atención primaria y, en definitiva, de los médicos de atención primaria [12]. A pesar de esta baja tasa de derivación, los servicios de salud mental del mundo occidental están saturados con la actual demanda asistencial. Las tasas de prevalencia de los trastornos mentales comunes, es decir, ansiedad y depresión, especialmente en sus formas leves, crecen exponencialmente a lo largo de la última década, y ha llevado a los gestores de salud mental a asumir que no es posible contar con suficientes profesionales especializados para atender la demanda, o con los recursos económicos necesarios para ello [13,14].

El resultado de la situación anterior concluye, en el caso de la depresión mayor, como exponente de la salud mental en general, en un pobre acceso a tratamiento especializado por parte de los afectados, una importante desigualdad respecto a otras condiciones mórbidas, un pobre grado de implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en la rutina del sistema de salud y, en consecuencia, un abordaje que acaba por no tratar a los pacientes o hacerlo de una forma poca rigurosa e ineficaz con los subsiguientes costes directos e indirectos para los afectados, sus familiares, el sistema sanitario y la sociedad en general [14]. Como se ha documentado en algunos estudios, los pacientes, en una importante proporción, quedan sin acceso a tratamiento de ningún tipo o bien reciben tratamiento psicofarmacológico no siempre necesario ni indicado [14-16]. No menos importantes son las deficiencias organizativas y funcionales del Sistema Nacional de Salud español, que junto a las características de la carga asistencial en atención primaria dan lugar a un escaso grado de cooperación entre los diferentes niveles de atención sanitaria a la salud mental. Produciéndose la mayor parte de las veces la sensación de dos mundos, la primaria y la especializada, desconectados e igualmente sobrecargados y saturados donde van y vienen volantes de derivación con motivos de consultas y listados de tratamientos ensayados. Como se ha resaltado [9,14], este aspecto representa uno de los indicadores de calidad más importantes de la gestión por procesos asistenciales integrados, ya que refuerza las acciones integrales, equilibra la carga asistencial y vertebrada la comunicación entre dispositivos.

Esta situación no ha pasado inadvertida y las principales instituciones sanitarias internacionales han mostrado su preocupación y sensibilidad en relación a la importancia de la atención a la salud mental en el ámbito de la atención primaria, realizando algunas propuestas de sumo interés. La *Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki* de la OMS [17], hace énfasis expreso en el abordaje integral de los problemas de salud mental en el contexto de la atención primaria desde un paradigma multidisciplinar organizado para ofrecer acceso efectivo al diagnóstico y tratamiento de cuántas personas lo necesiten. Otras iniciativas como la realizada en coordinación por la propia OMS y la World Organization of Family Doctors (WONCA) en su programa *Integrating Mental Health into Primary Care* [18] o el programa marco de la Unión Europea *Implementing Mental Health Promotion Action* [14] también abogan por la necesidad de integrar los servicios de salud mental en atención primaria como la forma

más adecuada de garantizar el acceso a los cuidados especializados necesarios, demostrando la eficiencia y viabilidad de dicha medida. En España, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud* [19] también propuso líneas maestras en la misma dirección, reconociendo y enfatizando el papel protagonista de las intervenciones de salud mental realizadas directamente en atención primaria.

La literatura muestra que estas recomendaciones se han implementado, en mayor o menor medida, y sin ser exhaustivos, en países como Chile [20], Brasil [21], Australia [18], Reino Unido [14,22,23] y también en España [24]. Por lo ejemplar del proceso, merece la pena detenerse, aunque brevemente, en el programa británico *Improving Access to Psychological Therapy* (IAPT), fundamentado en una serie de desarrollos clínicos y empíricos a los que siguieron imprescindibles decisiones políticas que dieron lugar a un proceso que se desarrolló en tres fases [14,22,23,25]. En primer lugar, se realizaron una serie de revisiones sistemáticas, de la evidencia disponible en torno a la eficacia de determinados paquetes de tratamiento para los trastornos afectivos y de ansiedad, conducidas por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) [26-30], actualmente, desde 2012, denominado *National Institute for Health and Care Excellence*, enfatizando su responsabilidad actual también sobre los aspectos más de tipo socio-sanitario no estrictamente clínicos. En estos desarrollos se desglosan las intervenciones, para la depresión incluida [27], por niveles asistenciales, en función del ámbito de actuación: atención primaria, secundaria y terciaria (comunitaria); así como se introduce la indicación de terapia asistida por ordenador para ciertos trastornos depresivos y de ansiedad [30]. Este acento sobre el nivel asistencial desde el que proveer el tratamiento, junto al estudio de los diferentes grados de intensidad (baja intensidad frente a alta intensidad) necesarios para conseguir una respuesta terapéutica ajustada al nivel de gravedad del paciente, confluye en un diseño de asistencia por niveles y escalonado (*stepped care model*) para los trastornos afectivos y de ansiedad más frecuentes en atención primaria, es decir, los de intensidad o gravedad leve y moderada. En la segunda fase del proceso, investigadores, clínicos y economistas aúnan esfuerzos para justificar la rentabilidad económica de la implementación de tratamientos psicológicos en atención primaria, dando lugar al conocido *Depression Report* o, como coloquialmente se le conoce, *Informe Layard* [31]. Finalmente, sobre una sólida base científica y económica se desarrolla la tercera fase del programa IAPT impulsando dos proyectos pilotos en paralelo de implementación de tratamientos psicológicos basados

en la evidencia en atención primaria en las ciudades de Doncaster y Newham, incluida la terapia cognitivo conductual asistida por ordenador dentro del paquete de tratamientos de baja intensidad junto a la auto-ayuda guiada y los grupos de psicoeducación [32]. Desde entonces, el proyecto IAPT ha mostrado una solvencia notable. En noviembre de 2012, el Departamento de Salud británico publica los resultados de los tres primeros años de experiencia, donde reporta la asistencia de un millón de personas, de las que 680000 han completado algún tipo de tratamiento con unas tasas de recuperación total del 41%, de las cuales 45000 personas se han recuperado tras un período de incapacidad temporal, planteándose entre los objetivos de futuro la implementación de un programa parecido para atender la salud mental infanto-juvenil [33].

En España, como hemos señalado [19], cierta orientación respecto a la interfaz entre atención primaria y la atención a la salud mental ha sido considerada desde las estructuras de organización y planificación sanitaria. El Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (RD 1030/2006 de 15 septiembre) incluye como prestación de la atención primaria, la atención a la salud mental, en coordinación con atención especializada, recogiendo de forma explícita en el anexo II. La cartera de servicios es ambiciosa y extensiva. Se recoge la prevención y promoción de la salud mental; el consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital; las tareas de detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución en el nivel de atención primaria; detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales, las reagudizaciones de los ya conocidos y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental; detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta, en general, y de la conducta alimentaria, en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente; por último, el seguimiento coordinado con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado. La normativa es difusa en torno a los profesionales que asumen esta responsabilidad, no obstante, podemos asumir, sin riesgo de equivocarnos, que dicha responsabilidad, en un volumen asistencial nada desdeñable, recae sobre los médicos de atención primaria. Tampoco es precisa respecto a los

métodos de trabajo, criterios de derivación y procedimientos terapéuticos para el desempeño efectivo de la oferta de la cartera de servicios. En suma, todo un reto para el especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, que recibe una demanda a la que debe dar salida, en ocasiones, con mayores dosis de compromiso personal e imaginación que medios y arsenal terapéutico disponible de probada eficacia. Como colofón, cabe agregar que los tiempos medios de duración de las visitas médicas es poco probable que ayuden a realizar este proceso con éxito. En un estudio al respecto, realizado en nuestro entorno, se analizaron un total de 316 problemas de salud atendidos en 289 encuentros directos en el despacho médico, observándose que el tiempo medio por encuentro directo en el despacho médico es de 9,1 minutos y el tiempo medio por problema atendido de 7,4 minutos en un rango que va desde los 76 segundos a los 25 minutos [34].

Sin entrar en los motivos por los que la salud mental respecto a otros problemas de salud tiene una menor cobertura sanitaria, nos encontramos ante un sistema de salud que incurre en una desigualdad poco comprensible respecto a la asistencia de unos u otros problemas de salud en función de su naturaleza etiológica [14]. El dolor psíquico es tan real como el dolor físico, se experimenta en las mismas áreas del cerebro y es, a menudo, más incapacitante. Sin embargo, ambos tipos de dolor no son tratados de forma equivalente. Mientras que cualquier enfermo físico recibe tratamiento, dos tercios de las personas con problemas de salud mental no lo reciben. Actualmente, si tienes un hueso roto automáticamente recibes tratamiento, pero si es tu espíritu el que está fracturado depende de otras circunstancias [14]. La dimensión del problema toma forma de agravio cuando se sabe que existen tratamientos eficaces, efectivos y eficientes para dar salida a la situación [26-32].

Como ha demostrado la experiencia IAPT en Reino Unido, tratar los trastornos mentales de una manera adecuada acaba resultando menos caro que hacerlo de un modo poco controlado, asistemático y no estrictamente planificado. Invertir en tratamientos psicológicos para la depresión ha probado ser tan efectivo como los antidepresivos, además de reducir el número de consultas médicas y días de hospitalización a medio y largo plazo, y ha obtenido resultados superiores en cuanto a adherencia al tratamiento, número de recaídas al alta y menor evolución hacia la cronicidad [27,35]. Más específicamente, un importante trabajo, coordinado por la OMS recientemente, señala que invertir en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del

400% [36]. El estudio va más allá y establece que cada dólar americano invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde 4 dólares en la mejora de la salud y la capacidad de trabajo de los afectados. En suma, queda poco espacio para la duda, en el momento actual, de los beneficios tanto sanitarios como económicos de la inversión en tratamientos para los trastornos mentales más prevalentes en el mundo.

No obstante, la propia experiencia IAPT, también demuestra que las decisiones en torno a la salud no sólo se rigen por criterios racionales sino que deben coordinarse, al menos, tres agentes imprescindibles con el mismo objetivo común, a saber: profesionales, usuarios del sistema y la propia organización o sistema de salud. Como se verá más adelante, esta triple fuente de información es la que se analiza en el primero de los estudios cualitativos para intentar comprender el mejor modo de implementar en nuestra atención primaria una forma de psicoterapia asistida por ordenador, que puede ser de utilidad para incrementar el acceso a tratamientos eficaces para la población afectada por trastornos depresivos ubicada en el nivel asistencial de atención primaria.

En este sentido, el objetivo de la presente tesis doctoral no es menor, aunque humilde y específico. Si bien este trabajo empatiza con la filosofía que rige el modelo IAPT, hay que comprender la naturaleza socio-económica que atraviesa nuestro país. No olvidamos que la organización de la demanda asistencial sanitaria es uno de los aspectos fundamentales para comprender los flujos de trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud y que nuestro sistema de salud ha sufrido, en los últimos años, fuertes restricciones en cuanto a la plantilla total de trabajadores, medidas de copago farmacéutico y limitaciones en la cartera de servicios comunes, entre otros. Si bien existen diversas formas de lidiar con esta situación, una de ellas esperamos pueda provenir de la investigación sistemática. Los especialistas sanitarios tenemos el deber ético y profesional de atender al paciente dentro de las posibilidades técnicas que ofrecen los límites económicos del presupuesto anual correspondiente, pero la búsqueda de formas innovadoras para transformar los procesos asistenciales, incluso sin aceptar el origen y naturaleza de estas restricciones, puede constituir otro objetivo de nuestro quehacer como clínicos. *“Hacer más con menos”* ya fue el lema de otra época no demasiado lejana en la que también se extendía una crisis económica internacional que mermó la asistencia sanitaria, pero de la que surgieron ideas innovadoras que acabaron por generar formas de organización más eficientes [37].

1.2 La depresión: estado de la cuestión

Según fuentes de la OMS [3,38,39] la depresión afecta aproximadamente a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Así mismo, estima que en torno a una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo a lo largo del ciclo vital. Además, debido a su inicio temprano, su capacidad para perturbar la funcionalidad de las personas que la padecen, la tendencia de sus episodios a la recurrencia y del trastorno a la cronicidad, representa un 4,3% de la carga total por enfermedades a nivel mundial. Por último, como ya hemos señalado en el apartado anterior, se ha documentado que actualmente representa la segunda causa de discapacidad en el planeta [4].

Si bien existe una elevada variabilidad en los datos sobre su prevalencia, debido fundamentalmente a la combinación de factores atribuibles al tipo de medida utilizada y al tipo de diseño realizado en los estudios [40], en el estudio del *National Comorbidity Survey Replication* americano [41] se observó que el 16,2% de la personas presentaron depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). Según el estudio ESEMeD (*European Study of Epidemiology of Mental Disorders*) [42] la prevalencia en España se sitúa por debajo de la media europea, con una prevalencia-vida del 10,6% y una prevalencia-año del 4%. Sin embargo, presenta un inicio más temprano, elevadas tasas de comorbilidad y mayor tendencia a la cronicidad.

Las personas aquejadas de depresión presentan tasas considerables de comorbilidad y mortalidad. Aunque el tipo de relación es compleja, la depresión predispone y co-ocurre con otras enfermedades físicas, mentales, abuso de sustancias y conducta suicida de una manera relevante [39,40]. El impacto que genera en la capacidad funcional de las personas y, en consecuencia, en su capacidad productiva, se ha estimado que podría representar la mayor parte de los costes asociados a la depresión [43,44]. Se ha puesto de relieve que es el trastorno mental más caro de Europa, representando, entre costes directos e indirectos, en torno al 33% del coste total destinado a salud mental, neurología y neurocirugía. Un total de 118 billones de euros

que supone el 1% de la economía europea [44]. El 61% de este monto se deriva de los costes indirectos por incapacidad temporal y pérdida de productividad. Respecto a los costes directos, se reparten entre la atención ambulatoria (61%), hospitalizaciones (9%), tratamiento farmacológico (8%) y mortalidad (3%) [44].

Lo anterior no es óbice para que el infra-diagnóstico y el subsiguiente déficit de tratamiento especializado, continúe siendo uno de los problemas más importantes del abordaje de la depresión que es prioritario resolver y optimizar en el futuro, tanto en nuestro entorno como a nivel internacional [45-47]. En nuestro país, se ha estimado que el 28% de los pacientes afectados de depresión mayor no reciben diagnóstico al respecto en atención primaria, aunque este dato es especialmente acertado para los casos leves y moderados [47]. Por otro lado, datos del estudio ESEMeD-España reflejan que el 59% de los pacientes con depresión no acudió ni a atención primaria ni a especializada en el año anterior, quedándose de ellos el 76% sin recibir ningún tipo de tratamiento [45]. Entre los posibles motivos, la OMS orienta, además de la falta de recursos para cubrir la demanda, en la falta de entrenamiento y capacitación por parte de los profesionales sanitarios y el estigma asociado a la salud mental [38]. Por último, otro problema no menor, es la tendencia, en el manejo de la depresión, al sobre-diagnóstico y el subsiguiente sobre-tratamiento [48,49].

En suma, la depresión constituye un problema de salud pública de primer nivel, tanto por su prevalencia, su impacto en la salud y la productividad de las personas que la padecen, como por su alta asociación con el riesgo de suicidio, su dificultad para acceder a un diagnóstico fiable y un tratamiento especializado, la falta de recursos económicos y humanos disponibles para atender el volumen del problema y, por último, probablemente, por el uso ineficiente de los recursos disponibles y la falta de especialización de los profesionales sanitarios disponibles para lidiar con el problema. Por todo ello, entre otros motivos, la depresión constituye un reto para los sistemas de salud y la sociedad en su conjunto, en el presente inmediato y en el futuro.

1.2.1 Concepto

La depresión es un término de uso tanto popular como clínico. En ambos formatos, apunta a una experiencia subjetiva caracterizada por la tristeza y el desánimo.

Como ocurre también en otros trastornos psiquiátricos, el traspaso de los términos clínicos al uso cotidiano acaba generando dificultades para definir de una manera concisa las entidades nosológicas. Ya hemos señalado brevemente que la depresión no sólo adolece de problemas de acceso al diagnóstico, sino también de diagnósticos errados por exceso [47-49]. No obstante, existe cierto consenso en relación a los patrones distintivos de la depresión [38,46,48]. Estos suelen agruparse en cuatro dominios: síntomas afectivos (hipotimia, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos del sí mismo, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimientos y/o sentimientos de culpabilidad), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud motora, agitación motora, apatía) y síntomas somáticos (exceso o falta de apetito, del sueño y, en general, en torno a la falta de energía y otro tipo de molestias físicas). En consecuencia, existen diversas formas de estar deprimido y diversas personas pueden estar deprimidas de diferentes maneras, lo cual cristaliza en una expresión sintomática heterogénea, singular y subjetiva, donde el énfasis suele recaer sobre el dominio afectivo.

Del mismo modo que la mayor parte de los trastornos mentales, el diagnóstico de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos clínicos no siempre observables, poco específicos o independientes de otras condiciones mórbidas, basados en la experiencia subjetiva del paciente y muy dependientes de la pericia del clínico que atiende y evalúa la demanda [50]. No obstante, el aspecto físico, el enlentecimiento psicomotor y la inhibición conductual, un discurso pesado con un tono de voz bajo, la tendencia al llanto ante el mínimo contacto con emociones dolorosas, las dificultades para fijar la atención o mantener la concentración, las narrativas de pérdidas, culpa o desesperanza, las alteraciones de los hábitos más básicos, como la alimentación o la calidad, frecuencia y duración del sueño, junto a un impacto en el funcionamiento psicosocial habitual de la persona, entre otras, suele ser suficiente para orientar la probable presencia de un trastorno depresivo.

La depresión puede aparecer, dadas determinadas circunstancias, en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. No obstante, su mayor prevalencia se ubica entre los 15 y los 45 años [27,38,42,46]. La manifestación sintomática en función de la edad puede variar, no siendo siempre la esfera afectiva la parte más evidente del cuadro clínico. En este sentido, se ha documentado una mayor tendencia en los jóvenes a

expresar el malestar desde el dominio conductual, mientras que los adultos mayores tendrían mayor tendencia a la expresión a través de los síntomas y molestias de corte somático [51]. Respecto al género, está bien establecido el dato de que la proporción de mujeres que la padecen representa el doble respecto a los varones y que no es infrecuente un perfil de expresión sintomático diferencial, con cierta tendencia en los varones a expresar mayor irritabilidad, mientras el ánimo triste predominaría en las mujeres [38,40-42,52].

Es un trastorno, como se ha ido introduciendo, con cierta tendencia a la recurrencia y la cronicidad [53,54], pero también a la recuperación [55,56]. Según las revisiones de Hammen [55] y Roth y Fonagy [56], alrededor del 55% de los pacientes mejoran por sí mismos a los 6 meses de sufrir el primer episodio depresivo mayor, el 70% en un año, el 85% en 2 años y el 97% a los 6 años. Esto también quiere decir, que al menos un 30% de los pacientes mantienen una depresión persistente, como mínimo, durante un año. Por otro lado, las recaídas y recurrencias son frecuentes, del orden del 50% de los primeros episodios depresivos sufrirá una recaída durante el primer año y el 75% en los cinco años siguientes [53-55]. Revisiones más recientes añaden que, tras un segundo episodio, el 70% tendrá recurrencia a un tercero y esa cifra aumentará progresivamente el riesgo de nuevos episodios [57]. De ahí, entre otros motivos, lo crucial que se antoja detectar y tratar adecuadamente cuanto antes los primeros signos y síntomas de un episodio depresivo mayor.

Etiológicamente es un proceso mórbido o trastorno mental de difícil ubicación. Actualmente se asume que es un trastorno mental de naturaleza multifactorial que cae bajo el paraguas del modelo explicativo imperante en salud mental, el modelo biopsicosocial [27,38,40,55]. Es decir, la depresión es el resultado de la compleja y singular combinación, con diferentes pesos caso por caso, de vulnerabilidades de corte biológico, psicológico y social. De esta forma, se han propuesto una serie de variables que pueden predisponer o facilitan la precipitación de inicio de un episodio depresivo. Cabe destacar, que se echan de menos estudios más específicos y precisos que permitan esclarecer qué factores predisponen, moderan o actúan como mediadores en la relación entre variables. A pesar de esta falta de especificidad y de movernos en torno a cierta generalidad, ciertos hallazgos merecen su descripción.

Como en muchos otros trastornos mentales, desde la investigación en personalidad, se ha documentado que el rasgo neuroticismo se asocia de una manera positiva y estable con el riesgo de padecer un episodio depresivo mayor, con menores tasas de recuperación y mayor riesgo de recaídas [58-61]. El neuroticismo también guarda una fuerte y estrecha relación con los trastornos de ansiedad [60] que a su vez constituyen otro factor de riesgo para el desarrollo secundario de un primer episodio depresivo mayor [58]. De un modo más específico, en varones especialmente, se ha reportado una relación significativa entre antecedentes de trastorno de pánico y desarrollo posterior de un episodio depresivo sin encontrar la misma asociación (correlación) para otros trastornos mentales [62].

Desde la perspectiva cognitiva, por su influencia y contribución al campo de la depresión y la psicoterapia, cabe hacer una somera referencia al trabajo pionero del profesor Beck en los años setenta, que ha guiado, bajo el paradigma cognitivo, la investigación de las últimas cuatro décadas [63]. Desde este modelo, el acento recae sobre la presencia de ciertos esquemas del yo que están latentes y pueden activarse, ante determinadas circunstancias, actuando como un factor psicológico predisponente para la depresión y que una vez activados contribuyen de una manera sustancial al desarrollo, progreso y mantenimiento del trastorno. Los esquemas actúan guiando la atención, seleccionando la información relevante a procesar por el sistema cognitivo y tendiendo al auto-mantenimiento. Ello acaba generando patrones distorsionados y disfuncionales de pensamiento e interpretación del entorno que determinan maneras de sentir y actuar. En suma, el proceso acaba en un proceso mental que prioriza la información del medio que ayuda a sistematizar un sistema de creencias que favorece una visión negativa del sí mismo, del mundo y del futuro. Sin ser exhaustivos, este modelo junto a otros conceptos desarrollados posteriormente, como la reactividad cognitiva o la sistemática de la rumiación como estrategia de afrontamiento de las preocupaciones, se considera clave en el desarrollo y mantenimiento de la depresión [64].

Respecto al rol de las circunstancias sociales, el grado de adversidad vital mantiene una relación bien establecida con la depresión, afectando en mayor medida a personas con dificultades económicas, en situación de precariedad laboral, de desempleo y de incapacidad laboral temporal [65]. De hecho, se ha documentado que la gravedad y cronicidad de la depresión sigue una pendiente socio-económica, donde el

impacto y deterioro crece en paralelo al grado de adversidad y vulnerabilidad socio-económica [66].

Por último, dentro de esta breve descripción del modelo biopsicosocial de la depresión, los factores familiares y genéticos también han mostrado su importancia al respecto. De este modo, tener un familiar de primer grado que ha padecido depresión incrementa hasta el doble, respecto a la población general, el riesgo de padecerla en algún momento [67] y, aunque en menor medida, también existe un riesgo incrementado cuando el antecedente familiar es de segundo grado [68]. No obstante, como es conocido, los estudios de familia, más allá de orientarnos en la evidencia de que la depresión ocurre en ciertos linajes familiares, no esclarece el papel preponderante de los factores ambientales y genéticos ni la interacción entre ambos tipos de vulnerabilidades [69]. Para poder especificar bien el peso de la genética es necesario realizar estudios con gemelos monocigóticos y especialmente, máximo estándar de excelencia metodológica, si son separados al nacer y acogidos en familias de adopción. De lo contrario, nos encontramos con que si bien comparten estabilidad genética, también comparten cierta estabilidad ambiental [69]. La revisión más reciente al respecto de la que tenemos constancia [67], del año 2000, señala que alrededor del 37% del riesgo de padecer un episodio depresivo se podría explicar por aspectos genéticos, si bien el ambiente específico (el propio e idiosincrásico de cada gemelo) ejerce una fuerte influencia en el desarrollo del trastorno, siendo muy bajo o irrelevante el riesgo derivado del ambiente compartido (el que es común a ambos gemelos). Más recientemente, en una revisión exhaustiva del estado de la cuestión, se concluye que, a pesar de los importantes esfuerzos destinados a la investigación genética de la depresión, no se ha encontrado una simple variación genética que explique el incremento del riesgo de depresión de una manera sustancial [70]. La conclusión final señala que las variaciones genéticas singulares tienen un pequeño efecto en el riesgo global de padecer el trastorno y que múltiples factores genéticos en conjunción con factores ambientales son necesarios para desarrollar un trastorno depresivo [70].

Antes de pasar a desarrollar el estatus psicopatológico de la depresión como trastorno mental, en cuanto a su detección, evaluación y diagnóstico, cabe destacar, por la magnitud del problema y el impacto que supone para las familias, la cuestión de la conducta suicida. La depresión es uno de los factores, tanto en nuestro entorno como a nivel internacional, que mejor predice la conducta suicida y el éxito por intento

autolítico [71]. En España, se estima que la depresión incrementa por cuatro el riesgo de suicidio respecto a la población general, siendo 20 veces mayor si la depresión es grave [72]. Sin ser precisa la parte proporcional que le corresponde a la depresión, la Guía de Práctica Clínica (GPC) de prevención y tratamiento de la conducta suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [72] señala estimaciones donde en torno al 90% de los casos de suicidio consumado se desarrollan en el contexto de algún trastorno mental previo. No obstante, advierte de la falta de fiabilidad y precisión de dicha medida, debido a diversos sesgos culturales, de descripción de los trastornos mentales y de la metodología desempeñada para la toma de datos. En cualquier caso, es suficiente con notar que por moderado que sea el porcentaje que corresponde a la depresión es una obligación clínica, asistencial y estatal atenderlo. El descenso progresivo que han sufrido los accidentes de tráfico gracias a las políticas de prevención de la Dirección General de Tráfico sitúa al suicidio como la primera causa de muerte no natural de nuestro país. No obstante, a pesar de las voces de alarma que a veces provienen de la prensa sensacionalista, las tasas de incidencia y prevalencia mantienen cierta estabilidad o cierta leve tendencia descendente desde 2004 según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) [72]. El volumen global para 2013, según datos del INE, es de 3870 casos de suicidio consumado, 2911 hombres y 959 mujeres.

En sensibilidad a este problema, las GPC de la depresión de diversos países, por ejemplo, Canadá [46], Reino Unido [27] y España [73], recogen expresamente la importancia de la evaluación del riesgo de suicidio en la evaluación rutinaria del paciente depresivo. La conducta suicida es el resultado de la interacción de distintas coyunturas y factores predisponentes que genera un elenco de sucesos que van desde la ideación de muerte, pasando por la estructuración de un plan de acción, al suicidio consumado. Especialmente, hay que incrementar la observación y extremar las precauciones, en los períodos en que el episodio depresivo se encuentra en la fase de remisión parcial [74]. Otros factores que deben hacernos estar especialmente alerta ya que incrementan el riesgo de suicidio son el género, mayor prevalencia en varones, los antecedentes familiares de problemas de salud mental, la presencia de estados de desesperanza y la comorbilidad con otros trastornos mentales, especialmente por abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas [75].

1.2.2 Detección, evaluación y diagnóstico

Como se ha puesto de manifiesto anteriormente, existe un nada desdeñable porcentaje de pacientes que no están ni bien diagnosticados ni tratados [45-49]. Por ello, se ha propuesto la recomendación de realizar cribados sistemáticos de depresión en atención primaria, aunque actualmente no existe un consenso internacional sobre cómo hacerlo, qué instrumentos de medida utilizar y si esta práctica, además de incrementar el número de casos identificados, produce por sí misma una mejora en la evolución posterior de la depresión [27,46,73]. En España, recientemente se ha publicado el único trabajo al respecto del que hemos podido tener constancia. Los autores realizaron un ensayo controlado y aleatorizado (ECA) para evaluar la efectividad de un programa de entrenamiento en cribado de la depresión efectuado por médicos de atención primaria. A los 6 meses se evaluó la efectividad de la intervención en una muestra de 3737 pacientes sin encontrarse diferencias en las tasas de detección ni tratamiento. No obstante, los datos de adherencia a la implementación del programa obtenidos fueron moderados, lo cual podría explicar la falta de resultados por un déficit de aplicación del entrenamiento [76]. En cualquier caso, es importante que el campo del cribado precoz de la depresión sea un ámbito de interés sanitario e investigador en nuestro país en el momento actual.

La evaluación de la depresión es compleja, como ya hemos apuntado al señalar la naturaleza subjetiva de la experiencia depresiva y de la propia composición de los diagnósticos clínicos en salud mental, con características sintomáticas no siempre observables ni independientes de otros procesos mórbidos [50]. Así mismo, varía en función del objeto de la misma: cribado, indicación de tratamiento, supervisión evolutiva, establecimiento de un diagnóstico, grado de perturbación funcional, nivel de gravedad, investigación, entre otros objetivos posibles. Sin embargo, como recogen numerosos autores [27,46,54-56,73] y se constata en la práctica clínica habitual, existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista clínica y el otro la aplicación de cuestionarios, disponiendo cada uno de los formatos de numerosos instrumentos y siendo lo más recomendable la combinación de ambos métodos en función de los objetivos de la evaluación.

La entrevista clínica es el método de evaluación por excelencia y debe ser guiada de una manera amplia y exhaustiva, no limitándose exclusivamente a recoger el listado

de síntomas de los manuales diagnósticos establecidos que revisaremos más adelante: la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS [77] y la quinta edición del Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) [78]. Como se recoge en diversas GPC [27,46,73] además del recuento de síntomas que orientan la entrevista y el juicio clínico, como mínimo, hay que evaluar cinco áreas más: las características del episodio (duración, cantidad e intensidad de los síntomas, comorbilidad); el dominio psicosocial (cantidad y calidad del apoyo social, relaciones interpersonales), grado de disfunción y/o nivel de discapacidad asociado; episodios previos, tipo de tratamientos recibidos y su grado de respuesta; y, finalmente, como ya hemos indicado, la evaluación de la seguridad y el riesgo de suicidio.

Respecto a los instrumentos de evaluación, en los trastornos depresivos se utilizan escalas, cuestionarios y entrevistas con diferente grado de estructuración tanto para evaluar la presencia de un diagnóstico con diferentes niveles de probabilidad, como para evaluar su nivel de gravedad y respuesta al tratamiento. El objetivo en común es la evaluación de la cantidad e intensidad de los síntomas, en un momento dado, para apoyar el juicio clínico del facultativo de referencia, que es quien en última instancia realiza el diagnóstico clínico tras combinar los datos de los instrumentos de medida con la exploración psicopatológica pertinente [55]. Los datos relativos al uso de instrumentos de medida, en apoyo a los diagnósticos clínicos, en la práctica clínica rutinaria, no son muy halagüeños a pesar de las recomendaciones de las GPC [79]. Esta recomendación es especialmente importante de cara a monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión y constituye, actualmente, otra área del abordaje y manejo de la depresión, en atención primaria y especializada, que merece un análisis exhaustivo y su mejora.

Entre los cuestionarios más utilizados se encuentra el Inventario de Depresión de Beck (BDI) [80]. Como se verá en el apartado correspondiente a los aspectos metodológicos, aquí utilizamos su versión más reciente y validada al español, el BDI-II [81-84]. Entre sus virtudes destacan la capacidad, con 21 ítems auto-aplicados, para detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad estableciendo cuatro niveles de la misma. Otra escala de uso habitual es la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) [85]. La HRSD es un clásico de la evaluación de la intensidad o gravedad de la depresión y una de las escalas más utilizadas para monitorizar la

evolución de los síntomas depresivos. La original data de 1960 y desde entonces ha sufrido diversas variaciones y adaptaciones conservando sus buenas propiedades psicométricas [86]. A diferencia del BDI-II su administración es hetero-aplicada y del mismo modo que el BDI-II permite realizar una cuantificación por niveles de gravedad. Otras opciones habituales y que cuentan con validación española son el Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [87] y la Self-Rating Depression Scale de Zung [88].

Aunque las escalas son útiles y aportan información no pueden sustituir la entrevista clínica conducida por un facultativo. Como hemos señalado, dentro de dicho proceso clínico de exploración, evaluación y diagnóstico, cabe considerar los dos grandes sistemas nosológicos imperantes en la actualidad, la CIE-10 [77] y el DSM-5 [78]. El DSM-5 es la última edición de la clasificación nosológica de la APA y no ha estado libre de polémicas desde su propia gestación, tanto desde sectores de la propia psiquiatría como de otras disciplinas colindantes. Para una revisión exhaustiva de la cuestión es especialmente recomendable el trabajo de Frances [89], coordinador del grupo de trabajo que realizó la edición anterior del DSM. No sólo por la polémica suscitada, sino también por el predominio del uso de la CIE-10 en nuestro entorno, enfatizaremos aquí la clasificación de la OMS.

La CIE-10 [77] ubica la depresión mayor en el apartado destinado a los trastornos del humor (afectivos) (F30-F39). La clasificación recoge episodios y trastornos tanto unipolares como bipolares. A los efectos de lo que aquí nos ocupa, son las categorías F32, episodio depresivo, y F33, trastorno depresivo recurrente, las que cabe mencionar con especial hincapié. F32 establece diversos gradientes de gravedad, a saber: F32.0 Episodio depresivo leve, F32.1 Episodio depresivo moderado, F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F32.8 Otros episodios depresivos y F32.9 Episodio depresivo no especificado. Para poder establecer el diagnóstico de episodio depresivo se exige una duración ininterrumpida de 2 semanas, como mínimo, y la presencia, al menos, de dos de los 3 síntomas considerados típicos o prototípicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar (anhedonia), y aumento de la fatigabilidad (o anergia). Finalmente, el episodio depresivo puede aparecer con o sin síndrome somático asociado. A modo de sumario, pueden consultarse, a continuación, las tablas 1 y 2, donde se exponen los criterios diagnósticos y de gravedad para un episodio depresivo mayor.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo según la CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.- Empeoramiento matutino del humor depresivo.- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.- Pérdida marcada de apetito.- Pérdida de peso de al menos el 5% en el último mes.- Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Adaptado de OMS [77].

