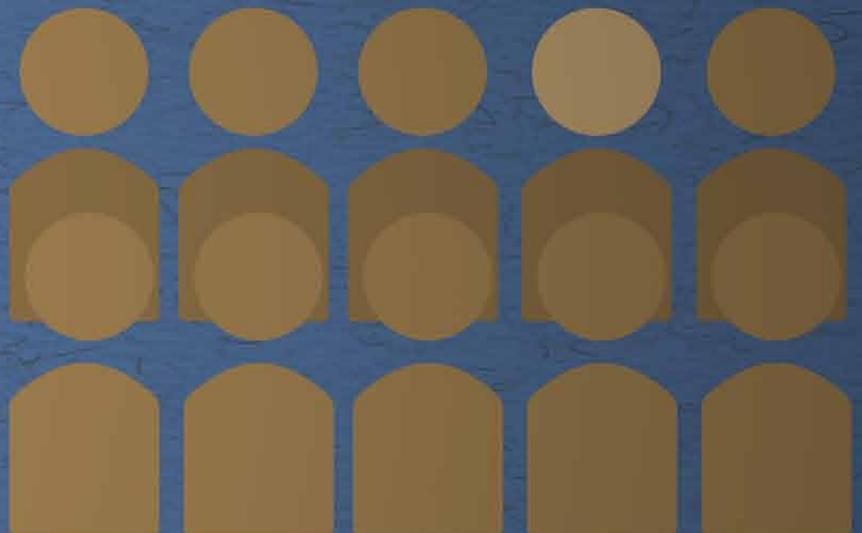
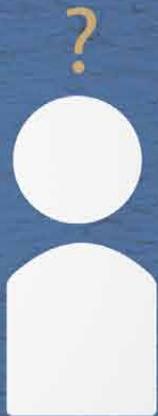


Desirée Navas Campaña



FACTORES ASOCIADOS A LA DETECCIÓN POR
LOS MÉDICOS DE FAMILIA, DE LOS EPISODIOS
DE DEPRESIÓN MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA:
ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO



Autora: Desirée Navas Campaña
Directores: Dr. Juan Ángel Bellón Saameño
Catedrático Antonio García Rodríguez
Dra. Patricia Moreno Peral

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría
Universidad de Málaga

2016





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Desirée María Navas Campaña

 <http://orcid.org/0000-0001-6469-1718>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

TESIS DOCTORAL



Factores asociados a la detección, por los médicos de familia, de los episodios de depresión mayor en atención primaria: estudio de cohortes prospectivo

Presentada por:

Desirée Navas Campaña

Dirigida por:

Dr. D. Juan Ángel Bellón Saameño,

Catedrático D. Antonio García Rodríguez y la Dra. Dña. Patricia Moreno Peral

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad de Málaga

2016

Los doctores Juan Ángel Bellón Saameño y Patricia Moreno Peral, junto con el Catedrático de Escuela Universitaria Antonio García Rodríguez, directores de la tesis doctoral titulada: *Factores asociados a la detección por los médicos de familia, de los episodios de depresión mayor en atención primaria: estudio de cohortes prospectivo*", inscrita en el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, de La Universidad de Málaga,

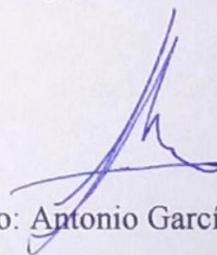
CERTIFICAN

Que la tesis doctoral realizada por D^a Desirée Navas Campaña, reúne todos los requisitos exigidos para su lectura y defensa ante el superior juicio del tribunal que habrá de evaluar este trabajo de investigación.

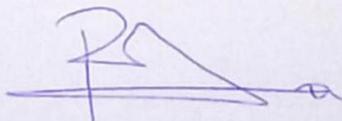


Fdo.: Juan Ángel Bellón Saameño

Málaga, 29 de Octubre el 2015



Fdo: Antonio García Rodríguez



Fdo: Patricia Moreno Peral

AGRADECIMIENTOS

Estos agradecimientos serán largos... pues no pueden ser escasas las palabras para aquello que se valora
(Marina N.C., 2013)

Quiero empezar dando mis agradecimientos a todos los participantes de este estudio. Todos los pacientes que ofrecieron su tiempo y los médicos de familia que crearon tiempo para poder atenderlos: Gracias.

Este estudio ha sido posible gracias a todos los investigadores del predictD-España que han puesto su trabajo, esfuerzo e ilusión en llevarlo a cabo.