El diagnóstico de F33, trastorno depresivo recurrente, puede establecerse cuando los episodios depresivos se tornan repetidos y recurrentes. Éstos pueden ser tanto leves, moderados como graves, pero deben descartarse los antecedentes de episodios aislados de exaltación del ánimo o suficientes para satisfacer los criterios de cualquiera de las etiquetas recogidas bajo el Episodio maníaco (F.30). Es decir, se trata de abstraerse de la clínica transversal del momento y despejar la presencia de un trastorno afectivo bipolar haciendo una buena anamnesis [90].

Tabla 2. Criterios de gravedad para el episodio depresivo según la CIE-10

<p>A. Criterios generales para un episodio depresivo.</p> <ul style="list-style-type: none">- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.- Falta de vitalidad o incremento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
<p>D. Puede haber o no síndrome somático (ver tabla 1).</p>
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus</p>

actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Adaptado de OMS [77].

Respecto al DSM-5 [78] no existen excesivas divergencias respecto a la CIE-10. Esta nueva versión no añade grandes cambios a su versión anterior, el DSM-IV-TR, en cuanto a criterios diagnósticos se refiere, lo que resulta en una beneficiosa coherencia diagnóstica con independencia del manual de adscripción del clínico. Tanto la CIE-10 como el DSM-5 orientan el diagnóstico sobre los mismos síntomas cardinales y la gravedad en función del número, tipo e intensidad de los síntomas y el grado de perturbación y/o deterioro funcional.

Sin embargo, el DSM-5 añade información relevante a tener en consideración. En primer lugar, un factor importante para el diagnóstico del trastorno depresivo recurrente, la especificación de qué constituye una remisión parcial, completa y no especificada. La remisión parcial es una mejoría incompleta, pero establece la remisión completa o total en un período de dos meses en que el paciente se encuentra asintomático y recuperado del episodio depresivo. A partir de ahí, se puede establecer, de aparecer un episodio nuevo, la presencia de un trastorno depresivo recurrente al

considerarse la emergencia de un nuevo episodio como una recurrencia de un trastorno depresivo y no como una recaída del episodio anterior que se considera superado.

Otras novedades, son la posibilidad de diagnosticar un episodio depresivo en el contexto de un duelo, no siendo excluyente como ocurría en la edición anterior; se modifica la especificación “de inicio en el postparto” por la de “con inicio en el periparto” ampliando a todo el embarazo el riesgo de depresión y no sólo a las primeras cuatro semanas del postparto; y la posibilidad de especificar “con ansiedad” si se dan dos síntomas de ansiedad de un listado de cinco. Esto último es coherente con la observación clínica de que los estados depresivos y de ansiedad tienen en la práctica una importante co-ocurrencia y comorbilidad [24,31,40-42,46,62,65]. Aunque con matices, también es una forma de atender a la clínica diagnosticable con la CIE-10 como F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.

Finalmente, el diagnóstico diferencial del episodio depresivo, tras exclusión de otras condiciones, se orienta a constatar su naturaleza idiopática o funcional. Es decir, descartar organicidad, otra patología médica, trastorno mental, consumo de sustancias psicoactivas o efectos de algún tratamiento medicamentoso. Entre algunas de las enfermedades médicas y trastornos mentales, que potencialmente pueden confundir al clínico que sospecha un diagnóstico de depresión, se encuentran: las enfermedades endocrinológicas, como la patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson, porfiria; las infecciosas, como la tuberculosis, la infección por virus de Epstein-Barr, VIH y sífilis; neurológicas, como la demencia tipo Alzheimer, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, ictus y epilepsia; neoplasias, carcinomatosis y cáncer de páncreas; y otras como el lupus y el dolor crónico; en el espectro de los trastornos mentales, hay que descartar que los signos y síntomas puedan estar mejor explicados por la presencia de un trastorno de angustia, un trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno bipolar, la distimia, los trastornos adaptativos, los síntomas negativos de un proceso psicótico y el consumo de tóxicos [55,73,77,78,90].

1.2.3 Tratamiento

La depresión, como fenómeno de naturaleza compleja y etiología multifactorial, es susceptible de ser tratada de muchas maneras, en coherencia con las diferentes perspectivas desde las que se entienda y conceptualice en un momento dado. Sin embargo, aquí nos ceñiremos exclusivamente a los tratamientos basados en la evidencia, es decir, aquellos cuya eficacia viene corroborada por ECAs o revisiones metaanalíticas. Las intervenciones psicoterapéuticas asistidas por ordenador no se abordan en este lugar sino que se hará de manera preliminar en el apartado destinado al modelo de atención escalonado de la depresión y de una manera más exhaustiva en un epígrafe independiente.

Aunque el interés de este trabajo radica en los tratamientos psicológicos, resulta imprescindible describir y referenciar los tratamientos farmacológicos. Ello es debido, sobre todo, a que los tratamientos farmacológicos fueron los primeros en ser estudiados de un modo sistemático y son los más utilizados en el momento actual [27,38,46,73,89-91]. La revisión de Hammen [55] establece cuatro categorías a la hora de clasificar la medicación antidepresiva, a saber: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAOs), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y heterocíclicos de segunda generación. Quizá, por lo que aquí concierne, lo más práctico sea, como hacen otros autores, distinguir entre antidepresivos clásicos o de primera generación y nuevos o de segunda generación [73,90]. La eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico con antidepresivos, no sin controversias [50,89], está bien asentada y documentada, asumiéndose que proporcionan mayor beneficio cuanto más grave sea la depresión [27,46,73,92]. En la tabla 3 se recogen, a modo de sumario, los comercializados en nuestro país.

Tabla 3. Clasificación de los antidepresivos disponibles en España

Antidepresivos clásicos	IMAOs no selectivos	Tranilcipromina
	IMAOs selectivos MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclicos	Tricíclicos: Imipramina, Clomipramina, Trimipramina.

		Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclicos: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nueva generación	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonista melatoninérgico	Agomelatina

Abreviaturas: IMAOs: Inhibidores de la monoamino-oxidasa; ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRDN: Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ASIR: antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e inhibidores débiles de la captación de 5-HT; NASSA: antagonistas selectivos de serotonina y noradrenalina; IRNA: Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.
Fuente: Adaptado de la GPC del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [73].

En general, se asume que los fármacos de nueva generación son igual de efectivos que los clásicos, tienen un perfil de acción más específico y menos efectos secundarios [27,46,55,73,90,92]. Quizá, el hecho de ser los primeros en probar su eficacia y la formación predominantemente médica de los profesionales que, en mayor medida, tratan la depresión, se encuentran en la base de la preponderancia del tratamiento farmacológico de la depresión sobre otras opciones terapéuticas.

Entrando ya en el campo de la psicoterapia o tratamiento psicológico, los últimos 30 años de investigación en psicoterapia nos han legado alrededor de 250 ECAs sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de la depresión en adultos [91]. Estos estudios ponen de relieve que el tratamiento psicológico es, como mínimo, tan eficaz como el tratamiento farmacológico en la reducción sintomática y superior en el mantenimiento de los logros en el seguimiento a los 12 meses. Por ello, las GPC de

diversos países coinciden en recomendarlo como tratamiento de primera línea de actuación [27,46,73,92].

La reciente revisión metaanalítica de Cuijpers et al. [91] muestra la eficacia de diversos tipos de tratamientos psicológicos para la depresión. Siendo conscientes de la ingente cantidad de modelos terapéuticos disponibles, a los efectos de la revisión que nos ocupa aquí hemos seleccionado aquellos que mayor cantidad de literatura empírica han generado y que presentan un mayor sustento empírico, a saber: la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia interpersonal (TIP), la terapia de solución de problemas (TSP) y la terapia de activación conductual (TAC). En términos de eficacia, las diferencias entre unas y otras son mínimas. Cuando se comparan el tratamiento psicológico y el farmacológico, el primero es ligeramente superior y la combinación de ambos superior a la eficacia de cada uno de ellos por separado. Estas conclusiones, además, son válidas no sólo para los casos leves y moderados, sino también para los episodios graves, los episodios recurrentes, los episodios de depresión post-parto y cuando la depresión es una condición asociada a otra patología médica.

1.2.3.1 Las terapias cognitivo conductuales

Actualmente, dentro del paradigma dominante de investigación en psicoterapia o tratamientos psicológicos, la TCC es, sin duda, la terapia más investigada y con mayor apoyo empírico, no sólo para la depresión, sino que cuenta con adaptaciones para la gran mayoría de los trastornos mentales [93]. La TCC más que una terapia, constituye un conjunto de principios y procedimientos teórico-prácticos que bajo un énfasis científico y aplicado persigue ir depurando procedimientos y guías de intervención sistemáticas para problemas clínicos específicos. En el caso de la depresión, la terapia cognitiva de Beck [63,93-95], formalizada a finales de los años 70, ha sido el formato de terapia psicológica que mayor cantidad de literatura empírica ha generado como aval de su valor como tratamiento de la depresión [94].

Una vez realizado el análisis funcional de la conducta problema para el caso concreto, la TCC para la depresión se centra en la modificación de las conductas disfuncionales, los pensamientos distorsionados que la promueven y mantienen y las actitudes, sesgos y creencias personales relacionadas con la visión negativa del yo, el

entorno y el futuro. El terapeuta adopta un rol activo, con un alto componente psicoeducativo, promoviendo desde el principio la colaboración mutua con el paciente de cara a la creación de la agenda de trabajo que guía de una manera estructurada la terapia. Combina tanto abordajes de naturaleza cognitiva (diálogo socrático, reestructuración cognitiva) como conductuales (programación de actividades agradables, experimentos conductuales). Los autorregistros de situaciones y pensamientos, la práctica entre sesiones y la monitorización sistemática del cambio son algunos de los pilares sobre los que se construye la agenda y el cambio sintomático. El formato de la terapia es de moderado a altamente estructurado, intensivo, focalizado en los síntomas y limitado en el tiempo. En la mayoría de los ECAs que han probado su eficacia se aplica el formato original de Beck [95] que establece un rango de sesiones que oscila entre las 16 y las 20 sesiones de tratamiento con una duración de 50 minutos por sesión y una frecuencia semanal.

Los principales hallazgos recogidos en la mayoría de las GPC subrayan que la TCC es tan efectiva como el tratamiento con antidepresivos en el abordaje de la depresión mayor con independencia del nivel de gravedad del episodio, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, observándose cierta superioridad de la TCC a los 12 meses de seguimiento [27,46,73,91-94]. La TCC presenta una menor discontinuación, en términos de abandono del tratamiento, que los antidepresivos y menores tasas de recaída/recurrencia al año de seguimiento [27,73]. En la depresión leve, los formatos de TCC breves (6-8 sesiones) resultan tan efectivos como los más prolongados y tienen menos inconvenientes y mejor mantenimiento de la respuesta de remisión completa que los antidepresivos [27,46,73]. La combinación del tratamiento antidepresivo y TCC ofrece resultados superiores a cualquiera de los dos tratamientos por separado en la depresión grave y crónica [27,46,73,91,92,96]. La TCC es mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos graves [97]. Y, por último, la TCC tiene un efecto protector independiente y acumulable a la medicación de mantenimiento contra las recaídas y la tendencia a la recurrencia, siendo los casos con múltiples episodios, los que tienden a la recurrencia, los que mayor beneficio experimentan con la TCC [98,99].

Como sugeríamos anteriormente, la TCC se entiende mejor como una familia de procedimientos dentro de una corriente de pensamiento enraizada en la tradición del análisis funcional de la conducta o conductismo. Es por ello que se encuentra en

proceso constante de revisión, análisis y perfeccionamiento. En este sentido, merecen ser resaltados otro tipo de abordajes dentro de esta misma línea de actuación. Por un lado, la implementación en grupo de la TCC, cuyo valor como medida para facilitar el acceso a tratamientos psicológicos para los pacientes con depresión en atención primaria es evidente. La guía NICE [27] y su homónima española [73] recogen la experiencia del programa *Coping with Depression Course* [100,101]. Dicho programa es un paquete de tratamiento psicoterapéutico en formato grupal, con un fuerte componente psicoeducativo en torno al trastorno depresivo, que promueve el entrenamiento en técnicas y estrategias de afrontamiento para lidiar con la depresión. Los diversos módulos (habilidades sociales, reestructuración cognitiva, activación conductual, entre otros) se desarrollan a lo largo de 8 semanas hasta completar un total de 12 sesiones de 2 horas de duración. La intensidad es mayor al principio, en las primeras 4 semanas se realizan dos sesiones a la semana, y menor en la fase final, en las siguientes 4 semanas se pasa a una periodicidad semanal. Son grupos altamente estructurados en su conducción, suelen estar formados por entre 6-10 adultos y se conducen por dos especialistas. Se realiza seguimiento al mes y a los 6 meses. La guía NICE considera que podría ser un tratamiento efectivo en pacientes con depresión leve al haber probado ser superior a la lista de espera y el tratamiento habitual recibido en atención primaria [27]. Si bien existen estudios que muestran que bajo determinadas circunstancias puede ser tan eficaz como el formato individual, dicha línea de investigación en cuanto al rigor, cantidad y valor de las pruebas empíricas es todavía un área incipiente, aunque, desde luego, prometedora y fundamental para poder llegar a todos los ciudadanos que necesiten tratamientos psicológicos.

Finalmente, un sistema de tratamiento que ha recibido mucha atención por clínicos e investigadores en los últimos años ha sido la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT por sus siglas en inglés, *Mindfulness-based Cognitive Therapy*) [98]. Sin ser exhaustivos, es un sistema de tratamiento en formato grupal similar al anterior, pero en el que se complementa la TCC tradicional con las virtudes de la meditación mindfulness. Es un tratamiento especialmente concebido desde su diseño para las personas que padecen un trastorno depresivo crónico y/o recurrente y que ha probado ser eficaz, en dichos casos, en la reducción del número de recaídas y recurrencias [98,102].

1.2.3.2 La terapia interpersonal

A diferencia del modelo anterior la TIP no ofrece un marco explicativo general de la depresión sino que es un tratamiento psicoterapéutico que surge de testar empíricamente ciertas impresiones clínicas. Fue desarrollada por Klerman et al. [103] sobre la base de la observación clínica de la relevancia de cuatro áreas en la depresión: el duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits en habilidades sociales. Del mismo modo que la terapia cognitiva de Beck, pese a nacer como un tratamiento específico para la depresión, con sus debidas adaptaciones, ha expandido su campo de actuación a otros problemas clínicos [104].

La TIP es una terapia protocolizada y estructurada en diversas fases y objetivos, según las cuatro áreas señaladas sobre las que se organiza el tratamiento. El formato estándar consta de 16 sesiones, de 50-60 minutos, y periodicidad semanal. La guía NICE [27] incluye cuatro estudios bien diseñados, aleatorizados y controlados donde se comparan la TCC con la TIP sin encontrar diferencias significativas clínicamente relevantes en las puntuaciones finales en las escalas de depresión al final del tratamiento. La revisión de Cuijpers et al. [91] también apunta en la misma dirección. La consistencia de los resultados sobre la eficacia equivalente de los tratamientos basados en pruebas disponibles para la depresión, no sólo la TCC y la TIP, sino los que revisaremos posteriormente y los antidepresivos, abre un campo de investigación específico sobre el papel que pueden desempeñar las preferencias de los pacientes o los perfiles de actuación de los diversos tratamientos. Sin abundar en ello, la preferencia de los pacientes por recibir un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico influye en la eficacia del tratamiento cuando éste es sintónico con la preferencia. Un estudio en el que se compararon la TIP y el escitalopram corrobora esta hipótesis [105]. También se observa este efecto en cuanto al formato de la terapia, cuando se comparan dos abordajes psicoterapéuticos [106]. En este contexto, la TIP estaría especialmente indicada cuando la problemática relacionada con la depresión cae en alguno de los cuatro ámbitos específicos sobre los que se trabaja con este tratamiento [103].

La TIP no ha sido un tratamiento tan exhaustivamente estudiado como la TCC y sus variantes. No obstante, lo suficiente para que las GPC la ubiquen como un tratamiento de primera línea de actuación al nivel de la TCC y los antidepresivos [27,46,73,92]. En consecuencia, con las debidas precauciones, dado que cuando ambos

tratamientos se comparan no se aprecian diferencias sustanciales, puede asumirse que las conclusiones sobre los beneficios de la TCC citadas en su lugar pueden hacerse extensibles a la TIP y las propiedades de su tratamiento. Por otro lado, en términos clínicos y de la terapéutica implicada no son tratamientos tan distintos salvo por la vía de acceso de la intervención: la conducta y las cogniciones en la TCC, los aspectos interpersonales en la TIP.

1.2.3.3 La terapia de solución de problemas

Tanto la guía NICE [27] como la GPC del Ministerio de Sanidad [73] tratan la TSP por separado y optamos aquí por seguir ese modelo. Sin embargo, ello induce a pensar en la TSP como un tratamiento psicoterapéutico independiente del resto y es importante señalar que desde una perspectiva rigurosa, la TSP sería una variante de la TCC que cae bajo el mismo paraguas conceptual que hemos señalado anteriormente como conductismo [93]. Por ello, es habitual encontrar un capítulo al respecto en la mayoría de manuales teóricos y de práctica clínica de TCC.

Existe evidencia consistente de la relación entre la depresión y la baja capacidad para resolver problemas, especialmente de naturaleza interpersonal y social [93,103,104,107]. Como todos los tratamientos que venimos revisando, la TSP tiene un formato estructurado, breve, focalizado e intensivo. Fundamentalmente se centra en promover una orientación proactiva hacia los problemas y el trabajo sobre las habilidades necesarias para resolver aquellos problemas que tienen solución, aplazar los que quizá tienen solución en el futuro pero no en el presente inmediato y aceptar aquellos que no tienen solución [107]. Ha probado ser superior al placebo y ser equivalente a los antidepresivos [27,73,91], pero desde la publicación de la guía NICE no se conocen nuevos estudios comparativos. Las últimas revisiones metaanalíticas específicas sobre la TSP y la depresión ponen de relieve su eficacia y valor como tratamiento de la depresión [91,108]. No obstante, también se señala la falta de especificidad y claridad sobre qué tipo de pacientes y bajo qué circunstancias puede estar indicada su elección respecto a otras opciones disponibles [108]. En consecuencia, parece razonable, en este estado de la investigación, optar por recomendar tratamientos

más sistematizadamente estudiados como la TCC y la TIP, o incluso la propia TAC que pasamos a revisar brevemente a continuación.

1.2.3.4 La terapia de activación conductual

La TAC surge de un interesante debate en el seno de los modelos basados en la TCC sobre el ingrediente activo responsable de la eficacia de la TCC en la depresión. Se cuestiona el mecanismo de cambio postulado por Beck et al. [95] según el cual la mejoría sintomática de la depresión se experimenta tras realizarse diversos cambios en el sistema de creencias de los pacientes y se señala que los pacientes suelen mejorar en las primeras fases de la terapia, antes de que el cambio cognitivo se haya llegado a promover [109]. Desde las tesis más radicales se considera innecesario facilitar específicamente un cambio cognitivo, considerando que lo eficaz de la terapia es la parte relativa a la activación conductual y la programación de actividades agradables. Sin embargo, esta controversia sigue sin esclarecerse y los resultados son inconsistentes por la propia dificultad inherente a los diseños experimentales que permiten testar este tipo de hipótesis.

La TAC es una terapia estructurada, breve, intensiva y focalizada, en la que se emplean y enfatizan técnicas conductuales encaminadas a lograr que el paciente con depresión se comprometa y aprenda a reorganizar su vida, cambiando el entorno para que las contingencias y refuerzos que recibe por sus actos sean más positivos y menos aversivos. Así mismo, del mismo modo que la terapia cognitiva de Beck o TCC estándar, plantea un modelo general explicativo sobre el trastorno depresivo pero desprovisto de aspectos cognitivos y enteramente centrado en variables conductuales operacionales y medibles [109,110].

Aunque se puede asumir que la activación conductual es un módulo o fase de trabajo dentro de la TCC, en los últimos tiempos Martell et al. [110] han hecho un trabajo exhaustivo y notable por dotar a la TAC de independencia y sistematización, logrando en la actualidad la consideración de tratamiento específico con entidad propia. Respecto a los principales resultados recogidos en las GPC: tres ECAs no muestran diferencias significativas al final del tratamiento entre TAC y TCC [27,73]; ha probado ser equivalente al tratamiento con antidepresivos al final del tratamiento en pacientes

con depresión moderada y grave, presentando menor riesgo de discontinuación y menores tasas de recaídas al año de seguimiento [27,73]; y, finalmente, ha probado ser superior al tratamiento habitual recibido en atención primaria, tanto en la reducción sintomática como en los niveles de recuperación funcional evaluada como capacidad laboral y rendimiento social [111].

1.2.3.5 Recomendaciones finales

La última edición de la GPC imperante en nuestro entorno señala en su enfoque y alcance algunas recomendaciones de lo que podría ser una adecuada terapéutica de los trastornos depresivos [73]. Ya se han comentado anteriormente las limitaciones estructurales y organizativas con las que cuenta nuestro sistema nacional de salud para cumplir con dichas recomendaciones. No obstante, para cerrar el apartado de los tratamientos psicológicos basados en pruebas para la depresión vale la pena listar brevemente cómo podría operarse en un entorno asistencial distinto. En primer lugar, dicha GPC señala que se debería garantizar, en la medida de lo posible, la disponibilidad del tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten. En segundo lugar, para la depresión leve-moderada sería adecuado considerar un tratamiento psicológico breve, como la TCC o la TSP, de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. En tercer lugar, el tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la TCC o la TIP, de 16 a 20 sesiones a lo largo de 5 meses. En cuarto lugar, debe considerarse la TCC para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales. Y, por último, para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se aconseja el tratamiento combinado de fármacos y TCC.

1.2.4 El modelo de atención escalonado (*stepped care model*)

Dentro de la recomendación general de abordar la depresión en el adulto desde un modelo escalonado y de colaboración entre atención primaria y atención especializada en salud mental [27,46,73] se han propuesto diversas formas de organizar la demanda, el flujo asistencial y las relaciones de colaboración [22,112], destacando la

que prima incrementar el nivel de intensidad del tratamiento en sintonía con el estado y evolución del paciente [14,23,25,32,37,113,114].

En el primer bloque de esta introducción se introduce y describe el programa británico IAPT. En dicho contexto, surgen los modelos de atención escalonados, por pasos y niveles de intensidad, como el resultado de conjugar de una manera racional la eficacia de ciertas intervenciones terapéuticas con el grado de intensidad requerido para obtener una respuesta clínica en el paciente. A diferencia del epígrafe anterior donde se primaba la eficacia, lo relevante desde este modelo es la eficiencia. Es decir, se trata de intentar ajustar la dosis-respuesta necesaria según el nivel de gravedad del cuadro depresivo. Por ello, le dedicamos un apartado especial ya que no es propiamente un tratamiento, sino un modelo de organización de la demanda asistencial que ofrece soluciones para proveer servicios sanitarios accesibles, eficaces y eficientes a las personas afectadas por depresión.

La GPC española no desarrolla un modelo acorde, aunque sucintamente cita su idoneidad [73]. En la práctica, participamos de un modelo de derivación o, en el mejor de los casos, de colaboración. Sin embargo, en otros países de nuestro entorno, como Holanda y Reino Unido, existe mayor tradición [14,23,25,27,32,37,113,114]. Como recogen van Straten et al. [113], respecto al desarrollo del proyecto holandés, en el modelo de atención escalonado de la depresión todos los pacientes empiezan con un tratamiento de baja intensidad y bajo coste y ascienden progresivamente de nivel en función de la evolución clínica. Aunque esto admite matices, ya que la guía NICE [27] establece los criterios para iniciar el tratamiento en el paso de menor intensidad que sea necesario para garantizar la recuperación clínica, lo cual no implica necesariamente iniciar el tratamiento en el menor nivel de intensidad desde el principio pasando por todos los niveles de atención hasta encajar en el adecuado, ya que sería una importante ineficiencia con los subsiguientes costes económicos asociados [114]. La asunción de los modelos de atención escalonados es que muchos pacientes se benefician de tratamientos de baja intensidad sin necesitar posteriormente más cantidad de tratamiento. En consecuencia, esto supone un modelo altamente coste-efectivo. Los resultados preliminares de estos modelos son prometedores pero aún no se disponen de modelos a gran escala, con ECAs de buena de calidad y estudios de rentabilidad económica [112,114].

La eficiencia de los modelos de atención escalonados descansa sobre la evaluación y monitorización sistemática del estado del paciente y sobre la figura del gestor de casos (*care manager*) que es quien toma la decisión sobre la ubicación (*allocation*) en uno u otro nivel de intensidad y si es necesario incrementar el nivel de intensidad en un momento determinado. Acertar en la ubicación del paciente en función de su nivel de perturbación sintomático, ajustar la duración de cada una de las intervenciones y realizar la transición a otro nivel cuando es oportuno, son los elementos que determinan la eficiencia del modelo. Se trata de optimizar las herramientas disponibles minimizando el riesgo de infra-tratamiento o sobre-tratamiento. Aunque existen protocolos sistematizados sobre cómo debe procederse, el componente de arte clínico implicado es evidente [27,112-114].

1.2.4.1 Paso 1: Evaluación y monitorización

Evaluación y triaje

En el modelo de atención escalonado la evaluación debe ser idiográfica y está al servicio de tomar la decisión sobre el tipo de tratamiento y nivel de intensidad más apropiado. Suelen utilizarse escalas como el BDI-II [81-84] y la HRSD [85,86] para apoyar el diagnóstico y el nivel de gravedad/intensidad de la sintomatología depresiva.

Observación expectante (watchful waiting)

La observación expectante se basa en el conocimiento de la evolución de la depresión, donde en torno a la mitad de los pacientes tiende a la remisión espontánea en un período de 3 a 6 meses [55,56,115]. En consecuencia, para los casos leves se recomienda como primera línea de actuación este tipo de observación en un nivel de intervención de baja intensidad. La observación expectante implica la evaluación constante y monitorización de los síntomas sin la presencia de otro tratamiento activo (i.e., medicación, psicoterapia) [116] y usualmente es una decisión conjunta que toman de manera colaborativa el clínico y el paciente [117]. Datos de la GPC canadiense sugieren que mediante este abordaje el 16% de los pacientes con un primer episodio depresivo mayor se recuperan a las dos semanas y un 30% dentro de las primeras cuatro semanas [46]. No obstante, otros estudios no encuentran tasas de remisión significativas

[117]. En cualquier caso, el estado actual es un punto de partida interesante y la guía NICE [27] considera que puede ser un abordaje coste-efectivo y tiempo-eficiente como primer paso dentro del continuo de atención sanitaria de la depresión. Entre sus virtudes destacan que es un proceso que se podría realizar sin la necesidad de que el paciente se acercara a su centro de salud, mediante llamadas telefónicas o sistemas de monitorización de la sintomatología asistidos por ordenador [118], y que puede ser desempeñado enteramente por el personal de atención primaria sin necesidad de supervisión o implicación de los especialistas de salud mental [116].

1.2.4.2 Paso 2: Intervenciones con implicación mínima del profesional

Psicoeducación

La psicoeducación es un componente presente en casi todos los paquetes de tratamiento psicológico basados en la evidencia para la depresión. En el modelo de atención escalonado se considera una estrategia de baja intensidad ya que se puede aplicar con un entrenamiento especializado mínimo y no requiere en absoluto de un terapeuta o un especialista [27]. La literatura científica es heterogénea en cuanto a lo que significa psicoeducación y el contenido de los paquetes psicoeducativos. Aunque puede concluirse que la psicoeducación de la depresión es una forma de intervención que enfatiza la instrucción y la educación sobre una variedad de aspectos relacionados con la depresión, incluyendo sus síntomas, el posible curso y pronóstico, las opciones de tratamiento disponibles y los signos de una posible recaída [119,120]. Es una intervención que se puede administrar a través de la comunicación verbal entre el paciente y el sanitario, en formato individual o grupal, mediante material escrito, como panfletos o libros o mediante programas de ordenador o páginas web [119,121]. La psicoeducación se ha aplicado con resultados satisfactorios en pacientes con niveles sintomáticos de depresión subclínicos [119,121]. A pesar de que existen no pocos estudios al respecto, sólo existe un metaanálisis sobre la eficacia de esta intervención [121]. Dicho metaanálisis examina un tipo específico de psicoeducación de orientación cognitivo conductual denominado *Coping with Depression (Afrontando la Depresión)* [100,101]. Los resultados muestran, cuando se comparan las condiciones de intervención y control, un tamaño del efecto de 0.65 que se considera un efecto

moderado. Cuando se comparan los cambios en el grupo activo entre el pre-test y el post-test el tamaño del efecto se incrementa hasta 1.21, lo cual sugiere que quizá la psicoeducación puede ser una opción eficaz para tratar la depresión. En cualquier caso es necesaria mayor cantidad de investigación y no está claro, más allá de estados subsindrómicos o en la prevención primaria, si es recomendable para los pacientes con síntomas clínicos como único tratamiento. Respecto a los pacientes graves parece desaconsejado iniciar la intervención en este nivel y, de hecho, quizá debería iniciarse cuanto antes desde el nivel de mayor intensidad combinando la medicación y el tratamiento psicológico [27,46,55,56,73,91,92,122].

Biblioterapia

La biblioterapia parece seguir un proceso parecido a la psicoeducación en cuanto a que forma parte de la mayoría de tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Un estudio de Mains y Scogin [123] reporta que en torno al 60-97% de los psicólogos clínicos prescriben algún tipo de biblioterapia como componente de sus tratamientos para incrementar el aprendizaje de las habilidades y estrategias trabajadas en terapia. La guía NICE [27] la recomienda como estrategia de prevención en pacientes que presentan un alto riesgo de depresión pero no como tratamiento para el cuadro una vez instaurado. La revisión de metaanálisis de Cuijpers et al. [91] señala que la biblioterapia es eficaz cuando se administra por un terapeuta, pero carece de soporte empírico cuando se evalúa en el formato de biblioterapia. En suma, del mismo modo que la psicoeducación y la observación expectante, la biblioterapia puede ser adecuada para pacientes que por sus características no tienen acceso a servicios de salud mental tradicionales o se encuentran en lista de espera.

Intervenciones asistidas por ordenador/e-Salud

Este apartado se desarrolla de una manera exhaustiva en el próximo epígrafe pero lo revisaremos brevemente aquí en relación a su papel dentro del modelo de atención escalonado como una estrategia de intervención de baja intensidad. Las intervenciones asistidas por ordenador, dentro del movimiento global que se conoce como e-Salud o telemedicina [124], son aquellas en las que el tratamiento o la intervención se aplica mediante un sistema de computación de la información al cual accede el paciente y se ocupa, como mínimo, de auxiliar algunas de las decisiones en

torno al tratamiento, aunque existen paquetes de tratamiento enteramente auto-administrables a través del ordenador. Como se verá en su lugar, psicoterapia asistida por ordenador casi se puede equiparar, por la cantidad de literatura empírica generada, con la TCC asistida por ordenador.

La TCC asistida por ordenador o computarizada (TCC-C) como opta por denominarla la GPC española [73] ha probado ser eficaz para la depresión mayor leve y moderada bajo ciertas circunstancias y con determinados procedimientos [27,30,73,91,125]. El resumen de la evidencia que se hace en dicha GPC es que la TCC-C ha probado ser más eficaz en la mejoría de los síntomas depresivos a corto plazo que la TCC grupal, la TSP, el tratamiento habitual en atención primaria, la psicoeducación, los grupos de discusión y la lista de espera. Ha probado ser equivalente al finalizar el tratamiento a la TSP. A medida que la depresión crece en gravedad, la TCC-C es tanto más eficaz en función de la capacidad de un especialista en salud mental referente del caso para individualizar el programa asistido por ordenador. Y, por último, la TCC-C es superior a la lista de espera incluso si no hay clínicos supervisando el programa y realizan dicha función técnicos con un entrenamiento especializado mínimo.

Por el objeto del presente trabajo podemos incurrir en ciertas tendencias pero impresiona que una vez revisados los dos primeros pasos del modelo de atención escalonado de la depresión, las intervenciones psicoterapéuticas asistidas por ordenador representan la mejor alternativa de baja intensidad disponible para abordar la depresión mayor en atención primaria. Es una intervención coste-efectiva que podría ser de gran ayuda para combatir la enorme demanda de tratamiento psicológico basado en la evidencia para la depresión en una atención primaria, como la española, que se encuentra sobrecargada y sin recursos para paliar de una manera solvente dicha demanda.

1.2.4.3 Paso 3: Intervenciones que requieren mayor intensidad de la asistencia y especialización del profesional

Cuando la depresión es de moderada a grave se recomienda acceder a este nivel asistencial donde los especialistas de salud mental, psicólogos clínicos y psiquiatras,

deben actuar de una manera intensa aplicando los formatos de intervención descritos en el epígrafe destinado al tratamiento de la depresión. Dado que el modelo de atención escalonado es un modelo en proceso constante de revisión, no es homogénea la recomendación sobre el ámbito de actuación. Puede realizarse en los centros de atención primaria o especializada, salud mental, aunque parece preferente hacerlo desde los últimos [27,106,112-114]. Quizá, en relación a este punto, podría considerarse que esta ya es una intervención netamente especializada a desempeñar en los centros y servicios de salud mental, mientras que la TCC breve (6-8 sesiones en formato presencial) podría realizarse en atención primaria con el desplazamiento de los profesionales de salud mental para realizar dicha función desde un modelo de atención colaborativo. Aunque la guía NICE [27] considera a la TCC breve una estrategia de baja intensidad, nuestra impresión es que parece estar a medio camino entre la baja y alta intensidad y los pasos 2 y 3 del modelo que se describe aquí.

Entre las estrategias de alta intensidad que se indican como oportunas destacan la TCC en formato grupal (6-10 personas, 12 sesiones de 2 horas de duración), psicoterapia individual todo lo intensiva que sea necesaria para producir la remisión clínica (TCC y TIP; 8-20 sesiones, media de 12 sesiones a lo largo de 6 meses), medicación antidepresiva y los abordajes que combinan la medicación con psicoterapia, que estarían especialmente indicados en los pacientes graves y con riesgo de conducta suicida [27,46,55,56,73,91,92,122].

1.2.4.4 Paso 4: Hospitalización y máximo nivel de intensidad de la asistencia

El ingreso hospitalario en una unidad de crisis o de agudos de Psiquiatría se considera el nivel de atención de mayor intensidad y con mayor capacidad de contención en los casos graves o con elevado riesgo de conducta suicida y percepción subjetiva de pérdida del control inminente [27]. También es la intervención más cara. En un estudio estadounidense del año 2004 se reportó que el coste medio de un ingreso por paciente oscila entre 5000 y 7000 dólares con una media de 410-638 dólares por día de ingreso [126]. Más allá del nivel de trauma y estigma que supone un ingreso en el plano psicológico, en términos sanitarios y económicos, es evidente que minimizar esta situación es una prioridad y que optar por modelos que promueven un abordaje efectivo

desde las primeras manifestaciones de la clínica depresiva es un aspecto fundamental en el momento actual.

1.2.4.5 Consideraciones finales

El modelo de atención escalonado de la depresión representa un abordaje integral y comprensivo para organizar los recursos disponibles de una manera ajustada y eficiente para lidiar con las elevadas tasas de prevalencia de los trastornos depresivos intentando conjugar la mayor excelencia clínica con el uso racional de los medios disponibles. Desde su instauración en el Reino Unido se ha hecho valer, respecto a la situación previa, el lema de hacer más con menos o, como mínimo, hacer más usando mejor los recursos disponibles y se ha convertido en referente de la investigación de múltiples estrategias de intervención y tratamiento de baja intensidad que permiten actuar en las primeras fases del trastorno reduciendo el volumen de pacientes que evolucionan hacia niveles mayores de gravedad, repercutiendo a la vez sobre la sobrecarga de los servicios de salud mental que, en consecuencia, acaban por poder tratar mejor aquellos casos que finalmente requieren de su nivel de intervención [127].

Se asume que la implementación generalizada de un modelo de atención escalonado para la depresión maximizaría los resultados clínicos de los pacientes minimizando los costes asociados a la actividad asistencial e indirectos asociados a la peor evolución de los trastornos depresivos. Sin embargo, en relación a la rentabilidad del modelo los datos son aún escasos [112,114], aunque recientemente se ha demostrado que la incidencia de nuevos casos de depresión y ansiedad podría reducirse [113].

Entre los desafíos de futuro, no sólo es importante investigar la eficacia, efectividad y eficiencia de las diferentes versiones del modelo de atención escalonado, sino ahondar en las relaciones entre el tipo de tratamientos y las características de los pacientes [27,112-114,118,126,127]. ¿Existen características de los pacientes (clínicas o socio-demográficas) que puedan predecir en qué paso o secuencia de pasos será más probable lograr la recuperación clínica? Por ejemplo, ¿debe ser el primer paso de intervención en los pacientes gravemente deprimidos la combinación de medicación

antidepresiva y psicoterapia? En el caso de los pacientes con antecedentes personales de episodios depresivos ¿deben omitirse los pasos iniciales, como la observación expectante, e ir avanzando de una manera más rápida que los pacientes que padecen su primer episodio depresivo por los diferentes pasos y niveles de intensidad asistencial? Estas cuestiones, entre otras posibles, sugieren que incluso si se alcanzase una convergencia y consenso en torno al conjunto de pasos y recomendaciones clínicas a seguir, es poco probable que éstas se adapten a la totalidad de los pacientes. Luego, la identificación de variables específicas, más allá del diagnóstico y su nivel de gravedad, es fundamental para determinar subgrupos de pacientes con perfiles diferenciales de respuesta clínica a los diversos tipos de tratamientos que se pueden ensayar desde un modelo de este tipo.

1.3 Psicoterapia asistida por ordenador para la depresión

En anteriores apartados hemos revisado la importancia de la psicoterapia o el tratamiento psicológico en la terapéutica de la depresión mayor. Se han enfatizado algunas de sus virtudes sobre el tratamiento farmacológico, entre ellas la preferencia de los usuarios por esta modalidad de intervención. En el estudio de McHugh et al. [128] se cifra esta preferencia de los pacientes por la psicoterapia en torno al 75%, en parte por considerarla una intervención menos invasiva y con menos efectos secundarios que la farmacología. Sin embargo, en la práctica clínica es un tratamiento poco accesible para alrededor de dos tercios de los pacientes con depresión [14,45,129]. En consecuencia, a pesar de las recomendaciones de su indicación y viabilidad en términos de coste-efectividad, los tratamientos psicológicos no han gozado de la oportunidad de probar a gran escala su capacidad para reducir la carga por morbilidad asociada a los trastornos mentales [130].

Tradicionalmente se ha considerado que la vía preferente de administración de la psicoterapia es el formato individual y presencial. Aunque esta concepción sigue siendo preponderante en el campo de la psicoterapia, desde la década de los 80, y de una manera sistemática a partir de los años 90, se han desarrollado intervenciones asistidas por ordenador que han sido sometidas a análisis en numerosos ensayos clínicos y metaanálisis. Como recogen de manera resumida Cuijpers y Riper [125] dichas

intervenciones como tratamiento de los trastornos mentales comunes, incluida la depresión, presentan algunas ventajas sobre la psicoterapia tradicional en formato vis a vis. A saber, son más baratas, ahorran tiempo de desplazamientos, acercan la psicoterapia a aquellos lugares que por sus características (e.g., medio rural) la tendrían menos accesible, ayudan a reducir las listas de espera de los servicios especializados de salud mental, permite a los pacientes participar del tratamiento en el momento que lo prefieran sin establecer horarios fijos, pueden reducir el estigma asociado a ser visitado en salud mental y estimulan el autocontrol al ser procedimientos auto-administrables. Por otro lado, también presentan algunos riesgos e inconvenientes que deben ser resaltados. Son intervenciones que no han sido suficientemente investigadas en muestras clínicas, no se conocen ensayos clínicos en los que se compare su eficacia diferencial respecto a los antidepresivos y no resulta sencillo certificar el diagnóstico en aquellos casos en que el paciente no es evaluado por un especialista en salud mental [125]. Finalmente, las terapias asistidas por ordenador no escapan a la línea de investigación centrada en determinar las características clínicas y socio-demográficas que permitan establecer el perfil de paciente para el cual estaría más indicada una intervención en esta modalidad [126,127]. Se requiere mayor investigación clínica al respecto, pero se aconseja sin ambages como estrategia de intervención con apoyo empírico para aquellos pacientes con preferencia por el uso de las tecnologías de la información y con buen manejo de las mismas aquejados por trastornos depresivos de gravedad leve y moderada [27,30,73,125,131].

Señalado lo anterior, la psicoterapia asistida por ordenador parece una buena solución para incrementar el acceso a tratamientos psicológicos basados en la evidencia en atención primaria para cierto tipo de pacientes afectados por depresión. La solución que se ha planteado desde algunos sectores de proceder a una contratación masiva de profesionales especializados para abordar la depresión en formatos de psicoterapia tradicional se nos antoja ingenua, cara e inviable [13]. Aunque es una opinión, parcialmente apoyada en datos, el modelo más razonable, entendemos, pasa por especificar perfiles de pacientes que determinen el nivel de actuación y el tipo de tratamiento más coste-efectivo posible. En este sentido, el potencial de alcance que tienen las intervenciones asistidas por ordenador, junto a la generalización del uso de internet en el mundo occidental, es casi ilimitado respecto a la capacidad de los formatos tradicionales.

Desde 1990 a esta parte el volumen de estudios al respecto es ingente. En la literatura científica no se establecen diferencias significativas entre la TCC-C y la psicoterapia asistida por ordenador. La gran cantidad de estudios realizados desde la orientación teórica y psicoterapéutica cognitivo conductual ha acabado por hacer intercambiables ambos términos. No obstante, del mismo modo que para la psicoterapia estándar, aunque menos exhaustivamente estudiados, también se disponen de programas basados en la TIP y la TSP con buenos resultados [125,131]. Diversos metaanálisis corroboran y asientan la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas asistidas por ordenador de la depresión [132-135]. Otros estudios que utilizan los *smartphones* como interfaz desde la que proveer el tratamiento, también empiezan a mostrar resultados prometedores [136]. Aunque, sin duda, el gran arranque de la TCC-C vino de la mano del NICE al avalar y recomendar el uso generalizado de su programa *Beating the Blues* (BtB) para tratar la depresión en el sistema nacional de salud británico [27,30,137,138].

El programa BtB es el único tratamiento asistido por ordenador que recomienda la guía NICE como abordaje de baja intensidad para la depresión leve y moderada dentro del modelo de atención escalonado de la depresión [27,30,137]. Es un programa altamente estructurado que cuenta con una página web donde con un mínimo nivel de manejo informático uno puede ir cumpliendo los pasos sucesivos (<http://www.beatingtheblues.co.uk>). La presentación ya orienta a los profesionales y los pacientes en la naturaleza de la TCC-C: “*BtB aporta las ventajas de la TCC de un modo directo a sus pacientes mediante el uso del ordenador y la tecnología multimedia, lo cual significa que se puede acceder al tratamiento cuando y donde se desee*”. A lo largo de 8 sesiones, con una duración aproximada de 50 minutos por sesión, se desglosan los principales ingredientes activos de la TCC para la depresión: psicoeducación, orientación hacia la solución de los problemas, la relación entre los pensamientos automáticos, las emociones y las conductas disfuncionales, las estrategias de reestructuración cognitiva, de gestión del estrés, de manejo del sueño, etc. Desde el principio se enfatiza el papel activo del paciente en la resolución de sus síntomas, el enfoque en la adquisición de habilidades para lidiar con la depresión y los síntomas de ansiedad, que con frecuencia son comórbidos, y la importancia de la práctica entre sesiones. Probablemente BtB es la modalidad de TCC-C más estudiada en muestras clínicas. Ha probado ser eficaz logrando una remisión clínica significativa al finalizar el tratamiento, mantiene sus resultados a los 6 meses de seguimiento, preserva su eficacia,

mostrando beneficios aditivos, cuando se combina con antidepresivos y con independencia del entorno asistencial y de la gravedad o la duración del trastorno depresivo [137,138]. Existen otros programas similares pero con menor implementación y diseminación en sus respectivos sistemas de salud. En Australia destaca el programa *MoodGYM* desarrollado para la prevención de la depresión [139] y en España el programa *Sonreír es divertido* que representa en nuestro entorno la primera propuesta de TCC-C para el abordaje de la depresión leve y moderada en atención primaria [140-142] y sobre el cual gravitan los estudios cualitativos que constituyen parte de la presente tesis doctoral.

1.3.1 Concepto y eficacia

Recibe el nombre de psicoterapia asistida por ordenador cualquier tipo de tratamiento psicológico que utiliza una interfaz tecnológica e interactiva para auxiliar algunas de las decisiones clínicas, o casi la totalidad de las mismas, relacionadas con el tratamiento del paciente [131-145]. En consecuencia, se excluyen de dicha definición otros recursos como las videoconferencias, los programas de auto-ayuda basados en la biblioterapia, los chats de pacientes o los grupos de apoyo, entre otros recursos, que si bien pueden ser terapéuticos no constituyen un tratamiento en sí mismo. Se ha calculado que utilizar estrategias terapéuticas asistidas por ordenador disminuye en torno al 80% de la carga de trabajo del psicoterapeuta sin eliminar su necesidad por completo. De hecho, cierto grado de presencia o de supervisión por parte de un referente o un especialista es necesario para que un programa asistido por ordenador maximice su potencial en términos de eficacia clínica [143-145].

Antes de continuar es necesario establecer una diferencia entre la psicoterapia asistida por ordenador y lo que en algunos artículos anglosajones denominan psicoterapia asistida por internet o psicoterapia *on-line* (IPT, del inglés *internet delivered psychotherapy*). Si bien los términos son intercambiables entre sí y se utilizan en la literatura como equivalentes, en aras de la claridad, cabe subrayar que cuando hablamos de psicoterapia asistida por ordenador nos referimos a programas como el BtB, que son programas asistidos por ordenador y auto-administrables por el paciente casi en su totalidad o con un mínimo contacto y supervisión por parte de un profesional. Excede los objetivos del presente trabajo revisar aquellos formatos, como la IPT, en los

que la terapia se aplica en formato tradicional por un especialista *on-line*, en tiempo real, a través de *skype* o plataformas similares desarrolladas a tal efecto [146-149]. Quizá, como optan por hacer algunos autores, sería recomendable denominarla psicoterapia asistida por internet/*on-line*/ordenador por un psicoterapeuta [146]. Este tipo de intervenciones, del mismo modo que las otras, también han mostrado una buena acogida por los pacientes y una eficacia adecuada [146], generan una expectativa de cambio positiva y un elevado grado de satisfacción a la conclusión del tratamiento [147,148] y pueden ser una opción para superar los obstáculos de los pacientes para acceder a tratamiento psicológico en atención primaria [149].

Hecha la distinción anterior, y adentrándonos en las bondades de este tipo de tratamiento, la eficacia de la TCC-C es un hecho contrastado y bien establecido en el abordaje de la depresión leve y moderada en el ámbito asistencial de la atención primaria del Reino Unido [137,138,143-145]. Ya hemos señalado que la guía NICE no sólo recomienda su uso en determinadas circunstancias sino que orienta en su generalización y alcance para todo aquel paciente o usuario del sistema nacional de salud tributario de beneficiarse de sus propiedades positivas [27,30,137,138]. Es importante resaltar este hecho, ya que en ocasiones los estudios derivados de ensayos clínicos adolecen de realizarse en ámbitos distintos a los de la práctica clínica a la que pretenden trasvasar sus hallazgos. En este sentido, diversos estudios, revisiones y metaanálisis encuentran de una manera recurrente tamaños del efecto de moderados a grandes para la cuestión de la eficacia de la TCC-C para la depresión [132-135]. Tamaños del efecto que no distan significativamente de los encontrados para los formatos de TCC y TIP tradicionales, que son considerados los tratamientos psicológicos de elección para la depresión [125].

Encontrar tamaños del efecto similares a los de los tratamientos psicológicos bien establecidos para la depresión es una buena noticia para la TCC-C y abre una interesante línea de investigación empírica fundamentada en determinar la equivalencia o eficacia diferencial entre las intervenciones psicológicas tradicionales, implementadas por un especialista en psicología clínica o psicoterapia, respecto a las asistidas por ordenador. ¿La máquina contra el hombre? Salvando las distancias, en el campo de la psicoterapia, supone la reactualización del conflicto ejemplificado a lo largo de los años 90 en las míticas partidas de ajedrez que se disputaron entre la supercomputadora de IBM *Deep Blue* y el campeón mundial Gary Kasparov. Aunque como ocurre en la

mayoría de las dicotomías la solución pasa por una interacción equilibrada no sustitutiva. En general, en el estado actual de la investigación, los tamaños del efecto de los metaanálisis vienen determinados por las características de los pacientes, el tipo de intervención aplicada, el diseño de los estudios y aunque muestran cierta tendencia a la equivalencia, la evidencia no puede considerarse muy fuerte [125,132,133,149]. Se necesita una mayor cantidad de investigación orientada en cuestiones específicas y ECAs donde se pongan a prueba ambas condiciones.

Otro aspecto relevante en este campo de estudio es la cuestión de la presencia de un terapeuta responsable del proceso que da cierto soporte versus la auto-administración completa de la terapia sin soporte. A colación de lo anterior, algunos estudios señalan que la eficacia equivalente, respecto a las terapias tradicionales, sólo se daría en aquellos formatos de administración asistida por ordenador con supervisión de un especialista [125,132,143-145,150]. Cuando la TCC-C es completamente auto-guiada, sin apoyo profesional, se incrementa la tasa de abandonos o la discontinuidad del tratamiento, repercutiendo en una menor eficacia y menores tamaños del efecto [143-145,151]. Este aspecto ha supuesto que se realicen investigaciones más específicas para cubrir la brecha entre la TCC-C auto-guiada y la parcialmente guiada por un especialista [152,153]. Se espera que ciertos mecanismos derivados de la implementación de variaciones en el programa basadas en el uso de recordatorios a través del teléfono móvil [154] o la realización de una monitorización y seguimiento sistemático del estado de ánimo en tiempo real [155] puedan ayudar a cubrir este problema actual mejorando la adherencia y la eficacia de los programas auto-guiados. Nosotros ofrecemos una explicación preliminar al respecto en el segundo de los estudios cualitativos, basada en nuestra experiencia con el programa *Sonreír es divertido* tras analizar la experiencia subjetiva de los pacientes que recibieron el tratamiento. No obstante, antes de concluir este apartado, cabe mencionar que lo anterior, como ocurre habitualmente en psicoterapia, es más cierto para unos programas que para otros [137,138,156,157].

1.3.2 El entorno socio-tecnológico

La psicoterapia asistida por ordenador podría decirse que es una forma de tratamiento psicológico coherente con el signo de los tiempos y se ha desarrollado en paralelo a la expansión de internet y de los dispositivos tecnológicos a lo largo de las

últimas tres décadas. Desde 2006 a 2011 la población con acceso a internet pasó del 18% al 35%, casi el doble en 5 años, y la tendencia va en aumento [157]. En 2014 se cifró que de los más de 3.000 millones de usuarios de internet a lo largo del planeta 36 millones pertenecían a nuestro país, convirtiéndonos en el vigésimo país del mundo en número absoluto de usuarios de internet [158,159]. En 2015 el *Informe Sociedad de la Información en España 2015*, que actualiza anualmente la Fundación Telefónica, rubrica la tendencia ascendente de 2014 donde nos situaba a la cabeza de Europa en tiempo pasado *on-line* o conectados a la red [160]. En cifras absolutas, 26,25 millones de españoles acceden regularmente a internet, 1,45 millones más que en 2013. De los cuales, 20,6 millones se conectan a diario, lo que supone el 78% del total de personas conectadas. Además, por primera vez en la historia el 50% de las personas mayores, entre 55 y 64 años, son usuarios intensivos que acceden diariamente a internet. Así mismo, España también es líder en Europa en el uso de las nuevas tecnologías para: mensajería instantánea, el 78% de la población con teléfono móvil lo utiliza; *smartphones*, 4 de cada 5 teléfonos son de esta modalidad; internet multiplataforma, 2 de cada 3 usuarios utilizan más de un dispositivo para acceder a internet (e.g., ordenador y *Smartphone o Tablet*); entre otras, de las que destacamos las tres anteriores por parecernos las más relevantes a los efectos de lo que aquí se expone.

En relación al campo de la psicoterapia merece una breve mención el estudio de Norcross et al. [161]. Dicho estudio constituye la cuarta entrega de una saga de estudios que se inician en los años 80 bajo el auspicio de la *Sociedad para el Avance de la Psicoterapia* que integra la división 29 de la *American Psychological Association*. La metodología consiste en reunir a un panel exhaustivo y heterogéneo de expertos en psicoterapia cada diez años e interrogarlos, mediante las técnicas propias de la encuesta Delphi, sobre el estado del campo a diez años vista. En la última encuesta se pronostica el estado de la práctica en 2022 y destacan la expansión, generalización y diseminación de las intervenciones guiadas y asistidas por ordenador. En estudios anteriores ya pronosticaron con acierto la llegada para quedarse de los modelos de terapia de tercera generación en la tradición cognitivo conductual. En este caso, de entre todas las terapias e intervenciones que destacan en el campo, las cinco que se estima van a tener mayor proliferación son, por este orden: las terapias *on-line* (tanto vis a vis a través de internet, como asistidas por ordenador sin contacto con un especialista), las aplicaciones de tratamientos a través de los *smartphones*, los recursos de auto-ayuda a través de

biblioterapia, la realidad virtual y las intervenciones a través de las redes sociales. Este estudio converge con el aserto de Kazdin y Blase [130] acerca de que la psicoterapia se encamina hacia un período de transformación mediatizado por las innovaciones tecnológicas.

En suma, lo anterior es suficiente para poner de relieve el uso masivo de las nuevas tecnologías de la información en nuestro entorno inmediato, así como para hacer notar que la pendiente creciente aún no se detiene. Ello además es especialmente cierto para la población menor de 30 años donde, por otro lado, las redes sociales están sustituyendo patrones relacionales tradicionales y mediatizando nuevas formas de interacción social [162,163]. Dado este contexto socio-tecnológico que nos rodea parece evidente que es un campo de actuación fundamental no sólo para la psicoterapia sino para la telemedicina. Las nuevas generaciones van a vivir con mucha mayor normalidad, respecto a sus mayores, los tratamientos psicológicos asistidos por ordenador e incluso puede que no esperen lo contrario.

1.3.3 Perspectivas de futuro

Del desarrollo previo puede extraerse que la telemedicina en general y la psicoterapia asistida por ordenador en particular, así como otras opciones terapéuticas apoyadas por las tecnologías de la información y la comunicación, son una realidad que no sólo ha llegado para quedarse sino que es difícil acotar actualmente cual puede ser su nivel de generalización y diversificación, así como el grado y tipo de impacto que va a propiciar como agente transformador de los procesos asistenciales y de gestión clínica tal y como los conocemos en la actualidad.

La revisión realizada muestra una cantidad considerable de investigación empírica que certifica la eficacia, eficiencia y virtudes de los tratamientos asistidos por ordenador y, aunque falta una mayor cantidad de estudios que apuntalen la eficacia diferencial, no parecen existir razones robustas para asumir que la psicoterapia asistida por ordenador, al menos en la depresión leve y moderada, sea menos eficaz que la psicoterapia tradicional vis a vis [27,30,125,131-135,137,138,149-151]. Un ámbito en el que se antoja un impacto prometedor es el de la prevención primaria. Las intervenciones preventivas son por lo general de baja intensidad y se puede asumir que existe un

importante campo de acción de este tipo de intervenciones para actuar sobre los grupos con alto riesgo de padecer depresión y/o con estados depresivos sub-clínicos. Por otro lado, las intervenciones asistidas por internet también pueden ser un sistema útil para realizar las propias tareas de detección y de cribado de dichos grupos de pacientes. Otra interesante posibilidad, sobre todo desde la perspectiva de la saturación de los servicios de salud mental, es la de que, como ocurre en el Reino Unido, estas intervenciones puedan realizarse fuera de las estructuras de salud mental, en la propia atención primaria. En este sentido, es fundamental poder establecer las características clínicas y socio-demográficas de los pacientes que permitan organizar los diversos niveles asistenciales y canales de comunicación en la interfaz atención primaria y salud mental. Es decir, que gran parte del trabajo asistencial pueda hacerse desde atención primaria y sin contacto con los especialistas de salud mental no debería interpretarse como que el abordaje de la depresión, en cualquiera de sus formas de intervención clínica, no es una actividad especializada de salud mental. Uno de los retos de futuro pasará por determinar el mejor modo de vehiculizar las relaciones profesionales e inter-departamentales, el flujo de pacientes, el nivel de intervención y el tipo de tratamiento implementado finalmente [130-133]. En cualquier caso, la agenda de trabajo en esta línea de investigación no se ciñe exclusivamente al potencial recorrido que se le presupone en el campo de la prevención primaria y a los estudios sobre la eficacia comparable respecto a las terapias tradicionales, y su probable superioridad en términos de coste-efectividad para cierto subgrupo de pacientes. El horizonte que se puede rastrear en la literatura especializada coincide con los pronósticos del estudio de Norcross et al. [161] señalados anteriormente.

Uno de los desarrollos tecnológicos más recientes y prometedores son los *smartphones* y el acceso inmediato a internet que establece una relación interactiva con la tecnología casi permanente respecto a la relación más intermitente con los ordenadores de mesa. Estos dispositivos ofrecen la posibilidad de medir el estado de ánimo y otras características relevantes para la salud mental en tiempo real [136,154,155,164]. Dichas medidas en tiempo real se denominan *evaluación ecológica instantánea* y *muestreo de experiencias* (la traducción es nuestra, véase el original anglosajón en Trull y Ebner-Priemer [164]). Como veremos en el primero de los estudios cualitativos una de las exigencias, especialmente por parte de los usuarios, es que la psicoterapia asistida por ordenador tenga cierto grado de flexibilidad que permita

personalizar o singularizar la intervención al caso específico. La falta de especificidad en este sentido es uno de los aspectos que explican parte del abandono en la psicoterapia completamente auto-guiada por ordenador, tal y como también sucede en la psicoterapia tradicional [165]. Este puede ser uno de los motivos que expliquen la eficacia diferencial en función del nivel de supervisión por parte de un experto que eventualmente puede ir ajustando el programa a las características del paciente [73]. En consecuencia, se espera que las medidas en tiempo real a través de *smartphones* ayuden a cubrir esta necesidad, ajustando y personalizando los paquetes de tratamiento a los matices específicos del caso clínico, con la intención de lograr una mejoría en la eficacia de los tratamientos y una disminución de las tasas de discontinuidad.

La realidad virtual es otro de los campos en constante desarrollo actualmente y de la que se espera una presencia notable en la psicoterapéutica del futuro [161]. En el campo de los trastornos de ansiedad una serie de ECAs muestran una evidencia robusta de la eficacia de los tratamientos aplicados a través de la realidad virtual [166]. Finalmente, se ha señalado que en los últimos tiempos la tecnología necesaria para desarrollar este tipo de programas se ha abaratado y en términos de manejo por el usuario se ha simplificado. Por lo que se esperan nuevos desarrollos más allá de los trastornos de ansiedad en el futuro [125,130,161,166].

En conclusión, la psicoterapia asistida por ordenador y sus desarrollos de futuro son una línea de investigación clínica y empírica que aporta datos de valor en el momento actual. Las estrategias y directrices de futuro además nos parecen esperanzadoras ya que existen ideas ingeniosas y potenciales soluciones a los problemas que actualmente presenta. Parece un tipo de intervención que bien implementada supera con sus virtudes los potenciales inconvenientes. Es coste-efectiva, accesible, coherente con la modalidad de interacción tecnológica de nuestro momento socio-cultural y fácil de manejar con un nivel de entrenamiento mínimo. Esperamos que su generalización e implementación sistemática en otros sistemas de salud, diferentes a los de los entornos anglosajones, permitan reducir la carga de morbilidad asociada a la depresión al ofrecer tratamientos psicológicos basados en la evidencia a un mayor número de pacientes en atención primaria, mejorando su tratamiento y evolución actual, descargando y agilizando las listas de espera de los centros de salud mental, reduciendo los costes económicos asociados al tratamiento de la depresión y quién sabe, quizás, devolviendo

los ahorros económicos generados a la salud mental en forma de mejor dotación presupuestaria para sufragar y seguir mejorando el tratamiento de la depresión.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Contexto del estudio

Como se describió en la presentación de esta tesis doctoral, los análisis que aquí se desarrollan pertenecen al estudio “Eficacia y coste-efectividad de un programa de psicoterapia asistida por ordenador para el tratamiento de la depresión mayor en atención primaria: un estudio controlado, randomizado y cualitativo (PI10/01083)” financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

La parte cualitativa del mismo se expone a continuación. La relativa al ECA se ha publicado recientemente en una destacada revista en el ámbito de la investigación biomédica asistida por las tecnologías de la información y la comunicación [167].

Dicho ECA supone el primer estudio de sus características en el ámbito del tratamiento de la depresión leve y moderada en atención primaria en España y pone a prueba tres condiciones experimentales de intervención en paralelo. Las dos primeras intervenciones pivotan sobre el programa, que describimos más adelante, *Sonreír es divertido*, que como introducíamos en el capítulo anterior es una modalidad de TCC-C. La primera condición consiste en recibir el programa citado de una manera completamente auto-aplicada (tratamiento auto-aplicado, TAA). La segunda es idéntica pero con cierto soporte de baja intensidad por parte de un terapeuta (tratamiento parcialmente apoyado, TPA). La tercera condición, que se utiliza a efectos de grupo control y que también reciben los pacientes de las dos condiciones anteriores, consiste en el tratamiento habitual recibido en atención primaria mejorado (THM). La consideración de mejorado viene dada porque los médicos de atención primaria fueron informados de la participación de los pacientes en el estudio y recibieron una formación de tres horas sobre abordajes basados en la evidencia para la depresión [167].

Para una revisión exhaustiva del estudio pueden consultarse las fuentes originales [142,167]. De 397 candidatos potenciales, 296 pacientes son finalmente asignados de manera aleatoria a las tres condiciones experimentales: 98 a TAA, 96 a TPA y 102 a THM. Las tres condiciones no muestran diferencias significativas al finalizar el tratamiento, pero sí a partir del seguimiento a los 3, 6 y 15 meses. Estas diferencias significativas en cuanto a eficacia muestran la superioridad en el seguimiento del TAA y el TPA sobre el THM. No se encuentran en ninguno de los tres momentos temporales diferencias significativas entre el tratamiento auto-aplicado y el

parcialmente apoyado por un psicoterapeuta. Como los propios autores argumentan [167], estos resultados no son sorprendentes ya que el tratamiento habitual de la depresión suele incluir antidepresivos cuya eficacia ya hemos resaltado en su lugar. En consecuencia, los resultados son coherentes con lo que cabría esperar de una buena psicoterapia para la depresión, una mejor respuesta a medio y largo plazo [27,46,73,91-94]. Lo que sí resulta más sorprendente, tras la revisión realizada en el capítulo anterior, es la ausencia de diferencias entre la modalidad auto-aplicada y la de soporte con psicoterapeuta. No obstante, el grupo con apoyo tenía la opción de escribir tres e-mails al referente y, por alguna razón, no hicieron un uso significativo de dicho recurso. Visto el planteamiento del estudio y sus resultados algunas explicaciones tentativas pueden ser válidas al respecto. La primera es en qué consiste exactamente un apoyo por un referente que resulta en un incremento de la eficacia del programa. En los estudios que encuentran efectos, la intensidad del soporte es más elevada que la posibilidad de escribir tres e-mails [168,169]. Por otro lado, que no exista un contacto inicial, previo al inicio del tratamiento, con el terapeuta que luego se compromete a contestar los e-mails puede explicar el poco uso o la poca percepción de utilidad que los participantes encontraron a dicha estrategia al no establecerse una sólida alianza previa [170]. En cualquier caso, como veremos más adelante, la cuestión del soporte y su intensidad es un tema de estudio por delimitar.

2.2. El programa *Sonreír es divertido*

El programa *Sonreír es divertido* es una modalidad de TCC-C desarrollada por el Grupo de Investigación Labpsitec de la Universidad Jaume I de Castellón y la Universidad de Valencia [140,141]. Adopta un formato de terapia breve, estructurado, focalizado, protocolizado y diseñado para ser auto-aplicado a través del ordenador al estilo del programa *Beating the Blues* británico revisado en el capítulo anterior. En el contexto del proyecto que nos ocupa ha probado ser más eficaz que el tratamiento habitual para la depresión leve y moderada en el ámbito de la atención primaria española [142,167].

Consta de 10 módulos donde combina los procedimientos existentes más eficaces para el manejo del estrés, con estrategias que promueven la regulación

emocional, orientan la capacidad de afrontamiento y fomentan la resiliencia [140]. Como todos los abordajes de este tipo enfatiza el aprendizaje y la práctica de habilidades que permiten lograr formas más adaptativas y funcionales de gestionar el estrés y lidiar con los problemas emocionales. La cumplimentación del protocolo de tratamiento completo se alcanza en 12 semanas y los ingredientes activos que se desglosan en los diversos módulos son la motivación, la psicoeducación, la activación conductual, la terapia cognitiva, la psicología positiva y la prevención de recaídas.

Módulo 1. Motivación para el cambio

Lo primero que se aborda en *Sonreír es divertido* es la motivación para el cambio del paciente. Para lograr el nivel óptimo de motivación inicial se promueve en el paciente la importancia de los beneficios sobre los costes del esfuerzo personal que supone iniciar una terapia, se naturaliza la ambivalencia como parte normal de los procesos de cambio humano y se le ayuda a identificar los objetivos y metas personales.

Módulo 2. Entendiendo los problemas emocionales

El módulo 2 inicia el componente psicoeducativo. Se instruye a los pacientes en torno a la naturaleza normativa de la adversidad y los problemas emocionales subsiguientes como un hecho consustancial al hecho de estar vivo. Se intenta promover en los pacientes cierta aceptación y la visión de los mismos como oportunidades de aprendizaje y crecimiento personal.

Módulo 3. Aprendiendo a ponerse en marcha

Aquí se desglosan algunas de las virtudes de la terapia de activación conductual [93,96,110]. Entre las más importantes, cómo adquirir un nivel adecuado de actividad vinculado a la implicación con el proceso de vivir en busca de los objetivos personales [110]. Se psicoeduca en torno al modelo conductual de mantenimiento de los trastornos depresivos basado en el ciclo disfuncional que constituye el abandono de actividades vitalmente valiosas, el estado de inactividad y el mantenimiento del malestar emocional [101]. Se promueve la ruptura del bucle disfuncional a través del Diario de Actividad y la retroalimentación constante que ofrece sobre las relaciones entre el nivel de actividad, la capacidad para ir tolerando progresivamente el estrés y el impacto en el estado de ánimo. El Diario de Actividad constituye una herramienta transversal a través de todos

los módulos que a su vez sirve para monitorizar el nivel de actividad a lo largo de todo el programa y la evolución clínica.

Módulo 4. Aprendiendo a ser flexibles

Se introducen elementos esenciales de la terapia cognitiva de la depresión [63,95,140]. Se explica cómo los pensamientos automáticos negativos e irracionales respecto al entorno y nosotros mismos contribuyen a sesgar la percepción de la realidad, a sistematizar formas disfuncionales de pensar y sentir y a fomentar el mantenimiento del estado de ánimo depresivo y de inactividad. Mediante ejercicios de reestructuración cognitiva se promueve y se trabaja la flexibilidad de dichas creencias [95,140].