Quiero resaltar la labor de mis directores de tesis. A Antonio García, gracias por tu confianza en este trabajo. A Juan A. Bellón, muchas gracias por enseñarme a ver la realidad desde diferentes ángulos, por enseñarme a que no pare de hacerme preguntas sobre lo que estudio, y sobre todo.....por la pasión con la que transmites tu gusto por la ciencia. A mi otra directora Patricia Moreno Peral.....Patri no hay suficientes gracias en el diccionario que puedan transmitir lo que ha significado para mi trabajar contigo. Me ha encantado fusionar mi pensamiento narrativo con tu pensamiento práctico....., me has enseñado a simplificar mis complejidades..... Pero hay más.... Una de las cosas más importante que me llevo de esta tesis eres tú. Nunca olvidaré las madrugadas, ni las mañanas, ni las tardes de tesis contigo. Siempre estaré agradecida por tu implicación a todos los niveles. Gracias amiga.... me llevo mucho.

A mis amigos-compis:

Soni trabajar contigo ha sido más que un trabajo: gracias por tu cariño, tu inteligencia y tu apoyo inestimable. Tus cualidades me han ayudado mucho en este estudio que compartimos, y como sé que estas palabras te tensaran las cervicales junto con la mano del ratón del ordenador, te dejo por escrito que eres muy buena profesional, para que te tenses aún más. Pero no acabaré todavía sin dejar por escrito la gran calidad humana que tienes y que regalas al mundo....gracias. Maribel, tu rigurosidad y orden a la hora de trabajar han sido lecciones muy importantes para mí. Además, te quiero agradecer tu ayuda y tus continuos ánimos en todo momento. Santiago Galán y Alina Rigabert, gracias al trabajo he ganado dos buenos amigos como

vosotros. Santi, tu humor, astucia y alegría en todo lo que haces son de agradecer. Alina, ha sido una suerte encontrarte, gracias por tus risas, tu entusiasmo, tu cariño, tu apoyo, tu pensamiento analítico....y sobre todo por conectar.

Los inicios: el GDI.

Alberto Rodríguez no sabes la alegría que me da poder agradecerte por escrito tantas horas de SICOLENTE. Has sido, eres y serás un gran mentor. El aprendizaje que me llevo de ti es inmenso....y espero seguir aprendiendo de tus lecciones. La psicoterapia en tus manos es una gran ciencia con un buen futuro por delante, gracias por tus enseñanzas. A Alberto Moreno y Gabri Iglesias, aparte de los grandes momentos codificando que recuerdo con cariño: gracias Alberto M. por tus “E y R” que me han ayudado a entender mejor la “cosmovisión” de las personas, y gracias Gabri por tus “C y R” tan sencillas que llegan a todo el mundo, haces fácil lo complejo.

A mis amigos de vida:

Ro, Racol, Vero Choclán, Vero Quirós, Isa, Shakira, Amanda, Marina, Inma y José Guzmán. Me siento afortunada por vuestra amistad. Me habéis aguantado durante muchos...muchos días de “tesis”. Vuestros ánimos y mimos han sido inestimables. Gracias por vuestras risas, vuestro apoyo, por estar en los momentos buenos y no tan buenos, y sobre todo por “continuar en el camino”. A Shaki, Isa y Amanda especialmente quiero agradecerles sus consejos (que ni siquiera saben que me dieron, pero los atesoré como tal)a Amanda e Isa que ya vivieron sus tesis, vuestras enseñanzas sobre el proceso me han ayudado mucho. A Shaki que actualmente está trabajando en la suya, sus conocimientos me han ayudado en muchos momentos.

A mi familia:

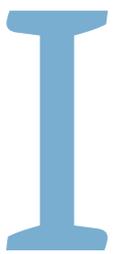
Gracias Marina y Helena. Vuestra creatividad es una inspiración constante. Me encanta poder discutir con vosotras sobre todo, me encanta cuando nos enfadamos, porque cuando no os tengo cerca, recuerdo con añoranza nuestras disputas y debates por cualquier cosa. Me encanta que seáis mis hermanas: gracias por estar y ser. A J.Carlos P.R., un hermano más que me ha acompañado casi a lo largo de toda mi vida. Gracias por tu ayuda..., por tu inglés en mis malos momentos...por tu cariño, por tu apoyo continuo, por aguantar tanto de mí durante todos estos años y sobre todo por hacer algo tan difícil como es permanecer pase lo que pase (Come what may).

A mis padres: María y Juan Miguel, dos libre-pensadores que siempre me empujan a que conozca nuevos retos. Gracias por tanto, a pesar de la distancia, no conozco lo que es estar lejos de vosotros. Mis pasos están hechos de vuestros pies. A Jorge N.E. y Pili E. gracias por estar siempre atentos a cómo voy, por preocuparos por mis preocupaciones y por todo vuestro cariño en todo momento. No puedo acabar este párrafo sin agradecer a mis abuelos y tios-abuelos: Agueda, Lolichi, Juan, María y Luís. Admiro profundamente el conocimiento de la vida que tenéis y que con tanto amor transmitís.