Módulo 5. Aprendiendo a disfrutar: la importancia de las experiencias positivas

Este módulo revisa y actualiza el conocimiento del paciente sobre las emociones. Las emociones denominadas negativas son necesarias para la supervivencia, nos ayudan a detectar potenciales peligros y a escapar. Las emociones positivas como la alegría, el afecto o el interés derivado de la curiosidad nos ayudan a ampliar nuestros recursos y fortalezas. Además de trabajar con la gestión directa del malestar se promueven estrategias para fomentar el acceso a emociones positivas que en sí mismas también pueden ayudar a balancear la cualidad del tono hedónico del paciente.

Módulo 6. Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas

Aquí se matiza y amplía el módulo anterior. Se intenta ampliar la perspectiva de las experiencias positivas, que a veces suponen un placer temporal, por el trabajo y el logro que implica alcanzar el bienestar psicológico. Se promueve la exploración sobre las fortalezas intrínsecas que todo ser humano posee, se orienta el afrontamiento hacia los objetivos vitales valiosos por encima de los problemas que surjan en el proceso de perseguirlos.

Módulo 7. Viviendo y aprendiendo

Este módulo pretende ir apuntalando lo trabajado en los módulos previos, orientando la conciencia de proceso sobre la vida como un camino de aprendizaje constante en la búsqueda del crecimiento personal y de niveles progresivos de bienestar psicológico.

Módulo 8. ¿Y a partir de ahora qué...?

Se orienta sobre que si bien el tratamiento concluye el proceso personal no ha hecho más que empezar. Se revisa el arsenal de técnicas trabajadas y que el programa proporciona herramientas para combatir los avatares de la vida con cierta actitud pero que se requiere de práctica permanente para afianzar lo aprendido y proseguir el camino personal hacia las metas vitales. Este módulo se corresponde con las estrategias de prevención de recaídas.

Módulos 9 y 10 de cuidado personal

Además de los 8 módulos previos, se desglosan dos módulos básicos relacionados con el manejo habitual de la depresión en atención primaria. Se aporta información significativa y recursos para la higiene del sueño y la toma de la medicación antidepresiva.

Módulos Home y Bienvenida

Estos módulos son previos a los anteriores que son módulos de tratamiento. El módulo *Home* explica en qué consiste *Sonreír es divertido*, cuál es objetivo, quién se puede beneficiar y los profesionales que se encuentran detrás del proyecto. Se utilizan recursos multimedia (imágenes, vídeos,...) para ejemplificar casos clínicos similares que pasaron por el programa fomentando la identificación y un conato de motivación inicial para participar. Tras este módulo sigue el de *Bienvenida* que proporciona información sobre los 10 módulos y un set de recomendaciones para optimizar al máximo el rendimiento del programa de tratamiento.

2.3. Objetivos y foco de los estudios cualitativos

La metodología cualitativa, como denota su propia denominación, tiene como objeto la descripción de las cualidades de un fenómeno. A diferencia de los métodos experimentales y cuantitativos no pretende probar o medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en cierto acontecimiento dado, sino descubrir tantas cualidades como sea posible [171]. Por ende, en los estudios que presentamos en esta monografía el objetivo no es poner a prueba una hipótesis de trabajo inicial, sino comprender en

toda la profundidad y exhaustividad posible, en primer lugar, el impacto que puede tener en atención primaria la implementación de una psicoterapia asistida por ordenador para la depresión y, en segundo lugar, la cualidad o la naturaleza de la relación de los pacientes con un programa de tratamiento de dicho tipo.

Los objetivos específicos se pueden plantear en la dirección del título de la presente tesis doctoral. Establecer una serie de variables, tanto derivadas de una eventual implementación de la psicoterapia asistida por ordenador en atención primaria como de la propia interacción con esta modalidad de tratamiento, que sirvan como guía para entender cuáles pueden facilitar y obstaculizar el proceso en nuestro entorno asistencial. Para ello se analizan las expectativas y opiniones subjetivas de los agentes implicados en el proceso: gestores, médicos de atención primaria y pacientes o usuarios del sistema de salud.

El primer estudio cualitativo se realiza sobre las expectativas previas de incorporar la psicoterapia asistida por ordenador en atención primaria antes de proceder a la realización efectiva del ECA. Se interroga a gestores, médicos y pacientes y se establecen las taxonomías tanto comunes como diferenciales al respecto. El segundo estudio, una vez realizado el ECA, versa sobre la relación entre los usuarios y el programa de tratamiento. Tras el análisis exhaustivo de las experiencias de los pacientes se conceptualiza un modelo integrado y comprensivo que a su vez arroja nuevos desafíos sobre la forma en que pueden perfeccionarse estas intervenciones para lograr mayor especificidad y ajuste a las necesidades de los pacientes de cara a incrementar la eficacia de la psicoterapia asistida por ordenador haciéndola más específica y sensible a la condición a tratar.

2.4 Diseño y procedimiento

Se propone un estudio cualitativo en paralelo y en el contexto general de un ECA sobre la eficacia de una psicoterapia asistida por ordenador para la depresión leve y moderada en atención primaria. El estudio se ha realizado en dos fases y momentos temporales (antes y después de la intervención psicoterapéutica) y con diferentes

agentes implicados en el proceso (pacientes, médicos y gestores antes de la realización del ECA; pacientes tras la realización del ECA).

En primer lugar, se realizaron entrevistas individuales focales [171,172] con pacientes que padecían depresión y fueron reclutados para participar en el ensayo clínico, con el foco en esclarecer sus expectativas en relación a la aplicación de una psicoterapia asistida por ordenador para la depresión en atención primaria. De la misma forma, se realizó el mismo proceso sobre los médicos de atención primaria y los gestores del sistema de salud. Posteriormente, se realizaron grupos focales [171,172] con los tres agentes implicados para explorar las interacciones dinámicas a la luz de las características culturales y los valores concretos que pueden encontrarse en la base de la actitudes, preferencias y expectativas de los diferentes colectivos. Por consiguiente, la información cualitativa emergente se obtiene también a partir de una dinámica y una visión de grupo y colectiva, complementando la información que surge de las entrevistas individuales donde la información relativa al contexto de grupo emerge con mayor dificultad [173-175]. Esta triangulación metodológica permite incrementar la consistencia y rigor de los estudios cualitativos mediante la combinación de técnicas que ponen el énfasis en diferentes aspectos del discurso, en diversos momentos temporales, con enfoques y técnicas que se complementan y al tiempo se balancean entre sí [171]. Finalmente, sobre la base del modelo resultante del primer estudio cualitativo se guía el análisis de contenido temático de las entrevistas de los pacientes que han pasado por el programa de psicoterapia asistida por ordenador amplificando el foco de análisis en los aspectos vinculados a la experiencia interactiva con el programa.

2.5 Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación ha sido realizado teniendo en cuenta el conjunto de recomendaciones y normas éticas establecidas por la *World Medical Association* en la Convención de Helsinki (revisadas y actualizadas en Fortaleza, Brasil, 2013) [176] y las normas enumeradas por la *World Psychiatry Association* en la Declaración de Madrid [177]. Todos los participantes fueron debidamente informados y firmaron el correspondiente consentimiento informado antes de analizarse sus datos y ser finalmente incluidos en la presente memoria de investigación. Se ha garantizado en

todo momento la confidencialidad y el anonimato de los participantes. El proyecto científico del que forma parte el trabajo actual fue enviado, evaluado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (referencia: PI10/01083). En ninguna de las fases del desarrollo del proceso investigador se detectaron conflictos de intereses.

2.6 Participantes

El reclutamiento de la muestra de pacientes se ha realizado en las comunidades autónomas de Aragón, Andalucía e Islas Baleares durante las visitas a su médico de atención primaria en el contexto de la práctica clínica habitual. Para confirmar los diagnósticos de depresión mayor se utilizó la versión española de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional [178]. Los participantes seleccionados cumplen los criterios diagnósticos de la CIE-10 [77] y se utilizan los valores del BDI-II para establecer la especificación de gravedad leve y moderada, a saber: puntuaciones entre 14-19 para la depresión leve, y entre 20-28 para la depresión moderada [81-84]. Se excluyen los menores de 18 años y los mayores de 65 años, inmigrantes o nativos con dificultades idiomáticas que compliquen la interacción con el programa de psicoterapia asistido por ordenador, aquellos que se encontraban afectados por trastornos mentales notables (e.g., psicosis, demencia, trastornos de la personalidad) y los que mostraron una destacada aversión por el uso de las tecnologías durante la entrevista [167].

Para el desempeño de las entrevistas y los grupos focales, los pacientes y médicos se seleccionaron teniendo en cuenta que las variables socio-demográficas mantengan la necesaria homogeneidad y heterogeneidad discursiva en cuanto a los objetivos del estudio, respecto a edad, género, entorno residencial, nivel educativo y afinidad por la tecnología. Los médicos se reclutaron a partir de su participación en el ECA. Los gestores por accesibilidad y, como grupo minoritario, se estratificaron exclusivamente en función de si su entorno laboral se correspondía con el ámbito rural o urbano.

El análisis preliminar de los elementos discursivos de los participantes nos ha permitido progresar a través de la entrevistas de manera progresiva e iterativa hasta que la información emergente saturase. Es decir, hasta que la nueva información se

convierte en redundante, no ofrece nuevas perspectivas discursivas respecto a la ya analizada y la taxonomía de clasificación resultante se comporta de una manera estable permitiendo la codificación de los diferentes segmentos de significado. Este proceso se ha realizado para las entrevistas individuales de cada uno de los grupos estudiados: pacientes antes de iniciar la TCC-C, médicos de atención primaria, gestores, pacientes que completaron la TCC-C, pacientes que decidieron abandonar la TCC-C una vez iniciada y pacientes que no recibieron la TCC-C. Después de las entrevistas se realizaron los grupos focales, cada uno de los cuales estuvo compuesto por entre 6-10 participantes. Para la composición de los grupos se ajustaron las variables de estratificación pero se preservaron la heterogeneidad inter-grupal y la homogeneidad intra-grupo [174,179].

En términos temporales, el reclutamiento de los participantes se realizó a lo largo del período que transcurre de noviembre de 2012 a enero de 2014.

2.7 Recopilación de los datos

Los entrevistadores que han participado en este estudio conduciendo las entrevistas individuales y los grupos focales están formados en metodología cualitativa [172,180]. Los temas que guiaron las entrevistas individuales y los grupos focales se discutieron entre los miembros del equipo investigador y los entrevistadores antes de la realización de las mismas para confluir en la misma dirección común (véase tabla 4).

Las entrevistas se llevaron a cabo por dos entrevistadores que de una manera indirecta y poco directiva iban introduciendo los temas de estudio de una manera abierta y progresiva. Al tiempo, se consideraban y anotaban los elementos no verbales acaecidos en sesión para completar el registro en audio de la sesión.

Los grupos focales fueron moderados por dos personas, el entrevistador principal y otro miembro del equipo investigador que actuaba como observador. El rol de moderador consiste, de la misma forma que en las entrevistas individuales, en ir introduciendo los temas de interés, promoviendo el diálogo y la participación. La función del observador se limita a tomar notas y recoger información adicional a la obtenida en la modalidad verbal. La introducción indirecta de los temas objeto de

estudio permite realizar una aproximación natural y contextual a la opinión subjetiva de los participantes.

Tabla 4. Listado de temas de la guía de especificación

Áreas	Temas
Aspectos informáticos	Habilidades manejo de recursos tecnológicos Recursos materiales Modo de empleo
Expectativas	Expectativas terapéuticas On-line vs. terapia en persona
Experiencias	Identificación con el programa Obstáculos y facilitadores Cambio sintomático
Actitudes	Posibilidades expresivas Relación virtual y anónima Reflexividad
Información	Información y preferencias
Staff	Normalización en atención primaria Soporte a los profesionales
Mejoras	Interfaz Programa Adherencia

En la sesiones se ha buscado lograr una estandarización óptima mediante una guía de especificación pero con contenido abierto y flexible (tabla 4). Es decir, las entrevistas y grupos están parcialmente guiados por ciertos tópicos, pero al tiempo el

abordaje es suficientemente poco directivo como para permitir la emergencia de la subjetividad de los participantes sin restricciones [180].

Las áreas de exploración fenomenológica y los temas que progresivamente se van introduciendo y guiando las entrevistas y grupos se obtuvieron de un consenso entre expertos. En dicho grupo participaron psiquiatras, psicólogos y sociólogos con experiencia en la aplicación de las nuevas tecnologías a la salud mental. El resultado, listado en la tabla 4, es coherente y converge con otras investigaciones similares llevadas a cabo por otros grupos de investigación en entornos asistenciales diferentes al nuestro [181-185]. Se incluyen elementos clave como el manejo de las nuevas tecnologías, opiniones sobre la psicoterapia en general y respecto a la asistida por ordenador en particular [181], la acomodación de la terapia asistida por ordenador en la práctica clínica rutinaria, las implicaciones de desarrollar una relación virtual y anónima con el terapeuta, el proceso de comunicación *on-line* de pensamientos y emociones, la posibilidad de releer y revisar el material escrito propio [182], la información necesaria para conducir adecuadamente un proceso psicoterapéutico asistido por ordenador sensible a las necesidades de los pacientes [183], las condiciones materiales para la práctica con el programa y la posible relación con el mismo, preferencias personales y contenido del programa, identificación con la modalidad de asistencia y su implementación, vías y mecanismos de la recuperación sintomática [184], apoyo profesional, soporte y adherencia, compromiso continuado con el uso del programa de tratamiento, facilitadores, obstáculos y expectativas del uso de este tipo de intervenciones [184,185].

Los temas específicos se introducen con el objetivo de comprender la mejor forma de ofrecer la psicoterapia asistida por ordenador en atención primaria y qué modificaciones puede generar en la relación habitual entre médicos y pacientes. Cuando se realizaron las entrevistas sobre los gestores, preservándose el enfoque anterior, se enfatizaron los potenciales riesgos y beneficios. Todas las sesiones fueron grabadas en audio previo consentimiento informado. La duración de las entrevistas individuales y los grupos focales fue de entre 60 y 90 minutos. En los grupos focales, los dos entrevistadores responsables de su conducción, se reunieron después de cada sesión para intercambiar opiniones, cotejar las notas y complementar el registro en audio con los apuntes tomados sobre comunicación no verbal. Dicha información final, una vez

digitalizada, es la fuente principal para el análisis de datos cualitativo que se realiza aquí.

2.8 Análisis de datos

Dentro de la metodología cualitativa, el análisis de contenido es una técnica de interpretación de textos [171,172,175]. Dichos textos resultan de la digitalización de los audios de las entrevistas individuales y los grupos focales. El postulado fundamental del análisis de contenido es que el cuerpo textual alberga un contenido de significados que es accesible si se lee e interpreta de una manera adecuada. Dicha lectura textual, a diferencia de la lectura común, se guía por el método científico, es decir, se realiza de un modo sistemático, objetivo, replicable y válido [171]. Sin embargo, parte de la complejidad del análisis de contenido estriba en que combina intrínsecamente la observación y la producción de los datos, conjugando el análisis de los datos con cierta interpretación de los mismos por parte del investigador [186].

El cuerpo del texto analizado se corresponde con la transcripción literal, palabra por palabra, de los audios grabados de las entrevistas individuales y grupos focales junto al material no verbal registrado por los entrevistadores/moderadores y colaboradores. Se siguieron las recomendaciones de consenso acerca de los métodos necesarios para preservar la mayor rigurosidad posible en el tratamiento de los datos [187]. En consecuencia, se controló y verificó la fiabilidad y validez de los datos mediante la confirmación de la transcripción realizada por parte de los entrevistadores/moderadores y los participantes que leyeron y discutieron el material transcrito de las sesiones antes de procederse al análisis de contenido.

Tras la realización de las primeras entrevistas se inició el análisis de contenido temático preliminar, progresando a través de las entrevistas, de una en una, de manera iterativa hasta confirmar y/o descartar los temas emergentes [188]. Tres investigadores expertos en análisis de contenido cualitativo de manera independiente y en paralelo realizan dicho cometido. El análisis de contenido se realiza utilizando una aproximación vertical, interpretativa, emergente y no basada en la frecuencia [172,189]. El análisis temático se apoya inicialmente en la guía de especificación (tabla 4), que sirve como

primer marco teórico de referencia desde el que utilizar el método comparativo constante y progresivo de la teoría fundamentada que nos permitió identificar las unidades clave de significado (en adelante, segmentos) tras la deconstrucción de cada oración del cuerpo textual de una en una [190,191]. La teoría fundamentada (*grounded theory*) [191,192] es una metodología proveniente de las ciencias sociales que permite la construcción de una teoría a partir de un conjunto de datos cualitativos. Los investigadores revisan en los datos recolectados las ideas repetidas o redundantes, los conceptos o elementos más aparentes y los clasifican en códigos. A medida que se van acumulando datos cualitativos, los códigos progresivamente se agrupan en conceptos o categorías exhaustivas y excluyentes entre sí, y posteriormente en categorías supra-ordenadas.

La información contenida en los segmentos del texto se comparó y agrupó mediante una codificación abierta hasta alcanzar una denominación conceptual común para todos los segmentos que compartían la misma unidad temática [191,192]. Mediante el progreso entrevista a entrevista, se establecieron interpretaciones y sistemas de clasificación provisionales para ordenar y poner de relieve las características y las relaciones de los códigos emergentes generados. Dichos códigos paulatinamente fueron conformando las categorías que se presentan en este trabajo como resultado de su fusión gradual [170,190,191,192]. Las categorías más amplias fueron el resultado de la discusión y acuerdos logrados entre los investigadores, dotaron de densidad a la estructura conceptual de significados y ofrecen una solución parsimoniosa. Por último, al optar por un modelo exhaustivo que ha priorizado la emergencia sobre la frecuencia, cabe señalar que aquellos segmentos que por su singularidad no pudieron clasificarse en las categorías más evidentes y aparentes, fueron enfatizados y tratados como categorías independientes sobre los que la información emergente se redefinía de manera recursiva [193,194].

Para el tratamiento de la información proveniente de los grupos focales se utilizó el modelo de análisis sociológico [195,196]. En este procedimiento técnico, la lectura y la organización de los datos no se basa en la fragmentación del texto en segmentos o unidades clave de significado, sino en la interpretación de las diferentes posiciones discursivas de los participantes y en la identificación de los ejes explicativos de sus intervenciones [196]. Los temas y patrones se identificaron y codificaron, de nuevo, por tres investigadores de manera independiente, teniendo en cuenta el contexto de

referencia donde las intervenciones de los participantes se llevaron a cabo. En cada aproximación a los ejes potencialmente explicativos se realizó una lectura iterativa para validar y confirmar la interpretación de los nuevos hallazgos, intentando garantizar al máximo la credibilidad del proceso, mediante la revisión repetida de los datos desde el principio hasta el final en cada ocasión [171,194]. En primer lugar, se analizó el material de los diferentes grupos por separado (análisis intra-grupo) y, más adelante, se reagruparon los datos para comparar los temas relevantes (análisis inter-grupos) prestando especial atención a los *momentos sensibles* de la interacción y dinámica grupal como indicadores de aspectos especialmente relevantes del pensamiento grupal de cada uno de los colectivos estudiados. Este proceso fue triangulado por los tres investigadores y las diferencias se resolvieron por consenso.

Para soportar los textos, gestionar los datos y realizar el análisis de datos cualitativo se ha utilizado el programa de análisis de datos MAXQDA 2007. Los resultados de los análisis de contenido temático y la interpretación de los principales ejes explicativos de los grupos focales se presentan en su correspondiente apartado. El modo de exposición consiste en la presentación de las categorías y subcategorías emergentes, junto a sus definiciones conceptuales y los segmentos literales del cuerpo del texto más representativos y demostrativos. Así mismo, para incrementar la comprensión del modelo emergente se han construido diagramas de flujo para apoyar la interpretación global [170,180,189,192,194].

2.9 Reflexividad

El término reflexividad en metodología cualitativa expresa la conciencia del investigador de su estado de interdependencia y conexión con el objeto de estudio [186]. Si bien investigar de manera cualitativa supone unos procedimientos metodológicamente estrictos y válidos, también implica seguir ciertos principios teóricos que guían la observación y codificación del cuerpo textual [189,190]. Ello añade un cariz interpretativo insoslayable. Dicho de otro modo, que en la metodología cualitativa el instrumento de evaluación sea el investigador hace necesarios ciertos controles metodológicos que garanticen la fidelidad de las observaciones y las interpretaciones.

El autor de la presente tesis doctoral, Javier Prado Abril, es psicólogo clínico en un centro de salud mental y coordina un programa de interfaz entre salud mental y atención primaria. La implementación de la psicoterapia asistida por ordenador para el abordaje de la depresión en atención primaria impactaría de lleno en el campo de su práctica clínica rutinaria. Puede tener sus propios prejuicios, más o menos conscientes, sobre la idoneidad de la medida, el modo de hacerlo, el grado de soporte y control por parte de las estructuras de salud mental a las que pertenece, reticencias a la autonomía e independencia del programa respecto al servicio de salud mental e, incluso, temores más infundados como la pérdida de su empleo, del peso de su especialidad en el sistema de salud o intereses gremiales. Aunque este aspecto no es exclusivo de la metodología cualitativa se subraya a efectos de hacer notar que se ha reflexionado al respecto, se ha sido consciente al realizar los análisis de datos y se ha intentado preservar el necesario análisis interpretativo guiado por la teoría con el control de los potenciales sesgos provenientes del investigador principal.

En consecuencia, de cara a preservar la máxima reflexividad y minimizar todo lo posible la subjetividad de los investigadores implicados en el proceso de análisis de datos, se ha contado con el auxilio de profesionales de dilatada trayectoria en metodología cualitativa, el Dr. Javier García-Campayo y el Dr. Jesús Montero-Marín, que han supervisado el proceso en todo momento. Los análisis de datos cualitativos han sido realizados por separado y en paralelo entre los tres investigadores responsables del manuscrito actual. Los resultados que se presentan forman parte de dicha triangulación metodológica, en la que se han balanceado los sesgos provenientes de las tres miradas implicadas, convergiendo en taxonomías de consenso inter-jueces.

III. RESULTADOS

3.1 Estudio 1:

Expectativas de pacientes, médicos de atención primaria y gestores del sistema de salud acerca de la psicoterapia asistida por ordenador para la depresión en atención primaria*

* Los datos relativos a este estudio, en atención a los requisitos del Programa de Doctorado en Medicina de la Universidad de Zaragoza para poder proceder al depósito y defensa de la tesis doctoral, han sido publicados en formato de artículo de investigación original en una revista destacada del ámbito biomédico, *Journal of Medical Internet Research* [170]. Dicha revista forma parte del primer cuartil de su especialidad y tiene un factor de impacto (JCR) de 3.47. En los anexos se adjunta copia del artículo.

3.1.1 Objetivos

Como ya se ha revisado y justificado, la psicoterapia asistida por ordenador para la depresión leve y moderada en atención primaria es un tratamiento eficaz y coste-efectivo que juega un papel importante en los modelos de atención escalonados de la depresión. Sin embargo, existen ciertos obstáculos para su implementación, generalización y uso sistemático en los sistemas nacionales de salud. Entre ellos, las tasas de abandono y discontinuidad del tratamiento pueden ser sustanciales [184,197,198]. En muchos casos, los pacientes abandonan más por razones personales, como también ocurre en la psicoterapia tradicional [197], que por problemas vinculados con la modalidad de la intervención, la tecnología o el entorno asistencial [184]. Por otro lado, aunque se puede considerar que la aceptación general de este tipo de intervenciones es positiva por parte de pacientes y profesionales de la salud, las actitudes de los profesionales tienden a ser más negativas que las de los pacientes [143,147,148].

Por lo tanto, si pretendemos desarrollar e implementar este tipo de programas en atención primaria es necesario promover su máxima aceptación y su integración como una prestación más de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Para ello habrá que ser sensible a las diferentes creencias, opiniones y actitudes de todos los participantes implicados en el proceso terapéutico ya que pueden existir diferentes expectativas vinculadas a las diversas perspectivas. Por ende, el objetivo de este estudio ha sido identificar las expectativas de pacientes, médicos de atención primaria y gestores que pueden actuar como facilitadores u obstáculos de la implementación de un tratamiento de estas características, con el fin de poder mejorar la adherencia, la eficacia y, en definitiva, la atención de salud mental que reciben los pacientes con depresión.

3.1.2 Características de la muestra

En la tabla 5 se muestran las principales características de los participantes cuyas entrevistas y grupos focales han sido analizadas para desarrollar el análisis de contenido temático desde la metodología de la teoría fundamentada y la interpretación de los principales ejes explicativos desde el modelo de análisis sociológico. La muestra final analizada consta de 43 participantes (20 pacientes, 11 médicos y 12 gestores). Téngase en cuenta que la muestra de referencia era de mayor tamaño pero, como se explica en el apartado correspondiente a los aspectos metodológicos, dicho tamaño muestral ha resultado ser suficiente para obtener un modelo emergente donde las categorías saturaban y el análisis de más entrevistas y grupos resultaba redundante y no aportaba información nueva.

Tabla 5. Características de los participantes

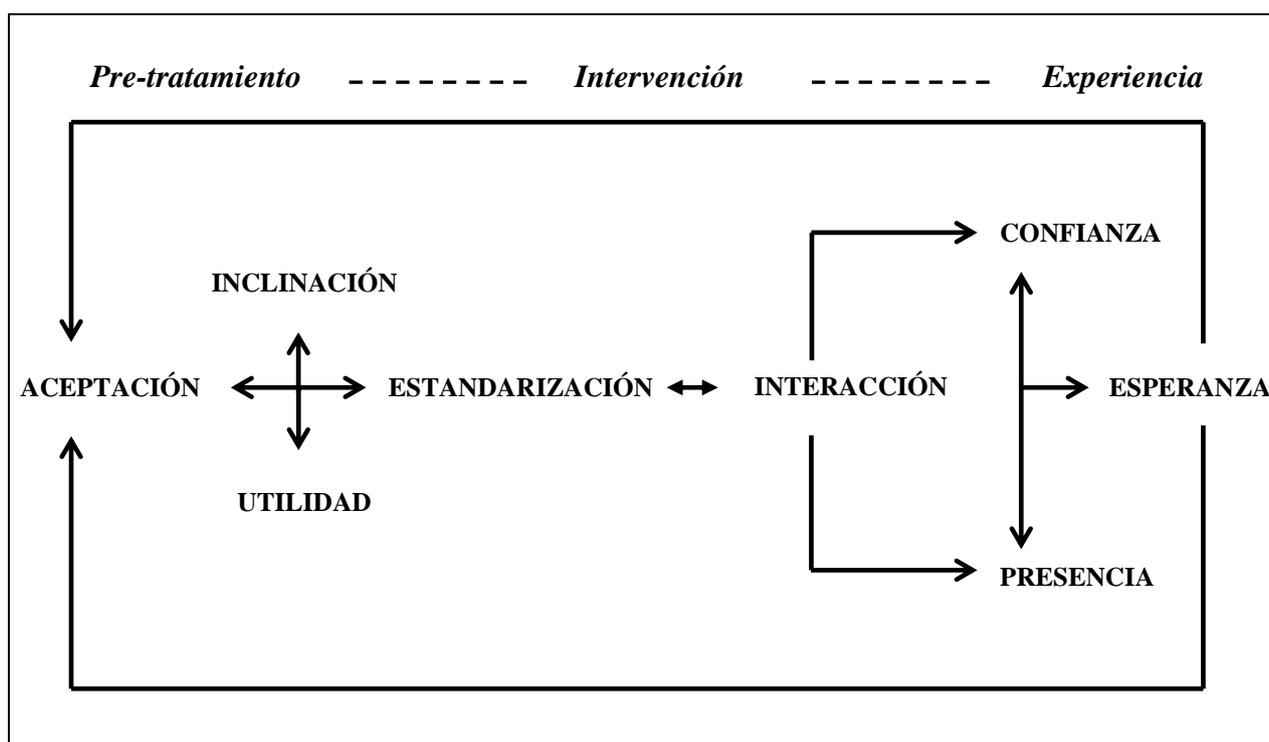
Variables de estratificación	Entrevistas			Grupos		
	pacientes (n = 12)	médicos (n = 5)	gestores (n = 5)	pacientes (n = 8)	médicos (n = 6)	gestores (n = 7)
Edad						
20-40	3	2	0	2	3	1
41-60	6	2	5	5	2	5
>60	3	1	0	1	1	1
Género						
Masculino	5	1	4	1	2	2
Femenino	7	4	1	7	4	5

Entorno residencial						
Urbano	9	3	4	5	4	5
Rural	3	2	1	3	2	2
Nivel educativo						
Primario	4	0	0	3	0	0
Secundario	5	0	0	3	0	0
Universitario	3	5	5	2	6	7
Afinidad por la tecnología						
Alta	6	2	2	3	4	5
Intermedia	3	3	3	4	2	2
Baja	3	0	0	1	0	0

3.1.3 Análisis de Contenido Temático

Las expectativas mostradas por pacientes, médicos de atención primaria y gestores acerca de la implementación de la psicoterapia asistida por ordenador para la depresión en atención primaria se dividen en tres grupos principales: aspectos relativos a las condiciones previas al tratamiento, como su aceptación inicial, la inclinación por el uso de una modalidad de tratamiento asistido por ordenador y su utilidad percibida; aspectos relativos a las características particulares de este tipo de intervención psicológica, como su estandarización y los procesos de interacción entre pacientes y programa de tratamiento; y la representación o expectativa de lo que podría ser la experiencia terapéutica una vez realizado el tratamiento, que incluye aspectos como la confianza, la presencia y la esperanza. Dichas agrupaciones de significados se pueden organizar en función del momento del proceso psicoterapéutico en un diagrama de flujo explicativo que ofrece una visión global del modelo emergente de consenso entre las tres miradas analizadas en este estudio (figura 1).

Figura 1. Expectativas de compromiso con la psicoterapia asistida por ordenador



3.1.3.1 Conceptualización del discurso

La aceptación general de la psicoterapia asistida por ordenador depende de las condiciones previas, como la inclinación por el uso de nuevas tecnologías, que a su vez se divide en las subcategorías “nivel de habilidad”, “razones para su uso”, “medios técnicos disponibles” y “dedicación”. La aceptación también depende de la percepción de su utilidad como tratamiento psicoterapéutico, incluyéndose subcategorías como “facilita la comunicación” y “acceso a la información”. Ésta última subcategoría, en el caso de los médicos, versa en su significado acerca de los registros o los antecedentes de los pacientes:

“Durante una consulta, tenemos un acceso limitado a las fuentes de información. El ordenador es la herramienta que nos permite acceder a la información más actualizada, completa y fiable. Es una herramienta importante tanto para recibir como para transmitir la información clínica del paciente. También nos permite registrar los episodios de los pacientes on-line y tenerlos a mano” (médico, mujer, 50 años, alta afinidad por la tecnología).

Por su lado, para los pacientes emerge como la posibilidad de consultar información fiable relacionada con el problema clínico y su tratamiento:

“La máquina [sic] podría explicar el diagnóstico de la enfermedad o anomalía del paciente para rápidamente ayudarte a encontrar soluciones para la vida diaria” (paciente, varón, 65 años, alta afinidad).

Otra subcategoría dentro de utilidad es “aporta soluciones” que para los gestores emerge con énfasis en relación a la capacidad de las nuevas tecnologías para incrementar el acceso de los pacientes a recursos asistenciales:

“Tal vez hará que los profesionales de la salud sean más accesibles a los usuarios; podría ser más conveniente, evitando viajes y desplazamientos, interfiriendo menos en el trabajo de las personas ya que lo pueden hacer desde su casa” (gestor, mujer, 51 años, alta afinidad).

Los pacientes entienden la subcategoría anterior como una opción para mejorar los recordatorios relativos a la supervisión y cumplimiento de las pautas e instrucciones dadas por el médico de referencia:

“El programa debería tener algún mecanismo para hacer las actividades y las revisiones on-line; por ejemplo, las recomendaciones del doctor en la última consulta, para refrescar la información y no olvidarla” (paciente, mujer, 59 años, baja afinidad).

Por último, utilidad incluye “permite la reflexividad”. Desde la perspectiva de los pacientes emerge como la oportunidad de reflexionar acerca de sus estados disfuncionales:

“¿El programa permite escribir? Si es así, escribir significa pensar y repensar; es como una especie de meditación o conciencia del día, de cómo van las cosas, cómo se desarrollan. Eso te da perspectiva y es algo positivo” (paciente, mujer, 52 años, afinidad intermedia).

Los médicos, en este caso, se focalizan particularmente sobre el conocimiento del diagnóstico derivado de las impresiones de sus exploraciones clínicas:

“La ventaja que puede tener es que se puede preparar de antemano la información que se va a introducir: las preguntas, los resultados de un test concreto, las respuestas y

dejar registradas las recomendaciones sin malas interpretaciones. Ello anima a los pacientes a elaborar fuera de la consulta sobre lo ocurrido en la consulta, en un ambiente más relajado, en su casa” (médico, mujer, 42 años, alta afinidad).

La aceptación general también depende de las condiciones relativas a la intervención o al proceso de estandarización del programa de psicoterapia asistida por ordenador. Entre las subcategorías emergentes para esta categoría se incluyen: “proceso de aprendizaje”, “objetivos estructurados”, “intervención complementaria”, “diseminación previa”, “servicio ofrecido” (especialmente desde la perspectiva de los gestores), “profesionales implicados” (especialmente desde la perspectiva de los médicos), “perfil de pacientes” y “actividades a desarrollar”. Ésta última, entendida por los pacientes desde sus propias necesidades:

“Yo hago yoga los miércoles y me sienta bien. Quizá podrían incluirse técnicas de relajación y diferentes estrategias para diferentes estados mentales; algunos días estoy mejor que otros” (paciente, varón, 46 años, afinidad intermedia).

En cambio, los médicos resaltan la importancia de poder utilizar sus propias coordenadas paradigmáticas en el diseño de las “actividades a desarrollar” a través del tratamiento asistido por ordenador:

“En nuestra especialidad, nos referimos a un modelo cognitivo conductual. Otros modelos más introspectivos o psicodinámicos giran en torno a la relación médico-paciente y no se podrían aplicar usando la tecnología” (médico, varón, 51 años, afinidad intermedia).

A su vez, el proceso necesario para la estandarización del tratamiento y su normalización en la práctica clínica como prestación sanitaria se asocia con la idea y la expectativa de formas específicas de interacción entre los participantes y el programa de terapia. La interacción o la relación con la aplicación informática se subdivide en las subcategorías “sensación de seguridad”, “universalidad”, “posibilidades expresivas”, “supervisión por un psicoterapeuta” y “atención individualizada”. La última destaca, siendo especialmente importante y saliente, en el discurso de los pacientes. En el sentido de tener algún tipo de contacto personal y cercano que permita la buena atención de sus necesidades particulares:

“Complicidad. Usted tiene que estar en la misma longitud de onda y establecer una conexión. Uno necesita calor, son asuntos personales, contacto personal, cercanía” (paciente, varón, 64 años, afinidad intermedia).

Para los profesionales, no tiene un componente tan emocional, sino más enfocado en la importancia de que el programa tenga la suficiente flexibilidad como para poder adaptarse a las características individuales de cada paciente:

“Si también se pudiese un poco... si el médico pudiera adaptar el tratamiento un poco y se basara en un modelo de toma de decisiones compartidas, con cierta proximidad entre el profesional y el paciente” (médico, mujer, 54 años, afinidad intermedia).

Finalmente, estas formas de interacción individualizada, asociadas al proceso de estandarización de la psicoterapia asistida por ordenador, promueven expectativas de una experiencia terapéutica basada en la confianza y en la presencia que genera esperanza en torno a un desenlace positivo del tratamiento. Ello, sumado a la aceptación inicial, como condición necesaria a priori, la inclinación hacia su uso y la percepción de su utilidad, puede conducir a un compromiso y adherencia con el proceso psicoterapéutico guiado por ordenador.

En las tablas 6 y 7 se presentan de manera exhaustiva las definiciones conceptuales y los segmentos literales más representativos de los participantes, para cada una de las categorías y subcategorías que comprenden la conceptualización del discurso resultante del análisis de contenido temático.

Tabla 6. Conceptualización del discurso y definiciones conceptuales

Categoría/Subcategoría	Definición conceptual
CONDICIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO	
Aceptación	
Aceptación	Actitud favorable hacia el uso terapéutico de las nuevas tecnologías (NTs), aceptando la responsabilidad del esfuerzo requerido para utilizar el programa y reconociendo sus potenciales beneficios.

Inclinación

Nivel de habilidad	Nivel de conocimiento y habilidad utilizando NTs.
Razones para su uso	Razones que justifican el uso de NTs, para trabajar, ocio, etc.
Medios técnicos disponibles	Medios técnicos disponibles y posibilidades de actualización de los mismos.
Dedicación	Tiempo dedicado a las NTs y modo de empleo, teniendo en cuenta los riesgos de su uso abusivo en algunas personas.

Utilidad como instrumento para la psicoterapia

Facilita la comunicación	Las NTs como medio alternativo de comunicación y de formación de relaciones, de mantenerse en contacto, de recibir alertas y notificación de los resultados.
Acceso a información	Posibilidad para consultar información de la historia y registros de los pacientes (médicos) y aspectos importantes relacionados con los diagnósticos y tratamientos (pacientes).
Aporta soluciones	Aporta soluciones a problemas de la práctica clínica rutinaria, como el acceso a tratamiento (gestores) o recordatorios para el control y cumplimentación de las instrucciones médicas (pacientes).
Permite la reflexividad	Posibilidad de pensar/reconsiderar la perspectiva personal a través de la escritura, promoviendo una actitud reflexiva en torno a la situación disfuncional (pacientes), o para la toma de decisiones sobre las exploraciones e impresiones diagnósticas (médicos).

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

Estandarización del programa

Proceso de aprendizaje	Que el programa sea fácil e intuitivo en su uso/manejo.
Objetivos estructurados	Definición estructurada de los objetivos a lograr con el programa y marco temporal.
Intervención complementaria	Uso combinado y complementario de las terapias tradicionales con la terapia asistida por ordenador, sin la intención de reemplazar la presencia de los profesionales.
Diseminación previa	Diseminación de la información sobre el programa de cara a combatir con información posibles resistencias al cambio basadas en viejos hábitos y la costumbre.

Servicio ofrecido	Implementación como una prestación más del sistema de salud, teniendo en cuenta un nuevo modelo de atención a la salud, con el apoyo de los profesionales de la salud, informáticos y personal administrativo referentes de atención primaria, pero en coordinación con los servicios de salud mental.
Profesionales implicados	Los responsables deben ser profesionales con una actitud positiva hacia las NTs, con habilidades específicas vinculadas a las características de este tipo de intervención.
Perfil de pacientes	La derivación de pacientes debe hacerse en función de su predisposición a recibir el tratamiento a través de las NTs, con problemas clínicos de baja intensidad o gravedad leve y en función de la demanda de desear más información y preservar su anonimato.
Actividades a desarrollar	Incorporar módulos atractivos para los pacientes, que despierten su interés y sean sensibles a sus necesidades (pacientes), con la posibilidad de ser coordinados dentro de las coordenadas paradigmáticas del referente del tratamiento (médicos).
Proceso de interacción	
Sensación de seguridad	Combinación de la preservación del anonimato, la protección de datos y la calidad del programa (en su funcionamiento a nivel informático, y en su diseño basado en la mejor evidencia disponible).
Universalidad	La posibilidad de intercambiar experiencias del trastorno dentro de un grupo a través de foros supervisados, compartiendo con otros que atraviesan el mismo proceso.
Posibilidades expresivas	Posibilidad de manifestar y/o expresar los sentimientos y emociones a través de las NTs.
Supervisión	Evaluación y seguimiento evolutivo del trastorno a lo largo del proceso terapéutico (médicos)
Atención individualizada	Contacto personal, empático, sincero y cercano (pacientes), con flexibilidad para adaptarse a las características específicas de cada paciente (médicos).
EXPERIENCIA TERAPÉUTICA	
Confianza	Confianza en que el programa puede ser sensible a las necesidades del paciente al utilizarlo de una manera íntima y comprometida.

Presencia	Apoyo, soporte y disponibilidad de un profesional que es el referente del programa (pacientes).
Esperanza	Perspectiva de un desenlace positivo/eficacia del tratamiento.

Tabla 7. Conceptualización del discurso y segmentos literales representativos

Categoría/Subcategoría	Segmentos representativos del corpus textual
CONDICIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO	
Aceptación	
Aceptación	<i>“Es una idea innovadora y estoy segura de que tendrá buen resultado, porque los pacientes tienen cada vez más acceso a las nuevas tecnologías. Así que, como una herramienta más, por supuesto que puede ser positiva”</i> (médico, mujer, 30 años, alta afinidad).
Inclinación	
Nivel de habilidad	<i>“Bueno, puedo utilizar un ordenador más o menos bien, aunque no tan bien como mi hija, por ejemplo... pero no tengo ningún problema”</i> (paciente, mujer, 51 años, baja afinidad).
Razones para su uso	<i>“Yo las [las NTs] uso fundamentalmente para trabajar y socializar”</i> (paciente, mujer, 32 años, alta afinidad).
Medios técnicos disponibles	<i>“Bueno, tengo un ordenador en casa, ¿qué más? Por supuesto, también tengo un smartphone”</i> (paciente, varón, 64 años, alta afinidad).
Dedicación	<i>“En el trabajo, no todos los días, pero sí que estoy leyendo e-mails y buscando información. Luego en casa... en el día a día, navego, utilizo el e-mail y leo las noticias (...) Siempre trato de poner un límite, por supuesto... Ya sabes que te puede absorber... y puedes perder demasiado tiempo”</i> (paciente, mujer, 61 años, alta afinidad).
Utilidad como instrumento para la psicoterapia	
Facilita la comunicación	<i>“Especialmente para el contacto entre las personas que viven muy lejos, que es lo que sucede en las zonas rurales.</i>

<p>Acceso a información</p> <p>Aporta soluciones</p> <p>Permite la reflexividad</p>	<p>Lo veo muy útil” (gestor, varón, 55 años, afinidad intermedia).</p> <p>“Durante una consulta, tenemos un acceso limitado a las fuentes de información. El ordenador es la herramienta que nos permite acceder a la información más actualizada, completa y fiable. Es una herramienta importante tanto para recibir como para transmitir la información clínica del paciente. También nos permite registrar los episodios de los pacientes on-line y tenerlos a mano” (médico, mujer, 50 años, alta afinidad por la tecnología).</p> <p>“La máquina [sic] podría explicar el diagnóstico de la enfermedad o anomalía del paciente para rápidamente ayudarte a encontrar soluciones para la vida diaria” (paciente, varón, 65 años, alta afinidad).</p> <p>“Tal vez hará que los profesionales de la salud sean más accesibles a los usuarios; podría ser más conveniente, evitando viajes y desplazamientos, interfiriendo menos en el trabajo de las personas ya que lo pueden hacer desde su casa” (gestor, mujer, 51 años, alta afinidad).</p> <p>“El programa debería tener algún mecanismo para hacer las actividades y las revisiones on-line; por ejemplo, las recomendaciones del doctor en la última consulta, para refrescar la información y no olvidarla” (paciente, mujer, 59 años, baja afinidad).</p> <p>“¿El programa permite escribir? Si es así, escribir significa pensar y repensar; es como una especie de meditación o conciencia del día, de cómo van las cosas, cómo se desarrollan. Eso te da perspectiva y es algo positivo” (paciente, mujer, 52 años, afinidad intermedia).</p> <p>“La ventaja que puede tener es que se puede preparar de antemano la información que se va a introducir: las preguntas, los resultados de un test concreto, las respuestas y dejar registradas las recomendaciones sin malas interpretaciones. Ello anima a los pacientes a elaborar fuera de la consulta sobre lo ocurrido en la consulta, en un ambiente más relajado, en su casa” (médico, mujer, 42 años, alta afinidad).</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO</p>	
<p>Estandarización del programa</p> <p>Proceso de aprendizaje “Tiene que ser fácil de utilizar y tener la posibilidad de sacarle el máximo rendimiento con una formación mínima”</p>	

	(paciente, varón, 46 años, baja afinidad).
Objetivos estructurados	<i>“Tendría que estar muy bien definido. Con directrices y pautas claras”</i> (paciente, varón, 64 años, afinidad intermedia).
Intervención complementaria	<i>“Podría ser como una herramienta de apoyo para ciertas cosas, como apoyo y refuerzo para las terapias cara a cara. Creo que es muy útil, pero como apoyo y refuerzo”</i> (paciente, mujer, 59 años, baja afinidad).
Diseminación previa	<i>“Tanto profesionales como pacientes, primero tienen que saber lo que estamos haciendo, por qué lo estamos haciendo, los objetivos específicos y de qué forma puede serles beneficioso y de utilidad. Tenemos que transmitirles que estamos poniendo las NTs a su servicio... creo que gran parte de las reticencias que encontramos para las novedades que implementamos se deben a que no explicamos suficientemente las cosas”</i> (gestor, varón, 50 años, alta afinidad).
Servicio ofrecido	<i>“Si se estandarizara, si todos los sistemas de la historia electrónica estuvieran integrados, entonces ¡fantástico! Todos deberíamos utilizar los mismos medios y procedimientos para prescribir tratamientos, orientar y derivar los casos, de manera que la nueva herramienta [la TCC-C] se acoplara armónicamente en el sistema informático que utilizamos”</i> (médico, varón, 48 años, baja afinidad).
Profesionales implicados	<i>“Sería importante elegir a los profesionales adecuados en función de sus intereses, habilidad y disponibilidad para realizar la parte supervisada del tratamiento on-line”</i> (médico, mujer, 35 años, alta afinidad).
Perfil de pacientes	<i>“¿Para qué tipo de trastornos depresivos estaría indicada?... podría ser útil para los casos leves, pero no se me ocurriría prescribirlo para un trastorno grave: eso son palabras mayores, la depresión puede ser una enfermedad muy grave”</i> (gestor, mujer, 51 años, alta afinidad).
Actividades a desarrollar	<i>“Yo hago yoga los miércoles y me siento bien. Quizá podrían incluirse técnicas de relajación y diferentes estrategias para diferentes estados mentales; algunos días estoy mejor que otros”</i> (paciente, varón, 46 años, afinidad intermedia). <i>“En nuestra especialidad, nos referimos a un modelo cognitivo conductual. Otros modelos más introspectivos o psicodinámicos giran en torno a la relación médico-paciente y no se podrían aplicar usando la tecnología”</i> (médico,

varón, 51 años, afinidad intermedia).

Proceso de interacción

Sensación de seguridad

“Tiene que funcionar correctamente y no caerse. La plataforma debe salvaguardar la fiabilidad de la información del paciente y garantizar la protección adecuada de la misma” (médico, mujer, 35 años, alta afinidad).

Universalidad

“Sería muy positivo poder compartir la experiencia con otras personas que estén pasando por lo mismo. Ellos te pueden entender y ayudar cuando estás bajo y, a continuación, cuando estás mejor les puedes animar y ayudar” (paciente, mujer, 45 años, baja afinidad).

Posibilidades expresivas

“Probablemente para aspectos muy personales, afectivos y de naturaleza emocional, es difícil que reemplace a una entrevista personal cara a cara, aunque también es cierto que, en ocasiones, una cierta distancia y anonimato facilita la expresión de ciertos temas” (gestor, varón, 55 años, afinidad intermedia).

Supervisión

“Creo que es una iniciativa muy buena, siempre y cuando haya un profesional detrás que evalúe y realice el seguimiento de la evolución clínica” (médico, varón, 48 años, baja afinidad).

Atención individualizada

“Complicidad. Usted tiene que estar en la misma longitud de onda y establecer una conexión. Uno necesita calor, son asuntos personales, contacto personal, cercanía” (paciente, varón, 64 años, afinidad intermedia).

“Si también se pudiese un poco... si el médico pudiera adaptar el tratamiento un poco y se basara en un modelo de toma de decisiones compartidas, con cierta proximidad entre el profesional y el paciente” (médico, mujer, 54 años, afinidad intermedia).

EXPERIENCIA TERAPÉUTICA

Confianza

“El uso de este tipo de terapia por parte del paciente depende de la confianza que sienta; y la consideración de que la confianza se construye con el tiempo y la duración de la relación de cuidados” (médico, mujer, 54 años, afinidad intermedia).

Presencia

“Si surge cualquier cosa, en algún momento, uno necesita saber que el profesional está ahí y puede ayudarte, alguien cualificado y que se preocupa de tu proceso” (paciente,

mujer, 59 años, baja afinidad).

Esperanza

“Son cosas que a veces pasamos por alto en la práctica clínica [la esperanza], pero los pacientes con frecuencia muestran su confianza, dando una especie de paso hacia adelante cuando valoran que algo que les ofreces será bueno para ellos” (médico, 35 años, alta afinidad).

3.1.3.2 Perspectivas de los participantes

En general, la conceptualización del discurso en torno a las expectativas sobre la psicoterapia asistida por ordenador para la depresión es similar en los tres agentes implicados en este estudio. Existe una confluencia en el modelo descrito anteriormente y los diversos matices, a nivel de subcategorías, se han enfatizado en la presentación de los resultados. Sin embargo, el foco, o la parte más enfatizada, del discurso de los participantes difiere en función de la perspectiva o rol desempeñado en el proceso psicoterapéutico. En la tabla 8 se presentan las citas literales que ejemplifican las diversas posturas. Por ejemplo, los profesionales de la salud, médicos y gestores, enfatizan los aspectos relativos a las características del tratamiento, en especial los relativos a la categoría estandarización del programa. Más específicamente, los médicos centran su interés en los “profesionales implicados”, con la preocupación de que la mejora asistencial que la psicoterapia asistida por ordenador puede procurar sea a costa de incrementar su ya de por sí elevada carga de trabajo. Por su parte, el discurso de los gestores se enfoca más en la subcategoría “servicio ofrecido”, con un interés manifiesto en que la intervención sea coste-efectiva a través de una reorganización de los procesos asistenciales actuales que resultara más eficiente, estableciendo una nueva dinámica en los flujos de derivación de pacientes a salud mental que resolviera problemas prácticos, tales como la reducción de las listas de espera de salud mental. Finalmente, los pacientes también se centran en los aspectos relativos a las características del tratamiento, pero desde la perspectiva que ofrece la categoría interacción con el programa, bajo la expectativa de recibir un servicio individualizado, personal y de calidad que les permita compartir de forma segura y confidencial sus experiencias con otras personas con el mismo problema y con accesibilidad a un especialista que supervisase el tratamiento asistido por ordenador.

Tabla 8. Perspectivas discursivas de los participantes

Participante	Foco del discurso	Citas
Médicos	Profesionales involucrados	<p><i>“Quizás podríamos recibir algo de ayuda para no sobrecargar más nuestras agendas de trabajo”</i> (médico, varón, 45 años, alta afinidad).</p> <p><i>“El diseño es relativamente fácil de imaginar, pero implica un cambio en nuestra práctica clínica habitual. ¿Cuánto tiempo se tardaría en prepararnos para implementar este programa? ¿Nos liberarán de nuestra responsabilidad asistencial para recibir dicha formación?”</i> (médico, mujer, 54 años, afinidad intermedia).</p> <p><i>“No todos tenemos el mismo conocimiento y dominio tecnológico ni motivación. ¿Podrían todos los médicos utilizar el programa o sólo los más cualificados? Aquellos de nosotros que participásemos voluntariamente podríamos ser liberados de parte de nuestra carga asistencial para centrarnos más específicamente en este asunto”</i> (médico, mujer, 35 años, alta afinidad).</p>
Gestores	Servicio ofrecido	<p><i>“Las plataformas de la telemedicina ya están mostrando su importancia en lugares con la población dispersada, asistiendo a la organización de los cuidados asistenciales y mejorando la comunicación entre primaria y atención especializada, no sólo mejorando la atención final al paciente, sino ahorrando dinero”</i> (gestor, mujer, 51 años, alta afinidad).</p> <p><i>“El programa debe agilizar los procesos asistenciales, especialmente las listas de espera y el acceso de los usuarios a tratamiento, proporcionando la máxima eficacia con una mínima inversión que se justifique rápidamente”</i> (gestor, varón, 55 años, afinidad intermedia).</p> <p><i>“Si mediante el programa podemos ver a más pacientes a distancia y, en consecuencia, descargar las agendas, podría destinarse el</i></p>

		<i>espacio liberado al seguimiento y supervisión presencial” (gestor, varón, 50 años, alta afinidad).</i>
Pacientes	Atención individualizada	<p><i>“Por supuesto, cada paciente es diferente, así que si se deciden por ayudarnos, primero hay que conocer la historia de cada uno en profundidad” (paciente, varón, 46 años, afinidad intermedia).</i></p> <p><i>“Depende del paciente, del estado en que se encuentre, no puede haber intervenciones idénticas para todo el mundo. Algunos pacientes, por su particular evolución, necesitarán una atención más personalizada” (paciente, mujer, 52 años, afinidad intermedia).</i></p> <p><i>“La terapia tiene que ser algo muy personal e individualizado, con la posibilidad de preguntar y hablar de otros temas...” (paciente, mujer, 59 años, baja afinidad).</i></p>

Las diferentes perspectivas expresadas por los participantes – médicos, gestores y pacientes – reflejan las diferentes preocupaciones que suscita el tratamiento asistido por ordenador en función del rol desempeñado dentro del proceso terapéutico. ¿Puede un paciente ser ubicado en este tipo de tratamiento sin aumentar por ello mi carga de trabajo? ¿Puede la psicoterapia por ordenador ayudar a resolver el problema de las listas de espera con un mínimo coste económico asociado? ¿Será suficiente para resolver mi depresión este tipo de tratamiento? Cada una de las posiciones ejemplificada por los tres agentes implicados plantea la necesidad de satisfacer requisitos diferentes y específicos. Siendo, cada una de ellas, potencialmente un obstáculo o resistencia para la introducción de este tipo de intervenciones en el sistema de salud y en atención primaria.

3.2 Estudio 2:

Experiencia interactiva de los pacientes con el proceso psicoterapéutico asistido por ordenador

3.2.1 Objetivos

En el campo clínico de la investigación en psicoterapia coexisten dos grandes líneas de investigación que abordan el cambio psicoterapéutico de una manera distinta aunque complementaria. Por un lado, la investigación de resultados, hegemónica, y que ha culminado en los listados de tratamientos psicológicos basados en la evidencia [199] y, por otro, la investigación de procesos, que pretende responder a la pregunta sobre ¿cómo y por qué funciona lo que funciona? Pregunta que ha suscitado un interés considerable en los últimos 15 años [200-202]. Que *Sonreír es divertido* es eficaz ya ha sido descrito en páginas anteriores [142,167], el *cómo* es lo que se pretende averiguar en el presente estudio como complemento necesario e imprescindible del ECA de referencia.

De este modo, en este estudio se profundiza en aquellos aspectos que ya emergen de un modo general en el estudio anterior. Concretamente, se analiza con una mirada amplificada y focalizada la parte del modelo, recogido en la figura 1, relativa a la interacción con el programa de tratamiento asistido por ordenador una vez que los pacientes ya han pasado por la experiencia terapéutica. En coherencia con los objetivos generales de esta tesis doctoral, profundizar en la interacción específica, sus facilitadores y obstáculos, y aquellos aspectos tributarios de mejora desde la perspectiva privilegiada que supone atender a la experiencia subjetiva de los pacientes, puede aportar variables clave en el objetivo de incrementar la aceptación, receptividad, compromiso y adherencia de la psicoterapia asistida por ordenador [184,197,198,203].

3.2.2 Características de la muestra

En la tabla 9 se muestran las principales características socio-demográficas de los participantes cuyas entrevistas y grupos focales se han analizado para desarrollar el análisis de contenido temático que se presenta a continuación. La muestra final consta de 41 participantes. Las entrevistas individuales se dividen en función de si recibieron el

tratamiento completamente auto-aplicado (TAA) o participaron de la condición con apoyo de un psicoterapeuta de baja intensidad (TPA). Así mismo, se incluye la variable de estratificación mejoría clínica. Ésta hace referencia a las diferencias obtenidas entre las puntuaciones pre-test y post-test en el BDI-II. Se considera una mejoría alta cuando el paciente obtiene una diferencia en el post-test que representa un 20% respecto al pre-test, una mejoría intermedia cuando se produce una variación significativa pero que no alcanza dicho porcentaje y, finalmente, la mejoría nula es la ausencia de efecto del tratamiento. En la selección de los pacientes se ha maximizado la potencial heterogeneidad discursiva vinculada al hecho de haber iniciado o no el tratamiento, haberlo abandonado una vez iniciado, haberlo finalizado con éxito y respecto a la situación de encontrarse en una situación de auto-aplicación completa o de soporte de baja intensidad.

Tabla 9. Características de los participantes

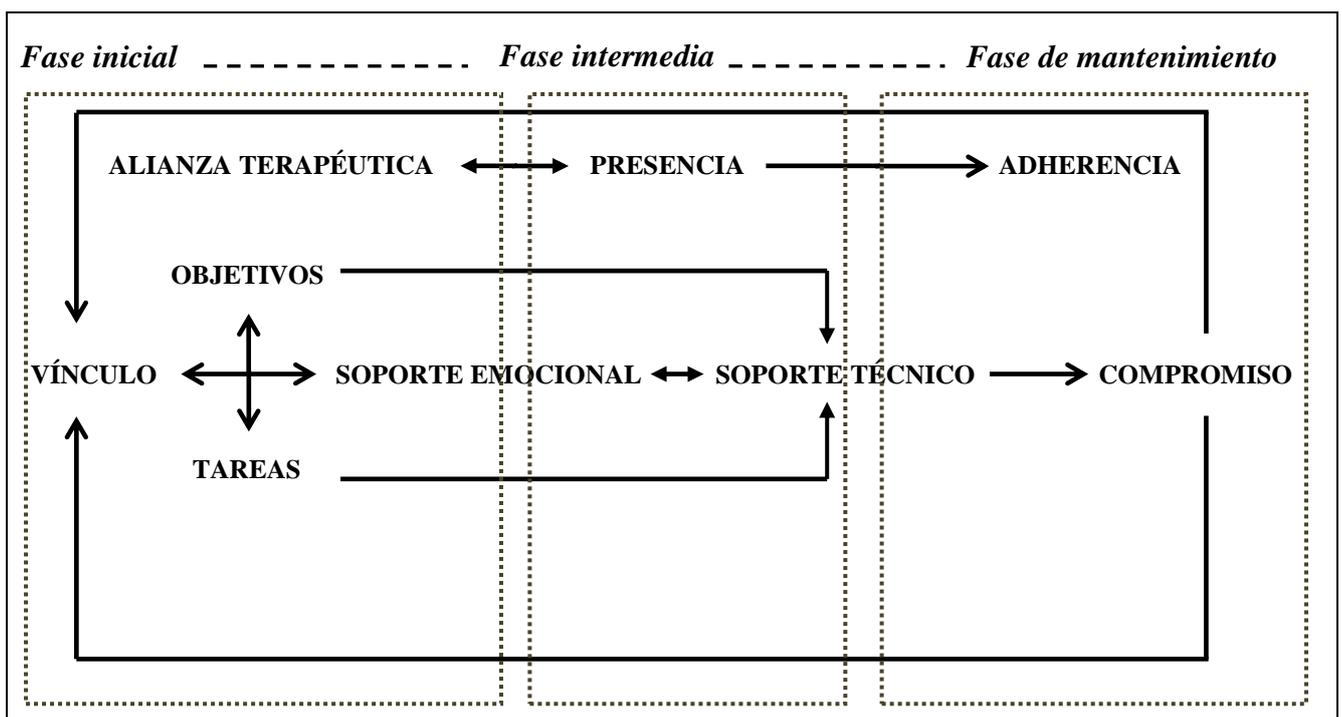
Variables de estratificación	Entrevistas		Grupos		
	TAA (n = 9)	TPA (n = 10)	No inician (n = 8)	Abandonan (n = 6)	Finalizan con éxito (n = 8)
Edad					
20-40	3	3	2	3	1
41-60	6	7	5	3	7
>60	0	0	1	0	0
Género					
Masculino	2	2	1	2	2
Femenino	7	8	7	4	6
Entorno residencial					
Urbano	9	9	8	6	5
Rural	0	1	0	0	3
Nivel educativo					
Primario	3	3	3	3	1
Secundario	2	2	3	3	1
Universitario	4	5	2	0	6
Mejoría clínica					

Alta	4	5	0	0	4
Intermedia	2	3	0	0	2
Nula	3	2	8	6	2

3.2.3 Análisis de contenido temático

La experiencia de los pacientes con la psicoterapia asistida por ordenador como tratamiento de la depresión se divide en tres grupos principales: aspectos relativos al inicio del tratamiento, como la alianza terapéutica que a su vez se subdivide en vínculo, objetivos y tareas; aspectos relativos a la fase intermedia del proceso psicoterapéutico, como la necesidad de presencia humana que a su vez se expresa en la necesidad de soporte emocional y soporte técnico; y los aspectos relativos al mantenimiento de la interacción con el tratamiento hasta la finalización del mismo, como la adherencia y el compromiso personal. Estas agrupaciones de los significados emergentes se pueden organizar en función de las diferentes fases del proceso psicoterapéutico en un diagrama de flujo explicativo que ofrece una visión global del proceso interactivo seguido por los pacientes hasta la culminación del tratamiento (figura 2).

Figura 2. Experiencia interactiva con la psicoterapia asistida por ordenador



3.2.3.1 Conceptualización del discurso

La vinculación con la psicoterapia asistida por ordenador depende en una fase inicial del establecimiento de una alianza terapéutica adecuada que se caracteriza por las categorías vínculo, objetivos y tareas. La categoría vínculo es la más relevante para el establecimiento de la interacción inicial con el programa de psicoterapia y versa sobre la percepción del paciente acerca de la compatibilidad entre un abordaje *on-line* y la satisfacción de sus necesidades personales de tratamiento. Esta categoría amplia se subdivide en cuatro subcategorías más específicas: “cercanía”, “posibilidades expresivas”, “confianza” y “esperanza”.

“Cercanía” se expresa en segmentos literales del texto analizado como los siguientes:

“Con la persona uhm... creas ciertos vínculos de complicidad o apoyo y con el ordenador también se crea ese vínculo (...) está muy bien, está allí, te va a ayudar y te va a sacar adelante, poco a poco tú ves que vas avanzando” (mujer, 33 años, mejoría intermedia).

“Te permite un acceso y un contacto que a nivel presencial en la pública no es posible” (mujer, 55 años, mejoría nula).

“Posibilidades expresivas”:

“Te permitía una expresión algo limitada porque básicamente era rellenar unos ítems... Yo, por ejemplo, he echado en falta que en cada módulo hubiera un espacio donde la persona pudiera hacer un comentario personal” (mujer, 52 años, mejoría alta).

“Yo me he podido expresar muy bien, o sea... lo que eran las preguntas, las valoraciones... y, a veces, me cuesta expresarme delante de las personas (...) al hacerlo on-line yo creo que me he podido abrir más” (mujer, 50 años, abandona el tratamiento, mejoría nula).

“Confianza”:

“Sí, sin problema. No me parece frío, se estable una relación real. O la percibes tú ¿no? Percibes que tienes una relación” (varón, 47 años, mejoría alta).

“Bueno... yo pienso que la confianza que te inspira es similar a la de un profesional, yo pensaba como si me estuviera relacionando con un profesional” (mujer, 57 años, mejoría alta).

“Esperanza”:

“A mí me ha venido muy bien. Por supuesto es de ayuda, porque es muy interesante. Es un poco olvidarte de las cosas que te hacen daño mientras te integras, poco a poco, en otras y vas saliendo de ese círculo vicioso que es la depresión y del que cuesta salir. Entonces, ocupar tu mente y mantenerte activa en otras actividades es fundamental” (mujer, 46 años, mejoría alta).

“Me ha gustado mucho hacerlo. Me parece todo de bastante utilidad. Me ha servido muchísimo y me encuentro muchísimo mejor” (mujer, 33 años, mejoría intermedia).

La predisposición inicial a vincularse, es decir, el ajuste entre las características del paciente y las del tratamiento a su vez requiere, en el contexto de una alianza terapéutica sólida, cierto consenso en torno a los objetivos de la intervención y las tareas a desempeñar para lograrlos. Objetivos y tareas amplifican el efecto del vínculo inicial favoreciendo la adherencia con el tratamiento a través de cinco subcategorías respectivamente. Objetivos de desglosa en “estructuración”, “universalidad”, “especificidad”, “mentalización” y “monitorización”:

“Estructuración”:

“Es un programa muy dirigido, muy concreto y muy específico” (mujer, 52 años, mejoría alta).

“Me parece que está todo bien explicado. Los objetivos, las tareas, los ejemplos,... es algo repetitivo eso sí, pero quizá es porque tiene que ser el programa de ese modo” (mujer, 57 años, mejoría alta).

“Universalidad”:

“Un poco de contacto con otras personas que están haciendo el programa sería una mejora. No es que dudes de las indicaciones, pero no las ves, no eres capaz... sin embargo, si una persona que está pasando por lo mismo te lo dice se hace más fácil. Además, en estas enfermedades la incomprensión hace mucho, nadie te comprende, a veces ni tú mismo” (varón, 56 años, mejoría intermedia).

“Estaría bien algún tipo de chat grupal, más que nada porque tu adquieres un aprendizaje, una lectura, una experiencia y puedes compartirla con el terapeuta de referencia y tus compañeros que están en el mismo proceso” (mujer, 36 años, mejoría intermedia).

“Especificidad”:

“Alguno de los módulos me sobraba, por ejemplo el del insomnio que yo no tengo y eso a veces se hacía tedioso... como si tuvieras que tener insomnio” (mujer, 50 años, mejoría alta).

“Supongo que es complicado a la hora de diseñar el programa porque cada uno de nosotros tiene su problema específico, pero estaría bien que se pudiera personalizar un poco” (mujer, 46 años, mejoría alta).

“Mentalización”:

“Te hace pensar de un modo diferente, rebobinar un poco ¿no? Revisar los motivos por los que hiciste esto y aquello y las consecuencias de tus decisiones que no siempre son tan negativas” (mujer, 52 años, mejoría alta).

“Como que te das cuenta de ciertas cosas que haces con los pensamientos que tienes y vas descubriendo formas diferentes de ver los problemas, vas flexibilizando la cabeza y siendo consciente de las cosas que tienes que cambiar” (mujer, 46 años, mejoría alta).

“Monitorización”:

“A mí me gustaba ponerme a hacer las preguntas y ver cómo iba... te animaba ver cambios en el estado de ánimo y tal... y que la evolución era buena” (mujer, 55 años, mejoría nula).

“Las evoluciones y los gráficos estaban muy bien, porque ese seguimiento diario con un profesional no lo tienes” (mujer, 44 años, abandona el tratamiento, mejoría nula).

Por su parte tareas se compone de “acuerdo en las tareas”, “sensación de seguridad”, “agencia”, “auto-revelación” y “reflexividad”:

“Acuerdo en las tareas”:

“Las recomendaciones son adecuadas. Ayudaba mucho el de las actividades, tanto personales como rutinas del día, también para organizar y decir pues en mi vida hay muchas cosas de las que soy capaz” (mujer, 33 años, mejoría intermedia).

“Los diferentes módulos te van ayudando a entender lo que pasa, son como lecciones, y las herramientas son muy útiles para ir saliendo adelante” (mujer, 44 años, abandona el tratamiento, mejoría nula).

“Sensación de seguridad”:

“Al principio tuve algunos problemas con las contraseñas para entrar en el programa. Pero una vez resuelto eso, me ha funcionado bastante bien. Pienso que ha habido intimidad, secreto profesional y que no ha habido ningún problema al respecto” (mujer, 56 años, mejoría nula).

“Todo muy normal, seguridad y una confianza del cien por cien, que te da relax para hacerlo y yo creo que aún se saca más partido así” (varón, 53 años, mejoría intermedia).

“Agencia”:

“Yo esperaba poder ser capaz de afrontar los problemas que tenía cuando comencé [la terapia]. Incluso, ser capaz de intentar buscar soluciones aunque pareciera que no las había (...) y lo he conseguido. He conseguido ver los problemas, afrontarlos y plantearlos a las personas a las que se los tenía que plantear” (mujer, 50 años, mejoría alta).

“Te dan las bases, las pautas, y si lo haces, si eres capaz, es bueno y mejoras. Las herramientas son las adecuadas aunque esto depende mucho de tu voluntad porque estás sólo con el programa” (varón, 47 años, mejoría alta).

“Auto-revelación”:

“Poco a poco vas sacando cosas que tienes dentro y que de otro modo no saldrían”
(varón, 47 años, mejoría alta).

“Yo tenía mucha rabia contenida y no hablaba con la gente... entonces, las pautas, las cosas que te decía [el programa] sobre cómo hablar con la gente, sin guardar rencor,... me ha servido mucho” (mujer, 55 años, mejoría nula).

“Reflexividad”:

“Yo tengo todo el material impreso porque me encanta eso de poder releerlo cuando me hace falta, porque a veces estás más decaída y al revisarlo recuerdas las técnicas y te pones en marcha de nuevo” (mujer, 49 años, mejoría intermedia).

“Es bueno tenerlo accesible porque uno no sabe en qué pozo puede caer. Tenerlo accesible y revisarlo de vez en cuando para que no se te olvide el aprendizaje y la experiencia” (varón, 47 años, mejoría alta).

En el discurso general de los participantes emergen de una manera preponderante los temas anteriores, relativos a la cualidad y calidad de la alianza terapéutica, especialmente en la fase inicial de la intervención psicoterapéutica. A medida que se profundiza en el análisis emergen aspectos relativos a la fase intermedia de la psicoterapia relacionados con la presencia humana explícita o la noción de cierta presencia, en el sentido de apoyo y soporte por parte de un referente del caso que al tiempo es referente del programa. Específicamente, se configura sobre dos categorías de presencia que se denominan soporte emocional y soporte técnico. La percepción de los pacientes es que el vínculo requiere de cierto complemento emocional que podría brindarse a través de la supervisión con un especialista y que este mismo especialista podría ser relevante desde una perspectiva técnica a la hora de consensuar los objetivos y resolver dudas en torno a las tareas o el seguimiento de las prescripciones de *Sonreír es divertido*.

Soporte emocional se expresa en los siguientes segmentos ejemplarizantes:

“Hay momentos en que te encuentras especialmente mal y la máquina pues no tiene eso que tienen los terapeutas de darle la vuelta con una palabra, escuchando u orientando el problema” (mujer, 45 años, mejoría intermedia).

“A veces, puntual, 2 o 3 veces, pero se echa de menos saber quién está detrás del ordenador, con un apoyo puntual sería suficiente. Saber que existe alguien que se preocupa detrás del ordenador” (mujer, 41 años, mejoría intermedia).

Por otro lado, soporte técnico se recoge en los siguientes ejemplos:

“Yo he echado de menos algo más de apoyo, al menos en dos ocasiones. A la hora de definir los objetivos y con alguna tarea en que me encallaba y no sabía cómo seguir” (varón, 47 años, mejoría alta).

“Había preguntas que no entendía bien y que no sabía cómo responder... en esos momentos se echa en falta algún tipo de feedback para poder continuar” (mujer, 52 años, mejoría alta).

Finalmente, el establecimiento de una alianza terapéutica sólida guiada por un referente emocional y que da soporte técnico a la relación interactiva con la psicoterapia asistida por ordenador promueve el mantenimiento del esfuerzo y la adherencia con el tratamiento que ejemplifica la categoría compromiso:

“Un empujón de alguien, una palabra de ánimo hubiera hecho más fácil todo el proceso, aunque la autonomía al final del tratamiento tiene su valor” (mujer, 56 años, mejoría nula).

“Me motivaba mucho, he aprendido mucho sobre mí misma. Empecé despacio, pero sabía que si seguía las pautas me ayudaría” (mujer, 46 años, mejoría alta)

En la tabla 10 se presentan de manera exhaustiva las definiciones conceptuales para cada una de las categorías y subcategorías que comprenden la conceptualización del discurso resultante del análisis de contenido temático de la experiencia de los participantes con la psicoterapia asistida por ordenador.

Tabla 10. Conceptualización del discurso y definiciones conceptuales

Categoría/Subcategoría	Definición conceptual
FASE INICIAL	
ALIANZA TERAPÉUTICA	Proceso interactivo entre el paciente y el programa de psicoterapia asistida por ordenador por el que se construye un vínculo de trabajo, aceptando las tareas a realizar con el fin de lograr los objetivos del tratamiento.
Vínculo	Percepción de compatibilidad entre la modalidad de intervención y las necesidades personales que conduce a iniciar y mantener el tratamiento.
Cercanía	Sintonía, compatibilidad con el programa y sentido de disponibilidad.
Posibilidades expresivas	Percepción de que el programa posibilita manifestar y/o expresar los sentimientos y emociones.
Confianza	Confianza en que el programa es sensible a las necesidades del paciente al utilizarlo de una manera íntima y comprometida.
Esperanza	Valoración positiva del tratamiento, percepción de ayuda y eficacia.
Objetivos	Dianas de la intervención y resultados del tratamiento.
Estructuración	Definición explícita y estructurada de los objetivos a lograr con el tratamiento.
Universalidad	Sentido de compartir la experiencia depresiva con otras personas, normalizando y desestigmatizando la experiencia de singularidad.
Especificidad	Capacidad de negociar, perfilar y personalizar los objetivos del tratamiento.
Mentalización	Incremento de la consciencia sobre los estados mentales y emocionales, tanto propios como ajenos, con capacidad para flexibilizar las creencias previas y ajustar el comportamiento.
Monitorización	Evaluación sistemática del estado de ánimo y de la

	progresión a lo largo del tratamiento.
Tareas	Prescripciones y actividades a desarrollar durante el tratamiento.
Acuerdo en las tareas	Percepción de que las tareas planteadas son coherentes con las creencias propias acerca de cómo se produce el cambio clínico.
Sensación de seguridad	Que el funcionamiento del programa sea adecuado para permitir cumplir con las tareas del tratamiento con tranquilidad, anonimato e intimidad.
Agencia	La realización efectiva de las tareas incrementa el sentido de autoeficacia personal y la motivación para el cambio (probablemente por el hecho de ser un tratamiento completamente auto-administrado).
Auto-revelación	Acción mediante la cual el paciente revela su intimidad y mundo interno.
Reflexividad	Posibilidad de revisar, releer y tener disponible el material del tratamiento una vez finalizado; junto a la noción de que la revisión continuada incrementa el aprovechamiento de las tareas.
FASE INTERMEDIA	
PRESENCIA	Apoyo, soporte y disponibilidad de un profesional que es el referente del programa.
Soporte emocional	Apoyo y soporte emocional puntual: individualizado, personal y adyuvante a la psicoterapia asistida por ordenador.
Soporte técnico	Apoyo, soporte y retroalimentación puntual en torno a la ejecución de las tareas para aclarar posibles dificultades, mantener la adherencia al tratamiento y evitar un potencial abandono terapéutico.
FASE DE MANTENIMIENTO	
ADHERENCIA	Mantenimiento de la vinculación con la psicoterapia asistida por ordenador.

Compromiso

Mantenimiento del compromiso inicial con los objetivos y tareas del tratamiento hasta lograr la remisión sintomática.

IV. DISCUSIÓN

4.1 Hallazgos principales

El objetivo principal de este trabajo ha consistido en analizar qué variables pueden actuar como facilitadores y obstáculos en la implementación de la psicoterapia asistida por ordenador como tratamiento de la depresión en atención primaria. Otros objetivos auxiliares han sido exponer la situación actual de notable dificultad en el acceso a tratamientos de calidad basados en pruebas por parte de los pacientes con depresión mayor, especialmente en sus formas leves y moderadas, justificar las potenciales aportaciones y soluciones que los tratamientos asistidos por ordenador pueden ofrecer para paliar dicho problema y resaltar la importancia que en todo el proceso juegan los modelos de organización asistencial y los aspectos vinculados a la gestión clínica.

Con dicho objetivo principal, dentro del contexto general de un ECA sobre la eficacia del programa *Sonreír es divertido*, se han conducido entrevistas y grupos focales antes y después de la aplicación efectiva del tratamiento en pacientes, médicos de atención primaria y gestores del sistema de salud. Este trabajo tiene una deuda ideológica con el mundo anglosajón, especialmente el Reino Unido, cuyos desarrollos clínicos y asistenciales han influido fuertemente en la representación del sistema de atención a la salud mental que creemos podemos alcanzar y el programa de acción a seguir para lograrlo. No obstante, precisamente por ser conscientes de esta influencia, se ha buscado entender específicamente las características relevantes que en nuestro contexto asistencial y cultural particular deben ser consideradas para incrementar la posibilidad de que la psicoterapia asistida por ordenador sea aceptada, bien acogida, implementada con naturalidad en atención primaria y usada de forma satisfactoria por prescriptores y pacientes al servicio de la mejoría del tratamiento actual de la depresión. Así mismo, este proyecto es innovador al ser el primero de sus características en nuestro país.

La depresión representa en el momento actual uno de los mayores desafíos de salud pública al que tienen que hacer frente los sistemas nacionales de salud occidentales [4,38]. El estado actual de la situación nos cuesta anualmente a los europeos 118 billones de euros [44], por lo que buscar soluciones coste-efectivas es un objetivo de cierta transcendencia. Cuando su gravedad es de especificación leve y

moderada se puede alcanzar la remisión sintomática y la recuperación funcional mediante una importante variedad de aproximaciones psicoterapéuticas, incluida la psicoterapia asistida por ordenador tanto si se realiza con soporte de un especialista como completamente auto-administrada [27,30,46,73,91,92,108,118,121,122,125,132-134,143,149,150,151,167,170,180,204]. Además, tratar a tiempo y de una forma efectiva dichos cuadros clínicos ahorra los costes derivados, fundamentalmente, de la mala evolución de los trastornos cuando no son tratados o reciben un tratamiento inadecuado [14,31-33]. La psicoterapia asistida por ordenador representa una opción eficaz y coste-efectiva a considerar por el sistema nacional de salud para cubrir la brecha en el acceso a tratamiento psicológico por parte de la población aquejada de depresión mayor. Sus características la convierten en un tratamiento potencialmente accesible y generalizable, capaz de contribuir al descenso de las listas de espera de los servicios de salud mental, que aporta beneficios complementarios en las fases iniciales de los tratamientos tradicionales y cuya normalización y alcance está todavía en proceso de expansión [124,125,127,149,161,168,170,205].

Nuestros resultados muestran que la implementación de la psicoterapia asistida por ordenador para el abordaje de la depresión en atención primaria cuenta con una razonable aceptación por parte de los diversos agentes implicados en el proceso psicoterapéutico si se realizan ciertas aclaraciones, se explica adecuadamente y se implementa y procede bajo determinadas coordenadas. Todo ello, converge con otros estudios realizados en países y entornos asistenciales diferentes al nuestro [147-149,181-185]. En esta línea, como ocurre en cualquier tratamiento en el ámbito de la salud, el análisis de contenido temático dibuja un escenario donde existen tres fases claramente diferenciadas: las condiciones previas al tratamiento o de partida, las características propias del tipo de tratamiento y el entorno asistencial en el que se enmarca y, finalmente, la propia experiencia con el tratamiento. Se han registrado, sistematizado y categorizado diferentes variables que potencialmente actúan tanto como facilitadores como obstáculos de la implementación, provisión, adherencia, supervisión y eficacia del tratamiento aquí estudiado. Los diagramas de flujo presentados ayudan a tener un primer acercamiento a este punto. En condiciones ideales, satisfacer las necesidades implicadas en las diversas categorías emergentes conduciría a una implantación adecuada y armónica en el contexto asistencial de atención primaria, a un uso normalizado dentro del set de prescripciones habituales del médico de atención

primaria y a una experiencia terapéutica valorada por los pacientes y útil para resolver su problemática clínica. Al tiempo, cada una de las categorías plantea un problema específico a resolver si no se logra que en la práctica clínica la prestación de psicoterapia asistida por ordenador cubra dicha necesidad. Y, especialmente, tres de ellas se antojan cruciales desde la perspectiva de los diferentes agentes implicados en el proceso psicoterapéutico analizado.

La primera versa sobre la importancia que los médicos de atención primaria conceden a que la implantación de la psicoterapia asistida por ordenador no añada carga de trabajo a una práctica clínica ya de por sí sobrecargada [3,6-15,20-25,34] e incluso que la alivie mediante las propiedades positivas de un nuevo recurso asistencial [31-33,36-39,129,130]. Por su parte, los gerentes evaluados enfatizan los aspectos relacionados con incrementar el acceso a servicios sanitarios especializados para la población afectada por depresión de un modo coste-efectivo. En esta posición, probablemente, confluyen las presiones presupuestarias de las políticas sanitarias nacionales del período que transcurría entre 2012-2014 en conjunción con las recomendaciones tanto de los órganos nacionales como internacionales de organización y planificación sanitaria en materia de salud mental [3,13,14,17-19,38,39]. Finalmente, los pacientes esperan recibir un tratamiento individualizado y supervisado por un profesional especializado en su problema que, en cierta medida, podría suponer cierta inversión inicial en recursos asistenciales y/o en infraestructura en atención primaria para poder ser satisfecha. Aunque también existen modelos organizacionales y de funcionamiento que nos han enseñado que a veces menos es más y que se pueden lograr mejoras asistenciales con reorganizaciones de la dinámica previa, como demuestra la experiencia británica de interfaz entre atención primaria y salud mental que cristalizó en el programa IAPT y el desarrollo de los modelos de atención escalonados de la depresión [14,22,23,25,27,30-33,37,112-114]. Estas tres posiciones discursivas reflejan las diferentes expectativas en torno a lo que puede suponer una intervención de estas características, responden a intereses particulares, a diferentes necesidades, se encuentran en aparente conflicto y representan, en este trabajo, los tres principales obstáculos sobre los que actuar en un eventual proceso de implementación en atención primaria. Con el fin de superarlos habrá que encontrar un espacio común que permita resolver las diversas resistencias. De nuevo, pensamos que la respuesta proviene de la organización y planificación asistencial. Optimizar los procedimientos de atención,

cribado, diagnóstico y derivación en un modelo integrado, con diferentes niveles de intensidad asistencial y en un marco de colaboración entre atención primaria y salud mental, ha probado ser adecuado para equilibrar la carga asistencial, al tiempo que se procura acceso a tratamiento de calidad para los pacientes [37]. En suma, habremos logrado cumplir uno de los objetivos de esta tesis doctoral si el lector, en primer lugar, comparte la idea de que trabajar mejor no siempre es necesariamente más caro y, en segundo lugar, si se ha logrado trasladar la evidencia de que invertir en el tratamiento de la depresión redonda en un descenso de su carga económica y social a través de una mejor evolución de los pacientes y la recuperación de su capacidad funcional [14,31,33,36,113-115,130].

El segundo de los estudios que integra esta tesis doctoral amplía el foco de análisis del primer estudio en lo relativo a la experiencia interactiva de los pacientes con una modalidad de psicoterapia asistida por ordenador totalmente auto-administrada, sin apoyo humano, y apuntala la posición discursiva de los participantes sobre la importancia de recibir una atención personalizada y con cierta presencia de un profesional especializado en salud mental. Como ya señalamos en su lugar, *Sonreír es divertido* obtiene unas tasas de remisión clínica significativas, es superior en el seguimiento al tratamiento habitual en atención primaria, presenta un nivel de discontinuidad adecuado para este tipo de estudios, en torno al 30%, y no se aprecian diferencias significativas entre las condiciones totalmente auto-administrada y parcialmente apoyada por un psicoterapeuta [167]. En el análisis cualitativo se han introducido pacientes con características heterogéneas, en cuanto a su grado de recuperación clínica y en función de su asignación a la condición con y sin soporte de baja intensidad, con el objetivo de evaluar si existían diferencias discursivas vinculadas a dichos aspectos. Sin embargo, el modelo emergente (figura 2) resulta ser de consenso para todos los participantes. Ello es debido, probablemente, al hecho de haber utilizado la misma guía de especificación (tabla 4) en la conducción de las entrevistas y grupos focales en ambos estudios. Quizá un enfoque dirigido a evaluar dichos aspectos de manera exhaustiva nos hubiera aportado más información al respecto, aunque también cabe considerar el balance entre generalidad y especificidad, ya que de haber optado por dicha especificidad tal vez se hubiera abortado la emergencia de un modelo global de la experiencia con la psicoterapia asistida por ordenador que era el objetivo principal del estudio. En consecuencia, lo que los datos arrojan en relación a dichos aspectos es que

gran parte de los abandonos, en coherencia con la literatura, se produjeron por motivos personales que llevaron a ni siquiera iniciar el tratamiento [184,197] y que el desuso de la estrategia de apoyo vía e-mail se puede deber a la falta de explicación o comprensión de los participantes que acabaron por interpretarla como poco útil.

La experiencia de los participantes ofrece un escenario esperado por algunos autores, especialmente aquellos que señalan que las diversas formas de psicoterapia asistida por ordenador adolecen de un excesivo énfasis técnico en contraposición a factores relacionales como la alianza terapéutica [203]. Ésta no es una crítica menor ya que es un dato consistente y bien establecido en investigación en psicoterapia que la calidad de la alianza terapéutica en las primeras sesiones es el mejor predictor del éxito de un tratamiento psicoterapéutico [165,200-203,206]. Por ejemplo, en la última actualización y revisión de la evidencia disponible en el campo de la psicoterapia de la depresión, Lambert señala que hasta el 49% del cambio clínico se explica por factores atribuibles a la alianza terapéutica, mientras que sólo un 17% puede atribuirse a los factores técnicos o específicos del tipo de terapia implementada [206]. Es decir, atender a la calidad de la relación entre el sistema de psicoterapia y el paciente es a menudo más transcendental que el enfoque técnico de intervención o la orientación teórica que lo guía [165,207]. En este sentido, nuestros resultados son coherentes con dicho bagaje empírico al obtener un modelo emergente donde gran parte de las categorías y subcategorías se organizan en torno a un modelo de alianza terapéutica que cristaliza en la definición tripartita de la alianza de Bordin que, en la actualidad, constituye el modelo de consenso en el campo de la psicoterapia y la investigación sobre procesos psicoterapéuticos [165,200-203,206-209]. Con las debidas cautelas, propias de las diferencias evidentes entre la interacción con un psicoterapeuta y un programa informático, puede considerarse que *Sonreír es divertido* funciona mediante mecanismos de cambio comunes con la psicoterapia tradicional. En la definición original de Bordin [208] la alianza terapéutica se define como la colaboración entre el cliente y el terapeuta en la construcción de un vínculo de apego, un acuerdo en las tareas y un compromiso con los objetivos del tratamiento. Bordin entendía que la alianza terapéutica es un esfuerzo colaborativo entre paciente y terapeuta que constituye de facto la relación de ayuda que supone la psicoterapia [208,209]. La investigación posterior ha puesto de manifiesto que la alianza terapéutica es la quintaesencia de los movimientos integradores en psicoterapia siendo una variable transteórica presente en

cualquier tipo de relación de ayuda, psicoterapia o tratamiento que implique una relación interactiva entre dos agentes [165,200-203,206,207]. La emergencia de un modelo de estas características en el discurso de los participantes es coherente con el hecho de que el tratamiento haya probado ser eficaz en el ECA destinado al respecto. Es decir, nos parece lógico que en el análisis del proceso de una psicoterapia que ha sido eficaz para su cometido surjan elementos relativos a la alianza terapéutica y su importancia como agente facilitador del cambio sintomático.

Por otro lado, si bien los datos de adherencia del ECA son adecuados y los esperables en un ensayo clínico de estas características [167], los pacientes señalan con énfasis que la presencia de un referente del programa que realiza diversas actividades de soporte y apoyo es clave para minimizar el riesgo de discontinuidad con el tratamiento en diversos momentos sensibles o críticos que encontraron a lo largo del proceso psicoterapéutico. Si bien ya hemos señalado que la eficacia de los programas auto-administrados es aceptable, ésta se ve comprometida por la presencia de un referente que guía el proceso [125,132,143-145,150]. En este punto, se hace obligado subrayar que la psicoterapia asistida por ordenador y la tradicional es probable que se asemejen en los mecanismos de cambio implicados y el grado de eficacia especialmente cuando existe dicha presencia de referencia, más que cuando el proceso es totalmente auto-administrado por los pacientes. En este sentido, los pacientes señalan sistemáticamente en su discurso que dicha presencia aportando soporte emocional hubiera facilitado la dimensión vínculo de la alianza y que mediante el soporte teórico-técnico propio de los especialistas en salud mental se hubieran ajustado mejor a las otras dimensiones de la alianza terapéutica, objetivos y tareas. De este modo, se promueve el vínculo a través de la construcción conjunta de los objetivos del tratamiento y mediante la resolución de algunas dudas específicas en torno a las prescripciones y tareas promovidas por el ordenador. Sin duda, a pesar de tener que relacionarse con un programa informático sistematizado y con cierta dificultad para la flexibilidad, se puede lograr satisfacer la necesidad de atención personalizada e individualizada que finalmente conduce a maximizar la vinculación con la psicoterapia asistida por ordenador (adherencia) preservando el compromiso necesario para lograr la remisión sintomática.

No obstante, el ECA demuestra la eficacia del programa completamente auto-administrado. En términos duros de laboratorio puede parecer que la psicoterapia asistida por ordenador puede trasladarse sin mayores matices a la atención primaria en

un formato de prescripción por el médico de atención primaria y auto-aplicación por parte del usuario del sistema de salud con depresión leve y moderada. Sin embargo, a la luz de los resultados probablemente proceder de esa manera no sería lo más adecuado para lograr el objetivo de promover la máxima efectividad de dicho tratamiento en la práctica clínica normal. No sólo por los conocidos y habituales desfases en la generalización de los hallazgos de las investigaciones a los contextos clínicos reales, sino porque los propios médicos señalan que esa función de presencia esperan que la cubran los especialistas en salud mental. De nuevo, cierta interfaz entre atención primaria y salud mental se hace evidente al respecto del éxito y recorrido que puedan tener este tipo de intervenciones en atención primaria. Ahondando un poco más en los motivos para que este tipo de psicoterapia goce de cierta supervisión especializada, cabe citar los datos relativos a la práctica clínica derivados del modelo IAPT, donde *Beating the Blues* se ofrece en un formato auto-guiado por el paciente. Estudios recientes señalan que las tasas de discontinuidad en los tratamientos de baja intensidad son notables [184,197,198,210,211]. Evidentemente, estos datos son tributarios de un análisis exhaustivo multifactorial, pero nuestros resultados sugieren consistentemente que la presencia de un especialista en salud mental, tanto desde la perspectiva de los médicos como de los pacientes, es crucial de cara a implementar la psicoterapia asistida por ordenador con éxito en atención primaria. El *cómo* es una cuestión empírica que excede los objetivos del presente trabajo, que habrá que determinar en futuros estudios y que probablemente implicará cuestiones relativas a las relaciones de colaboración entre atención primaria y salud mental. Aunque parece razonable el planteamiento parcialmente emergente en el discurso de los participantes en este estudio, especialmente los pacientes, de que los especialistas en salud mental acojan la demanda de los pacientes, indiquen la idoneidad de un tratamiento asistido por ordenador y de una manera puntual den apoyo a los pacientes en la relación interactiva con el programa. Este modelo podría incrementar la cantidad de pacientes que atienden los profesionales, pero al tiempo permitiría reducir el número de visitas destinadas a lograr la recuperación clínica al recaer el peso de la intervención sobre la plataforma informática. En definitiva, si conseguimos que los pacientes que confían en nosotros trasladen esa confianza a la psicoterapia asistida por ordenador, ésta se encontrará en una situación de mayor capacidad para ser efectiva y nosotros en la disposición de tiempo para atender a nuevos pacientes. Sin ser el remedio que nos gustaría para paliar

la excesiva carga por depresión que existe en la sociedad, es una solución creativa y coste-efectiva.

4.2 Conclusiones

Nuestros resultados muestran cuán importante es para los médicos de atención primaria que la implementación de la psicoterapia asistida por ordenador no redunde en un exceso de carga de trabajo para ellos, sino que incluso la reduzca. Por su parte, los gestores subrayan la importancia de mejorar el acceso a tratamiento para los usuarios mediante mecanismos que resulten coste-efectivos. Por último, los pacientes esperan recibir una atención individualizada y especializada que, hasta cierto punto, implica cierta necesidad de invertir en recursos asistenciales y/o proceder a reorganizaciones estructurales y funcionales de los disponibles. Estas perspectivas particulares, en aparente conflicto, requieren de un espacio común donde puedan articularse adecuadamente convergiendo en el mismo objetivo común, el incremento en el acceso a tratamiento de calidad para los afectados por depresión en el ámbito de atención primaria. Un punto de partida podría ser la optimización de los recursos disponibles en un modelo de atención integrado, colaborativo entre atención primaria y salud mental, y escalonado en cuanto al flujo de derivaciones y el acceso a tratamiento por parte de los pacientes [37,212].

Se puede considerar que la presente investigación pivota sobre dos grandes atractores. Por un lado, la necesidad de una interacción individualizada que permita la construcción de una alianza terapéutica adecuada y, por otro lado, los procesos de estandarización de la psicoterapia que deben prevenir la sobrecarga de los médicos de atención primaria al tiempo que se optimiza su coste-efectividad. Para conjugar y balancear ambas tendencias debería entenderse la psicoterapia asistida por ordenador como una intervención complementaria, no sustitutiva, que permite reducir el número de contactos con el especialista sin llegar a eliminar su necesidad e importancia. Desde esta perspectiva, de consenso para los tres agentes implicados en el proceso, creemos que se podría mejorar el tratamiento actual de la depresión en atención primaria mediante la supervisión de una mayor cantidad de pacientes en un menor número de

visitas individuales, ofreciendo una solución parcial al problema del acceso a tratamiento, descargando las listas de espera y sin agregar una excesiva carga de trabajo a los especialistas en salud mental.

En cualquier caso, la investigación sobre psicoterapia asistida por ordenador como opción terapéutica para la depresión está dando sus primeros pasos, especialmente en nuestro país. Estudios como el presente son necesarios para introducir armónicamente este tipo de intervenciones en atención primaria [212]. No atender a los diversos agentes implicados, a las necesidades específicas que se relacionan con la aceptación, prescripción y adherencia de la psicoterapia asistida por ordenador, pueden impedir que las virtudes potenciales de reorganizar el sistema asistencial, con la escusa de la psicoterapia asistida por ordenador, se expresen en una mejor atención a la salud mental y en un descenso de la carga personal, familiar, social, asistencial y económica derivada de la mala evolución de los cuadros depresivos de nuestros pacientes [213].

V. REFERENCIAS

- [1] Delclós J, Plana M, García S, Vila D, López JC, Benavides FG et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010; 13:180-87.
- [2] López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press; 2006.
- [3] World Health Organization (WHO). *The global burden of disease*. Gêneve: WHO; 2001.
- [4] Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med*. 2013; 10(11):e1001547. doi:10.1371/journal.pmed.1001547.
- [5] Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van den Haute et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004; 78(1):49-55.
- [6] Anseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: The GADIS study. *Eur Psychiatry*. 2005; 20(3):229-35.
- [7] Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004; 34:21-35.
- [8] Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal M, Porras A et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999; 23(5):275-79.
- [9] Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Ment*. 2012; 35(4):315-28.
- [10] Ruíz-Doblado S. Prevalence of depressive symptoms and mood disorders in primary care: a Spanish rural-study. *Int J Soc Psychiatry*. 1999; 45(3):180-89.
- [11] Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45(2):201-10.

- [12] Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(5):636-44.
- [13] Lehtinen V, Riikonen E, Latineen E. Promotion of mental health on the European agenda. Report. Finnish ministry of social affairs and health: Department for Prevention and Health Promotion; 2000.
- [14] Layard R, Clark DM. *Thrive: How better mental health care transforms lives and saves money*. London: Penguin Press; 2015.
- [15] Ortiz-Lobo A, González-González R, Rodríguez-Salvanés F. La derivación a salud mental en pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006; 38(10):563-69.
- [16] Villalba E, Caballo L. Estudio sobre el uso del tratamiento con antidepresivos realizado por los médicos de atención primaria. *Semergen*. 2006; 32(9):427-432.
- [17] OMS. Declaración de Helsinki: Conferencia ministerial de la OMS para la salud mental. 2005. Consultado el 1 de mayo de 2016 desde: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
- [18] WHO, WONCA. Integrating mental health into primary care. A global perspective. 2008. Consultado el 1 de mayo de 2016 desde: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- [19] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- [20] Scharanger J, Molina M. El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud de Chile. *Rev Pan Salud Pública*. 2007; 22(3):149-59.
- [21] Berlinck M, Magatz A, Teixeira M. A reforma psiquiatrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latin Psicopatol Fund*. 2008; 1(1):21-28.
- [22] Gask L. Improving the quality of mental health care in primary care settings: a view from the United Kingdom. *Eur Psychiatry*. 2007; 21(1):17-24.
- [23] Turpin G, Richards D, Hope R, Duffy R. Mejorando el acceso a las terapias psicológicas: una iniciativa nacional para asegurar la prestación de terapias de alta calidad basadas en la evidencia. *Papeles Psicol*. 2008; 29(3):271-80.

- [24] Sánchez-Reales S, Tornero Gómez MJ, Martín Oviedo P, Redondo Jiménez M, Del Arco Jódar R. *Psicología Clínica en Atención Primaria: descripción de un año de asistencia*. *Semergen*. 2015; 41(5):254-60.
- [25] Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009; 47(11):910-20.
- [26] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Anxiety: management of anxiety (Panic Disorder with and without Agoraphobia, and Generalized Anxiety Disorder) in primary, secondary and community care*. Clinical Guideline 22. London: NICE; 2004.
- [27] NICE. *Depression: management of depression in primary, secondary and community care*. Clinical Guideline 23. London: NICE; 2004.
- [28] NICE. *Obsessive-Compulsive Disorder: core interventions in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. Clinical Guideline 31. London: NICE; 2005.
- [29] NICE. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Clinical Guideline 26. London: NICE; 2005.
- [30] NICE. *Computerized Cognitive Behavior Therapy for Depression and Anxiety*. Technology Appraisal 97. London: NICE; 2006.
- [31] Layard R, Bell S, Clark DM, Knapp M, Meacher M, Priebe S et al. *The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders*. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. London: London School of Economics; 2006.
- [32] Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011; 23:375-84.
- [33] Department of Health. *IAPT three-year report. The first million patients*. 2012. Consultado el 2 de mayo de 2016 desde: <http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/iapt-3-year-report.pdf>
- [34] Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. *Tiempos durante la visita médica en atención primaria*. *Aten Primaria*. 2004; 33(9):496-502.

- [35] Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of metaanalyses. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71(6):706-15.
- [36] Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3:415-24.
- [37] Davidson G. Stepped care: doing more with less? *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68:580-85.
- [38] World Health Organization (WHO). Depression. Gèneve: WHO; 2013.
- [39] WHO. Mental health action plan 2013-2020. Gèneve: WHO; 2012.
- [40] Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34:119-38.
- [41] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289(23):3095-105.
- [42] Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010; 120(1-3):76-85.
- [43] Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K. The MHEEN Group. Mental health and employment: an overview of patterns and policies across Western Europe. *J Ment Health*. 2007; 16(2):195-209.
- [44] Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006; 9(2):87-98.
- [45] 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.
- [46] 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.

- [47] 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):331-43.
- [48] Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: a new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet.* 2012; 379(9820):1045-55.
- [49] Adán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria.* 2010; 42(1):47-49.
- [50] Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33:846-61.
- [51] Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2012; 200(4):275-81. doi:10.1192/bjp.bp.111.095950.
- [52] Wu LT, Anthony JC. The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *J Affect Disord.* 2000; 60:159-71.
- [53] Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman AT. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand.* 2010; 122:184-91.
- [54] Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2008; 10:458-64.
- [55] Hammen C. *Depression.* Hove, UK: Psychology Press; 1997.
- [56] Roth A, Fonagy P. *What works for whom. A critical review of psychotherapy research.* New York: Guilford; 1996.
- [57] Gonçalves F. Curso evolutivo de la depresión. En: Rodríguez Vicente JM, coordinador. *Guía de buena práctica en algoritmos de decisión en depresión.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. p. 115-26.
- [58] Eccleston D, Scott J. Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 1991; 6Suppl2:3-10.
- [59] Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord.* 1999; 54:139-47.
- [60] Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011; 7:269-95.

- [61] Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(10):1113-20.
- [62] Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychother Psychosom*. 2004; 73(3):158-65.
- [63] Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(8):969-77.
- [64] De Raedt R, Koster EH. Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: a reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2010; 10(1):50-70.
- [65] 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(2):445-51.
- [66] Melchior M, Chastang JF, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H et al. Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow up of the GAZEL cohort study. *Mol Psychiatry*. 2013; 18(1):112-21.
- [67] Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10):1552-62.
- [68] Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(1):29-36.
- [69] Jang KL. *The behavioral genetics of psychopathology: a clinical guide*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2005.
- [70] Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010; 12(6):539-46.
- [71] Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 151(3):821-30.
- [72] Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.*

- [73] 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. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014.
- [74] Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Prospective study of risk factor for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:314-18.
- [75] Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 147(1-3):17-28.
- [76] Romera I, Montejo AL, Aragonés E, Arbesú JA, Iglesias-García C, López S et al. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: a pragmatic cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:83. doi:10.1186/1471-244X-13-83.
- [77] Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- [78] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington, VA: Author; 2013.
- [79] Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: a meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Fam Pract*. 2011; 12:47.
- [80] Muñiz J, Fernández-Hermida JR. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles Psicol*. 2010; 31(1):108-21.
- [81] Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis Modif Cond*. 2003; 29:239-88.
- [82] Sanz J, Perdigón LA, Vázquez C. Adaptación española del Inventario de la Depresión de Beck (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clín Salud*. 2003; 14(3):249-80.

- [83] Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): 3. Propiedades en pacientes con trastornos psicológicos. *Clín Salud*. 2005; 16(2):121-42.
- [84] Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal Psicol*. 2013; 29(1):66-75.
- [85] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23:56-62.
- [86] Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(18):693-700.
- [87] Díez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001; 63(4):679-86.
- [88] Aragonès E, Masdèu RM, Cando G, Coll G. [Diagnostic validity of Zung's self-rating depression scale on primary care patients]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2001; 29(5):310-16.
- [89] Frances A. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow (Harper Collins); 2013.
- [90] Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2011.
- [91] Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011; 65(6):354-64.
- [92] Karasu TB, Gelenberg A, Merriam A, Wang P. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. 2nd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [93] Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. 4th edition. New York, NY: Guilford Press; 2008.
- [94] Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(1):17-31.

- [95] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979.
- [96] Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74(4):658-70.
- [97] Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analyses system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Eng J Med*. 2000; 342(20):1462-70.
- [98] Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(4):615-23.
- [99] Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments. A STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(5):739-52.
- [100] Kuehner C. An evaluation of the “Coping with depression course” for relapse prevention with unipolar depressed patients. *Psychother Psychosom*. 2005; 74:254-9.
- [101] Lewinsohn PM, Clarke GN, Hoberman HM. The coping with depression course: review and future directions. *Can J Behav Sci*. 1989; 21:470-93.
- [102] Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(12):1256-64.
- [103] Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal psychotherapy of depression. New York, NY: Basic Books; 1984.
- [104] Weissman MM, Markovitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York, NY: Basic Books; 2000.
- [105] Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients’ depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(3):337-43.

- [106] NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23: amendments to recommendations concerning venlafaxine. London: NICE; 2007.
- [107] Nezu AM. A problem-solving formulation of depression: a literature review and proposal of a pluralistic model. *Clin Psychol Rev.* 1987; 7:121-44.
- [108] Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2007; 22(1):9-15.
- [109] Pérez Álvarez M, García Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema.* 2001; 13(3):493-510.
- [110] Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Activación conductual para la depresión: una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2013.
- [111] Ekers D, Richards D, McMillan D, Bland J, Gibody S. Behavioural activation delivered by the nonspecialist: Phase II randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011; 198(1):66-72.
- [112] Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ.* 2005; 330:839-42.
- [113] van Straten A, Seekles W, van 't Veer-Tazelaar NJ, Beekman AT, Cuijpers P. Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how. *Med J Aust.* 2010; 192(11):S36-9.
- [114] Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry.* 2005; 186:11-7.
- [115] Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry.* 2004; 184:526-33.
- [116] Meredith LS, Cheng WJY, Hickey SC, Dwight-Johnson M. Factors associated with primary care and clinician's choice of watchful approach to managing depression. *Psychiat Serv.* 2007; 58:72-8.
- [117] Hegel MT, Oxman TE, Hull JG, Swain K, Swick H. Watchful waiting in primary care: remission rates and predictors of improvement. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006; 28:205-12.
- [118] Scogin FR, Hanson A, Welsh D. Self-administered treatment in stepped care models of depression treatment. *J Clin Psychol.* 2003; 59:341-9.

- [119] Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial. *Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. BMJ.* 2000; 321(7274):1450-4.
- [120] Ong SH, Caron A. Family-based psychoeducation for children and adolescent with mood disorders. *J Child and Family Studies.* 2008; 17:809-22.
- [121] Cuijpers P. A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analyses of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. *Behav Ther.* 1998; 29:521-33.
- [122] Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA et al. Initial severity and differential treatment outcome in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol.* 1995; 63(5):841-7.
- [123] Mains JA, Scogin FR. The effectiveness of self-administered treatments: a practice-friendly review of the research. *J Clin Psychol/In Session: Psychother Pract.* 2003; 59:237-46.
- [124] Wootton R, Craig J, Patterson J. *Introduction to Telemedicine.* London: Royal Society of Medicine Press; 2006.
- [125] Cuijpers P, Riper H. Internet interventions for depressive disorders: an overview. *Rev Psicopatol Psicol Clín.* 2014; 19(3):209-16.
- [126] Cotterill PG, Thomas FG. Prospective payment for medicare inpatient psychiatric care: assessing the alternatives. *Health Care Financ R.* 2004; 26:85-101.
- [127] Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P, Christensen H, Griffiths KM, Kavanagh DJ et al. *Oxford guide to Low Intensity CBT Interventions.* Oxford: Oxford University Press; 2010.
- [128] McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74:595-602.
- [129] Emmelkamp PM, David D, Beckers T, Muris P, Cuijpers P, Lutz W et al. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014; 23(1):58-91. doi:10.1002/mpr.1411.
- [130] Kazdin AE, Blase SL. Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden mental illness. *Perspect Psychol Sci.* 2011; 6(1):21-37.

- [131] Junge MN, Lehr D, Bockting CLH, Berking M, Riper H, Cuijpers P et al. For whom are internet-based occupational mental health interventions effective? Moderators of internet-based problem-solving. *Internet Interv.* 2015; 2(1):39-47.
- [132] Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2009; 38:196-205.
- [133] Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analyses. *World Psychiatry.* 2014; 13:288-95.
- [134] Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analyses and pilot implementation. *PLoS ONE.* 2010; 5:e13196.
- [135] Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2012; 32:329-42.
- [136] Burns MN, Begale M, Duffecy J, Gergle D, Karr CJ, Giangrande E et al. Harnessing context sensing to develop a mobile intervention for depression. *J Med Internet Res.* 2011; 13(3):e55. doi:10.2196/jmir.1838.
- [137] Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, Everitt B, Marks I, Gray JA. Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychol Med.* 2003; 33(2):217-27.
- [138] Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. *J Clin Psychol.* 2004; 60:239-51.
- [139] Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomized controlled trial. *BMJ.* 2004; 328(7434):265.
- [140] Botella C, García-Palacios A, Baños R, Quero S. Tratamiento psicológico de la depresión: aplicación presencial y online. Madrid: Síntesis; En prensa 2016.
- [141] López-del-Hoyo Y, Oliván B, Luciano JV, Mayoral F, Roca M, Gili M et al. Low intensity vs. self-guide Internet-delivered psychotherapy for major depression: a multicenter, controlled, randomized study. *BMC Psychiatry.* 2013; 13:21. doi:10.1186/1471-244X-13-21.
- [142] Pérez Yus MC. Eficacia de un programa de psicoterapia por ordenador para el tratamiento de la depresión en atención primaria [tesis doctoral sin publicar]. Universidad de Zaragoza; 2015.

- [143] Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2008; 193(3):181-4.
- [144] Marks I, Cavanagh K. Computer-aided psychological treatments: evolving issues. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5:121-41.
- [145] Marks I, Cavanagh K, Gega L. Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble? *Br J Psychiatry*. 2007; 191:471-3.
- [146] Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S et al. Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2009; 374:628-34.
- [147] Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavior therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med*. 2009; 39:705-12.
- [148] Kaltenthaler E, Sutcliffe E, Parry G, Beverley C, Rees A. The acceptability to patients of computerized cognitive behavior therapy for depression: a systematic review. *Psychol Med*. 2008; 38:1521-30.
- [149] Titov N. Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41:95-114.
- [150] Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2007. 37(3):319-28.
- [151] Cuijpers P, Donker T, Johansson R, Mohr DC, van Straten A, Andersson G. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2011; 6:e21274.
- [152] Titov N, Dear BF, Johnston L, Lorian C, Zou J, Wootton B. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013; 8:e62873.
- [153] Donker T, Bennett K, Bennett A, Mackinnon A, van Straten A, Cuijpers P et al. Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus Internet-delivered cognitive behavioural therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *J Med Internet Res*. 2013; 15:e82.
- [154] Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Whitton AE, Parker G, Manicavasagar V et al. Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a

- randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:312. doi:10.1186/1471-244X-13-312.
- [155] aan het Rot M, Hogenelst K, Schoevers RA. Mood disorders in everyday life: a systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(6):510-23. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.007.
- [156] Cavanagh K, Shapiro DA, Van den Berg S, Swain S, Barkham M, Proudfoot J. The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *Br J Clin Psychol*. 2006; 45(4):499-514.
- [157] Renton T, Tang H, Ennis N, Cusimano MD, Bhalerao S, Schweizer et al. Web-based interventions programs for depression: a scoping review and evaluation. *J Med Internet Res*. 2014; 16(9):e209. doi:10.2196/jmir.3147.
- [158] Internet World Stats. Internet usage statistics. The internet big picture. World internet users and 2015 population stats. 2015. Consultado el 1 de julio de 2016 desde: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>
- [159] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. 2015. Consultado el 15 de junio de 2016 desde: <http://www.ine.es/prensa/np933.pdf>
- [160] Fundación Telefónica. Informe Sociedad de la Información en España 2015 siE[15]. 2015. Consultado el 1 de julio de 2016 desde: http://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/sociedad-de-la-informacion/informe-sie-espana2015
- [161] Norcross JC, Pfund RA, Prochaska JO. Psychotherapy in 2022: a Delphi poll on its future. *Prof Psychol Res Pr*. 2013; 44(5):363-70.
- [162] Ellison NB, Steinfield C, Lampe C. The benefits of facebook “friends”: social capital and college students. Use of on-line social network sites. *J Comput Mediat Commun*. 2007; 12(4):1143-68.
- [163] Papacharissi Z. *A Networked Self. Identity, Community, and Culture on Social Network Sites*. New York, NY: Taylor & Francis; 2011.
- [164] Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using Experience Sampling Methods/Ecological Momentary Assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special section. *Psychol Assess*. 2009; 21:457-62.
- [165] Hill CE, Knox S. Processing the therapeutic relationship. *Psychother Res*. 2009; 19(1):13-29.

- [166] Opriş D, Pinteá S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi S, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2012; 29(2):85-93.
- [167] Montero-Marín J, Araya R, Pérez-Yus MC, Mayoral F, Gili M, Botella C et al. An internet-based intervention program for depression in primary care in Spain: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016; 18(8):e231.
- [168] Kleiboer A, Donker T, Seekles W, van Straten A, Riper H, Cuijpers P. A randomized controlled trial on the role of support in internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behav Res Ther*. 2015; 72:63-71.
- [169] Berger T, Hämmerli K, Gubser N, Andersson G, Caspar F. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cogn Behav Ther*. 2011; 40(4):251-66.
- [170] Montero-Marín J, Prado-Abril J, Botella C, Mayoral-Cleries F, Baños R, Herrera-Mercadal P et al. Expectations among patients and health professionals regarding web-based interventions for depression in primary care: a qualitative study. *J Med Internet Res*. 2015; 17(3):e67.
- [171] Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of qualitative research*. Los Angeles, CA: SAGE; 1994.
- [172] Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis; 2003.
- [173] Ibañez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI; 1986.
- [174] Callejo J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel; 2001.
- [175] Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
- [176] World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964/2013. Consultado el 17 de julio de 2016 desde: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- [177] World Psychiatric Association. Declaración de Madrid. 1996/2002. Consultado el 17 de julio de 2016 desde: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=4&content_id=49
- [178] Ferrando L, Franco A, Bobes J. *MINI International Neuropsychiatric Interview*. Madrid: Instituto IAP; 1998.

- [179] Krueger RA. Is it a focus group? Tips on how to tell. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006; 33:363-66.
- [180] Montero-Marín J, Carrasco JM, Roca M, Serrano-Blanco A, Gili M, Mayoral F et al. Expectations, experiences and attitudes of patients and primary care health professionals regarding online psychotherapeutic interventions for depression: protocol for a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2013; 13:64. doi:10.1186/1471-244X-13-64.
- [181] Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavior therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med.* 2009; 39:705-12.
- [182] Beattie A, Shaw A, Kaur S. Primary care patients expectations and experiences of online cognitive behavioral therapy for depression: a qualitative study. *Health Expect.* 2009; 12:45-49.
- [183] Barney LJ, Griffiths KM, Banfield MA. Explicit and implicit information needs of people with depression: a qualitative investigation of problems reported on an online depressed support forum. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:88.
- [184] Gerhards SA, Abma TA, Arntz A, de Graf LE, Evers SM, Huibers MJ et al. Improving adherence and effectiveness of computerized cognitive behavioral therapy without support for depression: a qualitative study on patient experiences. *J Affect Disord.* 2011; 129(1-3):117-25.
- [185] Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Zetterqvist K, Andersson G. Experiences of guided internet-based cognitive-behavioral treatment for depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:107.
- [186] de la Cuesta-Benjumea C. La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin.* 2011; 21(3):163-67.
- [187] Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Methods.* 2002; 1:13-22.
- [188] Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *Br Med J.* 2000; 320:114-16.
- [189] Piñuel JL. Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estud Sociol.* 2002; 3:1-42.
- [190] Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research.* 2nd ed. London: SAGE; 1998.

- [191] Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine; 1967.
- [192] Montero-Marín J, García-Campayo J, Mosquera Mera D, López del Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol*. 2009; 4:31. doi:10.1186/1745-6673-4-31.
- [193] Berg BL. *Qualitative research methods for the social sciences*. 6th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2007.
- [194] Silverman D. *Doing qualitative research: a practical handbook*. 2nd ed. Los Angeles, CA: SAGE; 2005.
- [195] Alonso LE. *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
- [196] Phillips N, Hardy C. *Discourse analyses. Investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2002.
- [197] van Ballegooijen W, Cuijpers P, van Straten A, Karyotaki E, Andersson G, Smit JH et al. Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2014; 9(7):e100674.
- [198] Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res*. 2009; 11(2):e13.
- [199] Chambless DL, Hollon S. Defining empirically-supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66:7-18.
- [200] Hilsenroth MJ. Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: a return to beginning. *Psychother*. 2013; 50:1-2.
- [201] Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. *Psychother*. 2011; 48:4-8.
- [202] Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychother*. 2011; 48:98-102.
- [203] Barazzone N, Cavanagh K, Richards DA. Computerized cognitive behavioural therapy and the therapeutic alliance: a qualitative enquiry. *Br J Clin Psychol*. 2012; 51(4):396-417.
- [204] Kabat-Zinn J, Torrijos F, Skillings AH, Blacker M, Mumford GT, Levi Alvares D et al. Delivery and effectiveness of a dual language (English/Spanish) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Mindfulness Compassion*. 2016; 1(1):2-13.

- [205] López-Montoyo A, Modrego-Alarcón M, Morillo H, García-Campayo J, Quero S. Programas de ordenador basados en mindfulness. Una revisión de la literatura médica. *Mindfulness Compassion*. 2016; 1(1):23-30.
- [206] Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En: Lambert MJ (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. 6ª ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2013. p. 169-218.
- [207] Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*. 2011; 2:270.
- [208] Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract*. 1979; 16(3):252-60.
- [209] Bordin E. Theory research on the therapeutic working alliance: new directions. En: Horvarth A y Greenberg L (Eds.). *The working alliance: theory, research and practice*. Nueva York: Wiley; 1994. p. 13-37.
- [210] Chan SW, Adams M. Service use, drop-out rate and clinical outcomes: a comparison between high and low intensity treatments in an IAPT service. *Behav Cogn Psychother*. 2014; 42(6):747-59.
- [211] Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behav Res Ther*. 2013; 51(9):597-606.
- [212] Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H. e-CBT (myCompass), antidepressant medication, and face-to-face psychological treatment for depression in Australia: a cost-effectiveness comparison. *J Med Internet Res*. 2015; 17(11):e255.
- [213] Ebert DD, Lehr D, Baumeister H, Boß L, Riper H, Cuijpers P et al. GET.ON Mood Enhancer: efficacy of internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15:39.

VI. ANEXOS

Original Paper

Expectations Among Patients and Health Professionals Regarding Web-Based Interventions for Depression in Primary Care: A Qualitative Study

Jesús Montero-Marín^{1,2,3,4}, PhD; Javier Prado-Abril⁵; Cristina Botella^{4,6}, PhD; Fermin Mayoral-Cleries⁷, PhD; Rosa Baños^{4,8,9}, PhD; Paola Herrera-Mercadal^{2,3,4}; Pablo Romero-Sanchiz⁷, PhD; Margalida Gili^{2,10}, PhD; Adoración Castro^{2,10}; Raquel Nogueira¹¹, PhD; Javier García-Campayo^{2,3,4,12}, PhD

¹Faculty of Health and Sports, University of Zaragoza, Huesca, Spain

²REDIAPP "Research Network on Preventative Activities and Health Promotion" (RD06/0018/0017), Zaragoza, Spain

³IIS Aragon: Health Research Institute, Zaragoza, Spain

⁴Red de Excelencia PROMOSAM (PSI2014-56303-REDT). MINECO, Madrid, Spain

⁵Psychosocial Rehabilitation and Recovery Center, Mental Health Service, Santa Maria Hospital, GSS "Gestió de Serveis Sanitaris", Lerida, Spain

⁶Department of Basic Psychology, Clinic and Psychobiology, University Jaume I, Castellon, Spain

⁷UGC Salud Mental, Hospital Regional Universitario, Instituto de Biomedicina, Málaga, Spain

⁸CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBn), Instituto Salud Carlos III, Santiago de Compostela, Spain

⁹Department of Personality, Evaluation and Psychological Treatment, University of Valencia, Valencia, Spain

¹⁰Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS), University of Balearic Islands, Mallorca, Spain

¹¹Department of Personality, Assessment and Psychological Treatment, University of Málaga, Málaga, Spain

¹²Psychiatry Service, Miguel Servet University Hospital, Zaragoza, Spain

Corresponding Author:

Javier García-Campayo, PhD

Psychiatry Service

Miguel Servet University Hospital

Avda Isabel La Católica 1

Zaragoza, 50009

Spain

Phone: 34 976253621

Fax: 34 976254006

Email: jgarcamp@gmail.com

Abstract

Background: One-quarter of the world's population will suffer from depression symptoms at some point in their lives. Mental health services in developed countries are overburdened. Therefore, cost-effective interventions that provide mental health care solutions such as Web-based psychotherapy programs have been proposed.

Objective: The intent of the study was to identify expectations regarding Web-based psychotherapy for the treatment of depression in primary care among patients and health professionals that might facilitate or hinder its effects.

Methods: The expectations of untreated patients and health professionals were examined by means of interviews and focus groups. There were 43 participants (20 patients with mild and moderate levels of depression, 11 primary care physicians, and 12 managers; 22 of them for interviews and 21 for groups). A thematic content analysis from the grounded theory for interviews, and an analysis of the discursive positions of participants based on the sociological model for groups were performed. Interpretations were achieved by agreement between three independent analysts.

Results: All participants showed a good general acceptance of Web-based psychotherapy, appreciating possible advantages and improvements. Patients, physicians, and managers shared the same conceptualization of their expectations, although highlighting different aspects. Patients focused on the need for individualized and personalized interaction, while professionals highlighted the need for the standardization of the program. Physicians were concerned with extra workload, while managers were worried about optimizing cost-effectiveness.

Conclusions: Expectations of the different participants can conflict with each other. Finding a balanced position among them is needed if we are to harmoniously implement effective Web-based interventions for depression in routine clinical practice.

(*J Med Internet Res* 2015;17(3):e67) doi:[10.2196/jmir.3985](https://doi.org/10.2196/jmir.3985)

KEYWORDS

depression; computer-delivered psychotherapy; qualitative methods; expectations

Introduction

Depression currently ranks fourth in disorders with the highest disease burden, and in the coming five years, it will cause the second-highest level of disability worldwide [1-3]. It has been said that 25% of the population will experience depression symptoms at some point in their lives [4]. Depression brings with it significant economic, personal, inter-personal, and societal costs, and is associated with important impairments in quality of life and increased mortality [5-8].

Antidepressant medication is the most common form of treatment for depressive patients in primary care [9], but adherence is low [10,11]. In fact, two-thirds of depressed primary care patients would prefer psychological treatments to pharmacotherapy [12-17]. Psychological treatments obtain better results than pharmacological ones in adherence, relapse, recovery rates, and chronicity, reducing the number of physician visits and hospital days [18,19]. Despite their effectiveness, face-to-face psychotherapy interventions face some serious limitations. These include difficulties in delivering interventions to the community due to strong barriers in providing psychotherapies in current models of service delivery; constraints in health care resources; limited availability of clinicians, especially in rural areas; and low participation rates, even if access to those interventions is at little or no cost [20-23]. Mental health services in developed countries are overburdened, and given the lack of intended resources, are in need of cost-effective alternatives [24].

Attempts to overcome barriers to access have been addressed recently through the evolution of a new understanding in mental health care that recognizes low-intensity services, such as bibliotherapy, psychoeducation, and Web-based interventions [25]. Low-intensity interventions signify treatments that limit specialist time or use this time in a cost-effective manner and are provided, when appropriate, as a first option before referral to high-intensity interventions in which the presence of the therapist is higher [26]. For example, when offered by an integrated health care provider using a stepped-care model, it has been suggested that the first choice should be the least intensive intervention that is appropriate for a person, enabling people to step up or down the pathway according to changing needs and in response to treatment [18]. The Internet offers a new way of providing psychological treatment for common mental health problems such as depression [27,28], and may attract people who do not make use of traditional mental health services [23]. Web-based treatment has been described as an intervention that is operationalized and transformed for delivery via the Internet [29]. It is usually highly structured and can be roughly divided into unguided and guided interventions, with an identified therapist [27,28,30]. Guided Internet interventions

are considered to be more effective in reducing depression symptoms than unguided ones [31,32], with average levels of adherence estimated at 26% in unguided interventions and 72% in guided interventions [33]. Web-based interventions may also resemble traditional psychotherapy with scheduled sessions [34], but a general characteristic is that patients are reached from a distance and that therapist time is reduced compared with face-to-face treatments [35].

Several studies show that Web-based psychological treatments are effective for the treatment of depression, in both unguided and guided interventions, although the effects are more favorable in the latter case [33,36-38]. It has even been said that Web-based treatments with clinician assistance as brief as 1 hour per patient can work as well as face-to-face therapy [39]. Web-based psychotherapy could be viable not only in the context of specialist services, but also at the primary care level [40,41], and could be particularly recommended as a first treatment step for self-help in treating depression before visiting a psychiatrist or psychologist [42]. However, in spite of its efficiency, there are some limitations to its systematic use. One of the main ones is that attrition rates could be substantial [28,43-45]. In most cases, patients withdraw for personal reasons, not because of problems with the technology or the social environment. Interestingly, these kinds of interventions are generally acceptable for both patients and professionals, although the attitudes of professionals toward this type of psychotherapy seem to be more negative than the attitudes of patients themselves [38,46,47].

Therefore, if we are to develop and deploy this kind of program, maximizing acceptance and using it as a part of public health services, as in this case, we must be sensitive to the different views and attitudes of all participants in the therapeutic process. There may be different types of expectations or requirements according to the perspective of each type of participant. Given this background, the aim of the present study was to identify expectations among both patients and health professionals that may serve as barriers or facilitators to engagement with treatment when performing Web-based psychotherapy for depression in primary care, in order to increase adherence and effectiveness, improving the care offered to these types of patients.

Methods

A qualitative design was used to collect information from a wide range of purposefully and theoretically guided samples of depressed patients and health professionals. Both in-depth interviews and discussion groups were used to access the subjectivity and the processes involved in generating expectations [48]. In-depth interviews were carried out by a

single interviewer and focus groups were moderated by an interviewer and an observer, both of them female psychologists and researchers, with previous experience in the field and no previous contact with participants.

Patients were recruited from the Spanish autonomous region of Aragon during their visits to primary care, and diagnosis was established using the MINI Neuropsychiatric Interview in its Spanish version [49]. Patients were selected when they reported mild or moderate depression symptoms according to cut-off points of the Beck Depression Inventory [50]. Family physicians and managers were chosen from the catchment area, based on whether their workplace was rural or urban, and contacted by telephone. Participants were selected with consideration given to the variables of age, gender, residential setting (“urban”, “rural”), and affinity for technology (by means of the question: what is your level of affinity for new technologies?, with “high”, “intermediate”, “low” as possible responses), in order to gather plentiful and varied information. Participants had no previous knowledge of the researchers or the project. No patients refused to participate in the interviews, although some of them did not attend the discussion groups. No physicians or managers refused to participate; however, it was difficult to establish meeting dates because of their work schedule. Table 1 outlines the main characteristics of the 43 participants (20 patients, 11 physicians, 12 managers).

A standardized protocol was designed to guide the interviews and groups, including the preparation of a topic list (Table 2) to be addressed, with previously tested, open suggestions that could be of interest.

The objectives of the study were indirectly raised and questions asked about the topics in an open and progressive way. The

interviewer and/or moderator were introduced to the participants as research psychologists and assumed a minimally orientative role, limiting their interventions to addressing the topics in the script. The setting for data collection was a neutral room in the hospital where the project was conducted, without the presence of non-participants. No individual or group interviews lasted more than 90 minutes. They were digitally audio-recorded and transcribed to obtain the final set of qualitative data for the analysis, which were revised by participants and added to the field notes made after interviews and groups. Participants provided written informed consent to participate in the study. There were no repeat interviews. This study forms part of a mixed-method research project that includes a randomized controlled trial with different participants [51]. The project was approved by the Regional Ethics Committee of Aragon, Spain.

A thematic content analysis was performed from grounded theory in order to develop and to define until saturation the emergent categories of analysis derived from the interview data [52-54]. Secondly, a sociological approach that analyzed discursive positions of participants in focal groups was used to complement the first approximation [55,56]. All the analyses were developed using Maxqda-2007 software, in an iterative way by agreement between the three researchers (JMM, JPA, JGC), and discussed with those in charge of the interviews and groups (PR, PHM) [56]. Moreover, participants provided their agreement with the interpretations. This methodological triangulation was able to increase consistency and rigor by combining multiple techniques, maximizing the breadth and depth of perspectives. The complete details of the study protocol are reported elsewhere [57].

Table 1. Characteristics of participants (n=43).^a

Stratification variables	Interviews			Groups		
	Patients n=12	Physicians n=5	Managers n=5	Patients n=8	Physicians n=6	Managers n=7
Age						
20-40 years	3 (7%)	2 (5%)	0 (0%)	2 (5%)	3 (7%)	1 (2%)
41-60 years	6 (14%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	2 (5%)	5 (12%)
>60 years	3 (7%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)
Sex						
Male	5 (12%)	1 (2%)	4 (9%)	1 (2%)	2 (5%)	2 (5%)
Female	7 (16%)	4 (9%)	1 (2%)	7 (16%)	4 (9%)	5 (12%)
Residential setting						
Urban	9 (21%)	3 (7%)	4 (9%)	5 (12%)	4 (9%)	5 (12%)
Rural	3 (7%)	2 (5%)	1 (2%)	3 (7%)	2 (5%)	2 (5%)
Level of education						
Primary	4 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
Secondary	5 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)
University	3 (7%)	5 (12%)	5 (12%)	2 (5%)	6 (14%)	7 (16%)
Affinity for technology						
High	6 (14%)	2 (5%)	2 (5%)	3 (7%)	4 (9%)	5 (12%)
Intermediate	3 (7%)	3 (7%)	3 (7%)	4 (9%)	2 (5%)	2 (5%)
Low	3 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)

^aOut of the total of participating patients, 40% (17/43) had university studies and 60% (26/43) had high school education. Half of the patients (10/20) presented with mild symptoms of depression, and the other half (10/20) presented with moderate symptoms.

Table 2. Questions asked and topic list.

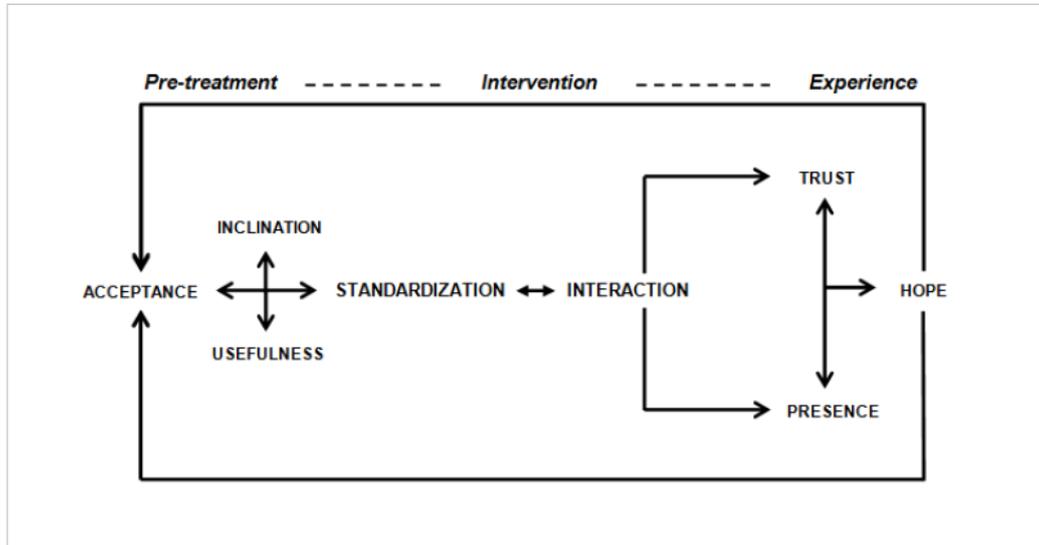
Questions asked	Topic list
What is your relationship with technology? Have you received any training?	<ul style="list-style-type: none"> Skills Resources Routine use Reasons Like / dislike
Do you think new technologies can help to improve people's lives?	<ul style="list-style-type: none"> Relationship machine/man Face-to-face vs Web-based Support tool vs replacement tool
What do you think about the use of Web-based therapy to support the actions of health professionals? And as further therapies?	<ul style="list-style-type: none"> Possibilities of Web-based therapy Virtual and anonymous relationship Health professional vs program
What about the possibility of offering Web-based therapy for depressive disorders? Do you see it as feasible?	<ul style="list-style-type: none"> What would you ask/expect? Information Difficulties Aspects that could be helpful Process from primary care Professional support

Results

The patients, primary care physicians, and managers showed a series of expectations regarding engagement with the use of Web-based psychotherapy for the treatment of depression, which can be divided into three main groups: aspects related to pre-treatment conditions, such as their initial acceptance, their general inclination to make use of the treatment, and its

perceived usefulness; aspects related to the particular characteristics of this type of intervention, such as its standardization and the processes of interacting with the program; and the representations made of what could be seen as the expected therapeutic experience, such as experiences of trust, presence, and hope. These groupings can be arranged according to the moment in the therapeutic process to which they correspond (Figure 1).

Figure 1. Engagement expectations regarding online psychotherapy for depression.



Conceptualization of the Discourse

The general acceptance of Web-based psychotherapy for depression depended on prior conditions, such as the inclination to use new technologies, which in turn consisted of subtopics such as “skill level”, “reasons for use”, “available technical means”, and “dedication”. Acceptance also depended on its usefulness as an instrument for psychotherapy, and usefulness consisted of subtopics such as “facilitating communication” and “access to information”, which in the case of physicians took on the meaning of consulting the records or background of patients:

We have limited access to sources of information during a consultation. The computer is the tool that provides access to the most updated, complete, and verified information, depending on the platforms you consult. It's an important tool for both receiving and conveying information. It also allows us to have the patient's records online and on hand. [physician, female, 50 years old, high affinity]

Whereas, for patients, it meant having the possibility of consulting information related to their conditions and its treatment:

The machine [sic] should explain the diagnosis of the disease or anomaly a patient has and quickly help to find solutions for daily life. [patient, male, 65 years old, high affinity]

Other subtopics under usefulness were “adding convenience”, which for managers meant providing patient access to health care resources:

Maybe it will make professionals more accessible to users; it could become more convenient to avoid having to travel, and interfere less with people's work

because they can do it at home. [manager, female, 51 years old, high affinity]

Whereas, patients understood it to mean the possibility of improving reminders for control of and compliance with the instructions given by the professional:

The program should have some mechanism to do online activities and revision; for example, what the doctor told me, to refresh the information so as not to forget it. [patient, female, 59 years old, low affinity]

Finally, usefulness also included “enabling reflectiveness”, understood by patients to mean the opportunity to reflect on their dysfunctional situation:

Does the program have a written format? If that's the case, writing means thinking and rethinking; it's like a kind of meditation or awareness of the day, of how things are going, how they develop. It gives you perspective, and that's positive. [patient, female, 52 years old, intermediate affinity]

Physicians particularly focused on their awareness of diagnostic impressions resulting from explorations:

The advantage it may have is that you can prepare beforehand the information you're going to introduce: the questions; results of a particular test; the answers; and you can leave a record of your recommendations, so that there are no misinterpretations. This encourages patients to elaborate on what took place during the consultation once outside, in a more relaxed atmosphere like that of their own homes. [physician, female, 42 years old, high affinity]

Acceptance depended on the processes required to standardize the program, which consisted of the subtopics “learning process”, “definition of goals”, “complementary tool”, “prior dissemination”, “service offered” (particularly for managers), “professionals involved” (especially highlighted by physicians),

“patients served”, and “activities to carry out”. The last was understood by patients according to their own needs:

I do yoga on Wednesday and I feel great. Maybe it could include relaxation techniques and different strategies for different states of mind; some days are better than others. [patient, male, 46 years old, intermediate affinity]

Whereas physicians underscored the importance of being able to use their own paradigmatic coordinates:

In our specialty, we refer to those of a cognitive behavioral model. Other more introspective or psychodynamic models revolve around the doctor-patient relationship, which cannot be applied using technology. [physician, male, 51 years old, intermediate affinity]

In turn, the necessary processes for standardization were associated with the idea of specific forms of interaction between the participants and the program. This idea of interaction combined subtopics such as “feeling of security”, “program universality”, “possibilities for expression”, “supervision by a therapist”, and “individualized attention for patients”. The last of these had special relevance for patients, in the sense of personal and close contact:

Rapport. You have to be on the same wavelength and make a connection. You need warmth—they're personal matters—personal contact, personal proximity. [patient, male, 64 years old, intermediate affinity]

For professionals, it was simply focused on the need to adapt to the individual characteristics of each patient:

If it were also a little... if the doctor could tailor the treatment a little and if it were based on a shared model of decision-making, with a certain proximity between the professional and patient. [physician, female, 54 years old, intermediate affinity]

Finally, if these forms of individualized interaction, associated with the processes for standardization of the program, created expectations of a therapeutic experience based on trust and on presence, the discourse would pave the way to hope, which could lead to positive attitudes once again linked to acceptance as a necessary condition for engagement with the therapeutic process.

Table 3 shows the definitions of the topics and subtopics that comprise the conceptualization of the discourse presented above, and Multimedia Appendix 1 provides examples of participants' responses to all of them.

Table 3. Conceptualization of discourse and definitions.

Topic/subtopic	Definition
Acceptance	
Acceptance	Favorable attitude to therapeutic use of new technologies (NTs), with responsibility to accept the program with the necessary effort, recognizing its possible benefits.
Inclination	
Skill level	Level of knowledge and skill when using NTs.
Reasons for use	Reasons for the use of NTs, for work, leisure, etc.
Available technical means	Available technical means and possibilities of updating them.
Dedication	Time devoted NTs and form of use, taking into account the risks of patterns of abusive use in some individuals.
Usefulness as an instrument for therapy	
Facilitating communication	NTs as alternative means of communicating and forming relationships with others, of keeping in contact, alerting, and giving notification of results.
Access to information	Possibility of consulting background information and patient records (physicians) and important matters related to medical conditions and treatments (patients).
Adding convenience	Solutions to problems with daily clinical practice, such as facilitating access (managers) or reminders for, control of, and compliance with instructions (patients)
Enabling reflectiveness	Possibility of thinking/reconsidering through the use of writing, making possible a reflective attitude to their dysfunctional situation (patients), or of taking note of exploration and diagnostic impressions (physicians).
Program standardization	
Learning process	Ease of learning the program and ease of use.
Definition of goals	Structured definition of the goals to meet with the program and their timeframe.
Complementary tool	Combined and complementary use of Web-based and traditional therapies, without the intention of replacing the presence of professionals.
Prior dissemination	Dissemination of information about the program in order to overcome possible resistance to change based on old habits.
Service offered	Implementation in health care delivery system, with a structure focused on a new model of health care, and with support from health care providers, IT experts, and administrative staff that allow referrals from primary care in coordination with mental health services.
Professionals involved	Recruitment of professionals with a positive attitude toward NTs who have specific skills depending on the characteristics of this type of intervention.
Patients served	Recruitment of patients according to their willingness to use NTs, low or mild severity of their disorder, and their demand for greater information or anonymity.
Activities to carry out	Incorporation of modules that appeal to patients, arouse their interest, and meet their needs (patients), with real possibilities of implementation within paradigmatic coordinates (physicians).
Interaction processes	
Feeling of security	Combination of safeguarding anonymity, data protection, and program quality.
Program universality	Sharing experiences of illness within a group by means of supervised forums, owing to the general nature of dysfunction shared by all the patients.
Possibilities for expression	Possibility of manifesting or expressing feelings and emotions through NTs.
Supervision by a therapist	Appraisal of the evolution of the disorder throughout the therapeutic process (physicians).
Individualized attention for patients	Personal, empathetic, sincere, and close contact (patients), with flexibility to be adapted to the individual characteristics of each patient (physicians).
Trust	Peace of mind when using the program in an intimate and participative way.
Presence	Support from and availability of a professional who listens and pays attention (patients).
Hope	An optimistic perspective for the outcome of the treatment.

Participants' Perspectives

In general, the participants similarly conceptualized their expectations regarding Web-based psychotherapy for depression, although the focus of their discourse offered differing perspectives depending on their position (Table 4). For example, the health professionals—physicians and managers—placed emphasis on the intervention processes from the perspective of standardization of the program. More specifically, the physicians centered their interest on the professionals involved, with the concern of whether this type of intervention could improve the current delivery of health care, but at the cost of increasing their already excessive workload. However, the discourse given by the managers was focused on the idea of the service provided, with interest shown in the cost-effectiveness of this resource, by means of an organization of work that would create a new dynamic for distributing patients, and in a way that would solve practical problems, such as reducing waiting lists. Finally,

patients highlighted the intervention processes from the perspective of interaction with the program, through which they expected to receive quality, personal, and individualized service, which would offer them the possibility of safely sharing experiences with people in the same situation as theirs, and with an accessible professional who would be in charge of supervising the treatment.

The different perspectives expressed by the participants—physicians, managers, and patients—reflected their different concerns based on their position. Could a patient be placed in the program without increasing my workload? Would this program solve the problem of waiting lists without added expense? Would this program sufficiently attend to my particular condition? Each position raised the need to satisfy different requirements, and any of these could cause resistance to the introduction of this type of instrument into the health service.

Table 4. Participants' discursive perspectives.

Participant	Focus of discourse	Quotes
Physicians	Professionals	"Maybe we could use a little help so as not to overload our schedules even more." (physician, male, 45 years old, high affinity)
		"The design is relatively simple to imagine, but it means a change to our routine practice. How long will it take to train us to use and implement this program? Would we be released from our clinical practice for that time?" (physician, female, 54 years old, intermediate affinity)
		"Not all of us have the same technological know-how or motivation. Should all doctors use the tool or only the most qualified? Those of us who volunteer to participate could be released from our routine workload to devote ourselves more specifically to this matter." (physician, female, 35 years old, high affinity)
		"Telemedicine platforms are already showing great improvement in places with dispersed populations, assisting with the organization of care and better communication between primary and specialist care services, which not only improves final care, but saves money." (manager, female, 51 years old, high affinity)
Managers	Service	"The tool should speed up care processes, especially waiting lists and user access to resources, providing maximum efficacy with a small investment that is quickly justified." (manager, male, 55 years old, intermediate affinity)
		"If we all save time with this tool, seeing more patients in distance mode and therefore freeing up our schedules, close, properly programmed, face-to-face monitoring could be carried out." (manager, male, 50 years old, high affinity)
		"Of course, every patient is different, so if you decide to help them, first you have to know their whole story." (patient, male, 46 years old, intermediate affinity)
Patients	Individualization	"Depending on the patient, on the state they're in, there can be interventions that are for everybody. But some patients, given their particular evolution, will need more personalized care." (patient, female, 52 years old, intermediate affinity)
		"Therapy has to be something that is very personalized, with the possibility of asking and speaking about other subjects..." (patient, female, 59 years old, low affinity)

Discussion

Principal Findings

Our results show how important it is for primary care physicians that the implementation of Web-based psychotherapy programs does not mean an added workload for them; rather, this should be reduced. They also show that the main concern for health care management professionals is to offer greater accessibility to services, and to improve their cost-effectiveness. Patients expect to receive individualized care, which requires investment in a certain level of resources, workload for professionals, and infrastructure in order to meet their needs. These particular viewpoints reflect different expectations, which taken individually, seem to respond to conflicting needs and interests. In order to overcome any possible resistance simultaneously, we have to find common ground. One starting point in this regard could be the optimization of the processes for management and patient flow in an integrated model, which has proven to be very useful for balancing the burdens of care delivery [58].

Depressive disorder is currently one of the greatest challenges for public health systems. In its mild and moderate forms, it responds satisfactorily to different types of psychotherapeutic approaches [59], such as Web-based cognitive behavioral therapy, including those with little or no support [60,61]. This type of treatment could become an alternative for public health systems to facilitate patients' acceptance and access to care [62], adding efficacy to early interventions [22,40,41]. Forecasts show that the dissemination and use of Web-based psychotherapy will grow exponentially in the coming decade [63]. In this context, it is necessary to establish procedures for the implementation of these type of programs that meet the many varied expectations placed on them by all participants in the therapeutic process, whether patients or health professionals.

A fundamental aspect in this regard would be to determine the level of intensity of the required supervision. The Spanish health care system treats all individuals equally, which means that the referral process for patients is not a fast and smooth one. In an attempt to optimize the therapeutic process, patients should be and feel cared for, without overloading professionals, but while reducing costs and waiting times [64]. In order to do this, it would be necessary to perform the specific task of disseminating the program, which would allow the patients most likely to benefit from this type of treatment to be identified and chosen, without losing sight of the factors that would enhance compliance. Those patients with symptoms of mild severity are seen as good candidates, as well as those who take responsibility for the treatment and who attribute success to themselves, focusing on action [65-67]. According to our results, all participants would show moderate severity at most, with an attitude of general acceptance toward Web-based therapy and a certain inclination for the use of new technologies, as has been seen in other works [68], but most of all, they have to understand their possible usefulness in the specific field of psychotherapy.

Both patients and health professionals have to share a certain willingness to use new technologies [68], must have a certain level of skill in their use, and need to have the necessary

infrastructure [69], which is particularly important when we encounter difficult-to-access settings, or in cases with scarcity of training and resources [70,71]. All participants need to perceive the possibilities offered by Web-based psychotherapy as useful, with regard to convenience, time, and place of use, and value the reduction of transport costs, and the possibilities for communication, reflectiveness, memory, and information that it brings, while giving patients an active role and enabling its use whenever they want [72]. Nevertheless, all participants also highlighted the importance of not falling into patterns of abuse. In other words, the use of Web-based psychotherapy for the treatment of depression should provide everybody involved with a certain sense of efficacy and comfort [69]. This is how depression can become easier to handle, probably through patients' actual perception of their own self-efficacy.

We have seen that the discourse of professionals basically revolves around the difficulties of attempts at standardization, which is necessary in order to provide institutional support for Web-based therapy. This is a reference to the general culture in which health services are immersed [73]. This culture is present in questions such as learning processes, definition of goals to be met and activities to carry out, and in relation to the professionals involved and the services provided. That is to say, the group of health professionals—physicians and managers—are interested in the implementation of the program as a tool for clinical intervention, with the expectation that the needs of their users/patients have to be met, but also those of the professionals involved, implying possible strategies for promotion and improvement in quality and efficiency. We have thus seen how health care workers highlight the importance of standardization processes for Web-based treatments as part of an integrated service model, which is in agreement with the results of other studies [68-74].

In general, health professionals have positive attitudes to Web-based treatments [75,76], and these positive attitudes tend to be associated with an open mind and availability to new treatments, the convenience that computers offer, and easy access to technology [69], which is in line with our results. Nevertheless, therapists have also been said to express doubts as to whether new technologies produce substantial improvements, and although they are generally open to incorporating Web-based psychotherapy into their clinical practice, they show doubt depending on their skill, and out of the belief that this type of therapy may harm their relationship with patients [69]. In this regard, our study has pointed out, through the discourse of both professionals and patients, that therapeutic interaction by computer should not completely replace human contact, which underscores the limits to the application of indiscriminate Web-based psychotherapy.

Web-based therapeutic interventions are rarely conducted without face-to-face contact at some point in the process [27,77,78]. The presence of a therapist is key to guiding patients, given that this benefits the treatment, and supervision of the therapeutic process is associated with achieving positive results, while withdrawals from treatment increase when there is not sufficient contact [27,30,79]. On the contrary, adding contacts may improve efficacy, probably as a result of the trust created in the process [80]. When we asked patients about the

possibilities of Web-based psychotherapy, we immediately saw the emergence of thematic content that was linked to the need to construct a therapeutic alliance as a vector that produces the hope of a positive outcome [81-83]. In fact, it is the base on which all psychotherapy is constructed, as a relationship of help [84,85]. Another important aspect to take into account is the necessary confidentiality of the entire process, for the security and anonymity that both patients and professionals require [68], and given that this could help to prevent stigmas [65], if clinical symptoms are able to be resolved at the primary health care level, providing solutions without the need for involving mental health units [86].

In general, the context for applying these results does not seem to be logically restricted to the particular characteristics of the place where the study was conducted. Instead, it points out the possible general characteristics and interests of the different participants. While all of the participants resided in only one region of Spain, it is true that Spanish primary care practices on the whole are currently a setting with a very high care delivery burden [87], and patient profiles also show a certain tendency toward personal contact in visits, as occurs in the majority of countries studied [88]. For this reason, our results seem to be fairly reliable. Nonetheless, it would be logical to propose future studies that make use of our procedures in other countries, in order to verify the extent to which our conclusions can be generalized in different populations, or whether they are in fact the specific product of the studied population. The fact that the interviewer and analysis team were mental health specialists, psychologists, and psychiatrists should not be overlooked, and they may therefore have focused the framework of discourse generation and the creation of emerging categories

toward topics of special interest in this field of knowledge. We would add that the randomized controlled study conducted parallel to this work, although with different participants, may have exerted a certain influence on the processes of analysis and interpretation of the data.

Conclusions

This study shows how patients, physicians, and managers see the possibility of carrying out Web-based psychotherapy for the treatment of depression revolve around two attractors: the need for individualized interaction, which enables the establishment of a therapeutic alliance, and the processes for standardizing the program, which would prevent professional overloading while optimizing cost-effectiveness. In order to find a balance between both expectations, Web-based psychotherapy should be understood as a complementary intervention, which allows the amount of human contact to be reduced, but without completely eliminating it. This type of intervention provides a way of treating depression, which would permit more patients to be supervised with fewer visits, offering a solution to the problem of waiting lists, and without being an additional burden for health professionals. Research shows that Web-based psychotherapy as an approach to treating depression is in its infancy as a therapeutic option. In order to facilitate its implementation in primary care, we should be aware of the expectations of all participants by designing effective programs that are able to offer patients individualized treatment by means of standard interventions in the different contexts. Incorporating Web-based therapy into health systems harmoniously will show its value in improving delivery of care [89], by facilitating access to resources and improving working conditions for professionals.

Acknowledgments

This study was funded by the Institute of Health Carlos III (FIS PI10/01982) of the Ministry of Economy and Competitiveness and the Ministry of Health and Consumption (Spain), through the Network for Prevention and Health Promotion in Primary Care (redIAPP, RD12/0005), the CIBER (PSI2010-17563), and with European Union ERDF funds.

Authors' Contributions

JMM and JGC are the principal researchers and developed the original idea for the study and the study design. PRS and PHM were in charge of the interviews and groups. JMM, JPA, and JGC developed the data analysis and wrote the first manuscript. All the authors have read and corrected draft versions and approved the final version.

Conflicts of Interest

None declared.

Multimedia Appendix 1

Participants' responses to subtopics.

[PDF File (Adobe PDF File), 16KB - [jmir_v17i3e67_app1.pdf](#)]

References

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Switzerland: WHO; 2004. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1 [accessed 2015-03-06] [WebCite Cache ID 6WpsrqZA3]
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006 Nov;3(11):e442 [FREE Full text] [doi: [10.1371/journal.pmed.0030442](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442)] [Medline: [17132052](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17132052/)]

<http://www.jmir.org/2015/3/e67/>

J Med Internet Res 2015 | vol. 17 | iss. 3 | e67 | p. 11
(page number not for citation purposes)

3. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clin Psychol Rev* 2011 Nov;31(7):1117-1125. [doi: [10.1016/j.cpr.2011.07.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004)] [Medline: [21820991](#)]
4. Sartorius N. Psychological disorders in general medical settings. Toronto: Published on behalf of the World Health Organization by Hogrefe & Huber; 1990.
5. Greenberg PE, Kessler RC, Bimbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry* 2003 Dec;64(12):1465-1475. [Medline: [14728109](#)]
6. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006 Jun;9(2):87-98. [Medline: [17007486](#)]
7. Cuijpers P, Schoevers RA. Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2004 Dec;6(6):430-437. [Medline: [15538991](#)]
8. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005 Jun;162(6):1171-1178. [doi: [10.1176/appi.ajp.162.6.1171](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171)] [Medline: [15930066](#)]
9. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Baron KG, Lehman KA, Jin L, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol* 2010 Apr;66(4):394-409 [FREE Full text] [doi: [10.1002/jclp.20659](https://doi.org/10.1002/jclp.20659)] [Medline: [20127795](#)]
10. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013 Jun;74(6):595-602 [FREE Full text] [doi: [10.4088/JCP.12r07757](https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757)] [Medline: [23842011](#)]
11. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(3):184-189. [doi: [10.1016/j.genhosppsych.2003.12.001](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2003.12.001)] [Medline: [15121346](#)]
12. Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, et al. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry* 2000 Oct;177:312-318 [FREE Full text] [Medline: [11116771](#)]
13. Brody DS, Khaliq AA, Thompson TL. Patients' perspectives on the management of emotional distress in primary care settings. *J Gen Intern Med* 1997 Jul;12(7):403-406 [FREE Full text] [Medline: [9229277](#)]
14. Churchill R, Khaira M, Gretton V, Chilvers C, Dewey M, Duggan C, Nottingham Counselling and Antidepressants in Primary Care (CAPC) Study Group. Treating depression in general practice: factors affecting patients' treatment preferences. *Br J Gen Pract* 2000 Nov;50(460):905-906 [FREE Full text] [Medline: [11141877](#)]
15. Dwight-Johnson M, Sherbourne CD, Liao D, Wells KB. Treatment preferences among depressed primary care patients. *J Gen Intern Med* 2000 Aug;15(8):527-534 [FREE Full text] [Medline: [10940143](#)]
16. O'Mahen HA, Flynn HA. Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt)* 2008 Oct;17(8):1301-1309. [doi: [10.1089/jwh.2007.0631](https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0631)] [Medline: [18816202](#)]
17. Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts M, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *BMJ* 1996 Oct 5;313(7061):858-859 [FREE Full text] [Medline: [8870574](#)]
18. Treating depression in adults.: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/guidance-depression-in-adults-pdf> [accessed 2014-10-27] [WebCite Cache ID [6TdRxt4CA](#)]
19. Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014 Jun;71(6):706-715. [doi: [10.1001/jamapsychiatry.2014.112](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112)] [Medline: [24789675](#)]
20. Morgan AJ, Jorm AF, Mackinnon AJ. Email-based promotion of self-help for subthreshold depression: Mood Memos randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2012 May;200(5):412-418 [FREE Full text] [doi: [10.1192/bjp.bp.111.101394](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101394)] [Medline: [22442102](#)]
21. Christensen H, Griffiths KM. The prevention of depression using the Internet. *Med J Aust* 2002 Oct 7;177 Suppl:S122-S125. [Medline: [12358571](#)]
22. Buntrock C, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Riper H, Smit F, et al. Evaluating the efficacy and cost-effectiveness of web-based indicated prevention of major depression: design of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:25 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-14-25](https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-25)] [Medline: [24485283](#)]
23. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, van Rooy MJ. Recruiting participants for interventions to prevent the onset of depressive disorders: possible ways to increase participation rates. *BMC Health Serv Res* 2010;10:181 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1472-6963-10-181](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-181)] [Medline: [20579332](#)]
24. Lehtinen V, Riikonen E, Latineen E. Promotion of mental health on the European agenda.: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Department for Prevention and Promotion; 2000. URL: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75859/Promotion.pdf?sequence=1> [accessed 2015-03-03] [WebCite Cache ID [6WkdVWVtP](#)]

25. Richards D, Timulak L, Doherty G, Sharry J, Colla A, Joyce C, et al. Internet-delivered treatment: its potential as a low-intensity community intervention for adults with symptoms of depression: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:147 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-14-147](https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-147)] [Medline: [24886179](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24886179/)]
26. Bennett-Levy J, Richards DA, Farrand P. *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press; 2010:3-18.
27. Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* 2009 Mar;47(3):175-180. [doi: [10.1016/j.brat.2009.01.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010)] [Medline: [19230862](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19230862/)]
28. van BW, Cuijpers P, van Straten A, Karyotaki E, Andersson G, Smit JH, et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(7):e100674 [FREE Full text] [doi: [10.1371/journal.pone.0100674](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674)] [Medline: [25029507](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029507/)]
29. Ritterband LM, Andersson G, Christensen HM, Carlbring P, Cuijpers P. Directions for the International Society for Research on Internet Interventions (ISRII). *J Med Internet Res* 2006;8(3):e23 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.8.3.e23](https://doi.org/10.2196/jmir.8.3.e23)] [Medline: [17032639](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17032639/)]
30. Patten SB. Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatr Serv* 2003 Mar;54(3):396-398. [Medline: [12610251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12610251/)]
31. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012 Jul;12(7):861-9; quiz 870. [doi: [10.1586/ern.12.63](https://doi.org/10.1586/ern.12.63)] [Medline: [22853793](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22853793/)]
32. Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007 Mar;37(3):319-328. [doi: [10.1017/S0033291706008944](https://doi.org/10.1017/S0033291706008944)] [Medline: [17112400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17112400/)]
33. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012 Jun;32(4):329-342. [doi: [10.1016/j.cpr.2012.02.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.02.004)] [Medline: [22466510](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22466510/)]
34. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009 Aug 22;374(9690):628-634. [doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)61257-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61257-5)] [Medline: [19700005](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19700005/)]
35. Bergström J, Andersson G, Ljótsson B, Rück C, Andréewitch S, Karlsson A, et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry* 2010;10:54 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-10-54](https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-54)] [Medline: [20598127](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20598127/)]
36. So M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Sado M, Furukawa TA, McCrone P. Is computerised CBT really helpful for adult depression?—A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity. *BMC Psychiatry* 2013;13:113 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-13-113](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-113)] [Medline: [23587347](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23587347/)]
37. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2009;38(4):196-205. [doi: [10.1080/16506070903318960](https://doi.org/10.1080/16506070903318960)] [Medline: [20183695](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20183695/)]
38. Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry* 2008 Sep;193(3):181-184 [FREE Full text] [doi: [10.1192/bjp.bp.106.025981](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025981)] [Medline: [18757972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757972/)]
39. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 2010;5(10):e13196 [FREE Full text] [doi: [10.1371/journal.pone.0013196](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013196)] [Medline: [20967242](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20967242/)]
40. Clarke G, Reid E, Eubanks D, O'Connor E, DeBar LL, Kelleher C, et al. Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *J Med Internet Res* 2002 Dec;4(3):E14 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.4.3.e14](https://doi.org/10.2196/jmir.4.3.e14)] [Medline: [12554545](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12554545/)]
41. Clarke G, Eubanks D, Reid E, Kelleher C, O'Connor E, DeBar LL, et al. Overcoming Depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *J Med Internet Res* 2005;7(2):e16 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.7.2.e16](https://doi.org/10.2196/jmir.7.2.e16)] [Medline: [15998607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15998607/)]
42. Learmonth D, Rai S. Taking computerized CBT beyond primary care. *Br J Clin Psychol* 2008 Mar;47(Pt 1):111-118. [doi: [10.1348/014466507X248599](https://doi.org/10.1348/014466507X248599)] [Medline: [17939879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17939879/)]
43. Kelders SM, Kok RN, Ossebaard HC, Van Gemert-Pijnen JEW. Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *J Med Internet Res* 2012;14(6):e152 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.2104](https://doi.org/10.2196/jmir.2104)] [Medline: [23151820](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23151820/)]
44. Gerhards SAH, de Graaf LE, Jacobs LE, Severens JL, Huibers MJH, Arntz A, et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010 Apr;196(4):310-318 [FREE Full text] [doi: [10.1192/bjp.bp.109.065748](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065748)] [Medline: [20357309](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20357309/)]
45. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009;11(2):e13 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.1194](https://doi.org/10.2196/jmir.1194)] [Medline: [19403466](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19403466/)]
46. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australas Psychiatry* 2011 Jun;19(3):259-264. [doi: [10.3109/10398562.2011.562295](https://doi.org/10.3109/10398562.2011.562295)] [Medline: [21682626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21682626/)]

47. Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med* 2009 May;39(5):705-712. [doi: [10.1017/S0033291708004224](https://doi.org/10.1017/S0033291708004224)] [Medline: [18812006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18812006/)]
48. Mays N, Pope C. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Books; 2000:1-168.
49. Ferrando L, Franco A, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. MINI International Neuropsychiatric Interview. Madrid: Instituto IAP 1998:1-25 Versión en español 5.0.0. DSM-IV [FREE Full text] [WebCite Cache]
50. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corp; 1996.
51. López-del-Hoyo Y, Olivan B, Luciano JV, Mayoral F, Roca M, Gili M, et al. Low intensity vs. self-guided internet-delivered psychotherapy for major depression: a multicenter, controlled, randomized study. *BMC Psychiatry* 2013;13:21 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-13-21](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-21)] [Medline: [23312003](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23312003/)]
52. Corbin JM, Strauss AL. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: Sage Publications, Inc; 1998.
53. Strauss A. *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
54. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Co; 1967.
55. Alonso LE. *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa [A qualitative approach to sociology. An interpretative approach]*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998.
56. Phillips N, Hardy C. *Discourse analysis: investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002.
57. Montero-Marín J, Carrasco JM, Roca M, Serrano-Blanco A, Gili M, Mayoral F, et al. Expectations, experiences and attitudes of patients and primary care health professionals regarding online psychotherapeutic interventions for depression: protocol for a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2013;13:64 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-13-64](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-64)] [Medline: [23425435](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23425435/)]
58. Davison GC. Stepped care: doing more with less? *J Consult Clin Psychol* 2000 Aug;68(4):580-585. [Medline: [10965633](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10965633/)]
59. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008 Dec;76(6):909-922. [doi: [10.1037/a0013075](https://doi.org/10.1037/a0013075)] [Medline: [19045960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19045960/)]
60. Andersson G. Internet-based cognitive-behavioral self help for depression. *Expert Rev Neurother* 2006 Nov;6(11):1637-1642. [doi: [10.1586/14737175.6.11.1637](https://doi.org/10.1586/14737175.6.11.1637)] [Medline: [17144778](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17144778/)]
61. Spek V, Nyklicek I, Smits N, Cuijpers P, Riper H, Keyzer J, et al. Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychol Med* 2007 Dec;37(12):1797-1806. [doi: [10.1017/S0033291707000542](https://doi.org/10.1017/S0033291707000542)] [Medline: [17466110](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17466110/)]
62. Wootton BM, Titov N, Dear BF, Spence J, Kemp A. The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey. *PLoS One* 2011;6(6):e20548 [FREE Full text] [doi: [10.1371/journal.pone.0020548](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020548)] [Medline: [21673987](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21673987/)]
63. Norcross JC, Pfund RA, Prochaska JO. Psychotherapy in 2022: A Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice* 2013;44(5):363-370. [doi: [10.1037/a0034633](https://doi.org/10.1037/a0034633)]
64. Reins JA, Ebert DD, Lehr D, Riper H, Cuijpers P, Berking M. Internet-based treatment of major depression for patients on a waiting list for inpatient psychotherapy: protocol for a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:318 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-13-318](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-318)] [Medline: [24279841](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24279841/)]
65. Ellis LA, Collin P, Hurley PJ, Davenport TA, Burns JM, Hickie IB. Young men's attitudes and behaviour in relation to mental health and technology: implications for the development of online mental health services. *BMC Psychiatry* 2013;13:119 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-13-119](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-119)] [Medline: [23601273](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23601273/)]
66. Bendelin N, Hesser H, Dahl J, Carlbring P, Nelson KZ, Andersson G. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2011;11:107 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1471-244X-11-107](https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-107)] [Medline: [21718523](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21718523/)]
67. Titov N. Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Aust N Z J Psychiatry* 2007 Feb;41(2):95-114. [doi: [10.1080/00048670601109873](https://doi.org/10.1080/00048670601109873)] [Medline: [17464688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17464688/)]
68. Dünnebeil S, Sunyaev A, Blohm I, Leimeister JM, Krömer H. Determinants of physicians' technology acceptance for e-health in ambulatory care. *Int J Med Inform* 2012 Nov;81(11):746-760. [doi: [10.1016/j.ijmedinf.2012.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.02.002)] [Medline: [22397989](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22397989/)]
69. Becker EM, Jensen-Doss A. Computer-assisted therapies: examination of therapist-level barriers to their use. *Behav Ther* 2013 Dec;44(4):614-624. [doi: [10.1016/j.beth.2013.05.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.05.002)] [Medline: [24094787](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24094787/)]
70. McCloskey MS. Training in empirically supported treatments using alternative learning modalities. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2011;18(1):84-88. [doi: [10.1111/j.1468-2850.2011.01237.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01237.x)]
71. Weingardt KR. The role of instructional design and technology in the dissemination of empirically supported manual-based therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004;11(3):313-331. [doi: [10.1093/clipsy.bph087](https://doi.org/10.1093/clipsy.bph087)]
72. Klaw E, Humphreys K. Facilitating client involvement in self-help groups. In: Koocher G, Norcross J, Hill S, editors. *Psychologists' Desk Reference*, 2nd edition. New York: Oxford University Press; 2005:502-505.

73. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4(9):e005055 [FREE Full text] [doi: [10.1136/bmjopen-2014-005055](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055)] [Medline: [25192876](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25192876/)]
74. Wangberg SC, Gammon D, Spitznogle K. In the eyes of the beholder: exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *Cyberpsychol Behav* 2007 Jun;10(3):418-423. [doi: [10.1089/cpb.2006.9937](https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9937)] [Medline: [17594266](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17594266/)]
75. Gund A, Lindercrantz K, Schaufelberger M, Patel H, Sjöqvist BA. Attitudes among healthcare professionals towards ICT and home follow-up in chronic heart failure care. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012;12:138 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1472-6947-12-138](https://doi.org/10.1186/1472-6947-12-138)] [Medline: [23190602](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23190602/)]
76. Perle JG, Langsam LC, Randel A, Lutchman S, Levine AB, Odland AP, et al. Attitudes toward psychological telehealth: current and future clinical psychologists' opinions of internet-based interventions. *J Clin Psychol* 2013 Jan;69(1):100-113. [doi: [10.1002/jclp.21912](https://doi.org/10.1002/jclp.21912)] [Medline: [22975897](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22975897/)]
77. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2007 Jun;7(3):291-297. [doi: [10.1586/14737167.7.3.291](https://doi.org/10.1586/14737167.7.3.291)] [Medline: [20528315](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20528315/)]
78. Marks IM, Cuijpers P, Cavanagh K, van Straten A, Gega L, Andersson G. Meta-analysis of computer-aided psychotherapy: problems and partial solutions. *Cogn Behav Ther* 2009;38(2):83-90. [doi: [10.1080/16506070802675239](https://doi.org/10.1080/16506070802675239)] [Medline: [20183689](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20183689/)]
79. Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, Brittliffe K. Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychol Med* 2006 Dec;36(12):1737-1746. [doi: [10.1017/S0033291706008695](https://doi.org/10.1017/S0033291706008695)] [Medline: [16938144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16938144/)]
80. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Bührman M, Westling BE, Ekselius L, et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006 Dec;163(12):2119-2125. [doi: [10.1176/appi.ajp.163.12.2119](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.12.2119)] [Medline: [17151163](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17151163/)]
81. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1979;16(3):252-260. [doi: [10.1037/h0085885](https://doi.org/10.1037/h0085885)]
82. Hill CE, Knox S. Processing the therapeutic relationship. *Psychother Res* 2009 Jan;19(1):13-29. [doi: [10.1080/10503300802621206](https://doi.org/10.1080/10503300802621206)] [Medline: [19206019](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19206019/)]
83. Prado-Abril J, García-Campayo J, Sánchez-Reales S. Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: Estudio de dos casos [Efficacy of interpersonal-cognitive therapy in personality disorders: Two cases]. *RPPC* 2014 Jul 21;18(2):139. [doi: [10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12770](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12770)]
84. Gelso CJ. The real relationship in a postmodern world: theoretical and empirical explorations. *Psychother Res* 2009 May;19(3):253-264. [doi: [10.1080/10503300802389242](https://doi.org/10.1080/10503300802389242)] [Medline: [19034731](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19034731/)]
85. Addis ME, Wade WA, Hatgis C. Barriers to dissemination of evidence-based practice: Promises, obstacles and future directions. *Clin Psychol-Sci Pr* 1999;9(4):367-378. [doi: [10.1093/clipsy.9.4.367](https://doi.org/10.1093/clipsy.9.4.367)]
86. Farrer L, Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon A. Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national helpline: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14(3):e68 [FREE Full text] [doi: [10.2196/jmir.1859](https://doi.org/10.2196/jmir.1859)] [Medline: [22738715](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22738715/)]
87. Fernández A, Saameño JAB, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D, et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2010 Apr;196(4):302-309 [FREE Full text] [doi: [10.1192/bjp.bp.109.074211](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074211)] [Medline: [20357307](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20357307/)]
88. Waller R, Gilbody S. Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med* 2009 May;39(5):705-712. [doi: [10.1017/S0033291708004224](https://doi.org/10.1017/S0033291708004224)] [Medline: [18812006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18812006/)]
89. Ebert DD, Lehr D, Baumeister H, Boß L, Riper H, Cuijpers P, et al. GET.ON Mood Enhancer: efficacy of Internet-based guided self-help compared to psychoeducation for depression: an investigator-blinded randomised controlled trial. *Trials* 2014;15:39 [FREE Full text] [doi: [10.1186/1745-6215-15-39](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-39)] [Medline: [24476555](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24476555/)]

Edited by G Eysenbach; submitted 28.10.14; peer-reviewed by J Boggs, G Culjak; comments to author 30.12.14; revised version received 26.01.15; accepted 12.02.15; published 10.03.15

Please cite as:

Montero-Marín J, Prado-Abril J, Botella C, Mayoral-Cleries F, Baños R, Herrera-Mercadal P, Romero-Sánchez P, Gili M, Castro A, Nogueira R, García-Campayo J

Expectations Among Patients and Health Professionals Regarding Web-Based Interventions for Depression in Primary Care: A Qualitative Study

J Med Internet Res 2015;17(3):e67

URL: <http://www.jmir.org/2015/3/e67/>

doi: [10.2196/jmir.3985](https://doi.org/10.2196/jmir.3985)

PMID: [25757358](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25757358/)

©Jesús Montero-Marín, Javier Prado-Abril, Cristina Botella, Fermin Mayoral-Cleries, Rosa Baños, Paola Herrera-Mercadal, Pablo Romero-Sánchez, Margalida Gili, Adoración Castro, Raquel Nogueira, Javier García-Campayo. Originally published in the Journal of Medical Internet Research (<http://www.jmir.org>), 10.03.2015. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work, first published in the Journal of Medical Internet Research, is properly cited. The complete bibliographic information, a link to the original publication on <http://www.jmir.org/>, as well as this copyright and license information must be included.