A Alberto Zamanillo Díaz:

No hay palabras que puedan expresarte mi agradecimiento...no las hay...los gracias que pueda darte se quedan bastante cortos. Estas en todas las páginas de este trabajo. Has hecho algo sin darte cuenta, tu fe en mí me ha dado fuerzas cuando las necesitaba. No has permitido que tenga ni un sólo día, en el que no crea en lo que hago. Gracias.....por levantarme cuando lo necesitaba, por tu ayuda incondicional, por estar días y días, y más días trabajando a mi lado...por tus ideas....por respetar las mías....por todo...por tanto.... Espero poder elevar a tu lado, este número de horas felices 25.566,9539 al infinito...

La sencillez siempre es algo muy complejo...



PRESENTACIÓN	1
---------------------	----------

PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	5
1.1. La tristeza.	5
1.2. Trastornos afectivos.	7
1.3. Clasificación del trastorno depresivo.	10
1.3.1. La depresión en la Clasificación CIE-10.	12
1.3.2. La depresión en la Clasificación DSM IV-TR y DSM 5.	14
Capítulo 2. LA DEPRESIÓN CÓMO PROBLEMA DE LA SALUD PÚBLICA	21
2.1. Magnitud y trascendencia de la depresión	21
2.1.1. Mortalidad.	23
2.1.2. Comorbilidad.	24
2.1.2.1. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales.	24
2.1.2.2. Comorbilidad de la depresión mayor con problemas de salud física.	26
2.1.3. Costes económicos de la depresión.	27
Capítulo 3. LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	31
3.1. Magnitud y trascendencia de la depresión en atención primaria.	32
3.2. Presentación clínica de la depresión en atención primaria.	32
3.3. Tratamiento de la depresión en atención primaria.	38
3.3.1. Guías clínicas de la depresión en AP.	41
3.3.2. Incumplimiento de las Guías de práctica clínica de la depresión en AP.	49
Capítulo 4. DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	53
4.1. Concepto de detección de la depresión en atención primaria.	53
4.2. La dificultad para detectar depresión en AP.	55
4.2.1. Cuánto se detecta la depresión en AP: sensibilidad y especificidad.	55
4.2.2. Infradiagnóstico y sobrediagnóstico.	63
4.2.3. Instrumentos que se pueden utilizar en AP para evaluar la depresión	65
4.3. Factores asociados a la no detección.	68

4.3.1. Factores del médico de familia asociados a la no detección de la depresión.	68
4.3.2. Factores del paciente asociados a la no detección de la depresión.	69
4.3.3. Factores de la organización asociados a la no detección de la depresión.	71

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO

Capítulo 5. JUSTIFICACIÓN	73
Capítulo 6. OBJETIVOS	75
Capítulo 7. METODOLOGÍA	77
7.1. Diseño	77
7.2. Ámbito	79
7.3. Selección de la muestra.	79
7.4. Variables e instrumentos de evaluación.	81
7.4.1. Variable dependiente.	81
7.4.2. Variables independientes.	82
7.4.2.1. Variables del paciente.	82
7.4.2.2. Variables del médico.	97
7.4.2.3. Variables del centro de salud.	100
7.4.2.4. Variables de la interacción médico-organización-paciente.	107
7.5. Procedimientos.	112
7.5.1. Respecto a los cuestionarios administrados a los pacientes.	112
7.5.2. Respecto a los cuestionarios administrados a los médicos de familia.	113
7.5.3. Respecto a los datos del centro de salud y el cuestionario administrado al director del centro de salud.	114
7.5.4. Respecto a la adquisición de la información de las variables de la interacción médico-organización-paciente.	114
7.6. Aspectos éticos	115
7.7. Control de calidad de los datos	116
7.8. Análisis estadístico	117
7.8.1. Tamaño de la muestra	117
7.8.2. Análisis exploratorio y descriptivo	117
7.8.3. Análisis de la correlación intracluster.	118
7.8.4. Regresión de Cox	119
7.8.5. Imputaciones múltiples	120
7.8.6. Análisis de sensibilidad	121
Capítulo 8. RESULTADOS	123
8.1. Análisis descriptivos.	123
8.1.1. Tasa de participación en el estudio.	123
8.1.2. Detección de la depresión.	127

8.1.3. Variables sociodemográficas de los pacientes.	127
8.1.4. Variables psicosociales y relacionadas con la salud mental y física de los pacientes.	128
8.1.5. Variables del médico.	129
8.1.6. Variables del centro de salud.	130
8.1.7. Variables de la interacción médico-organización-paciente.	130
8.2. Análisis de los episodios excluidos por datos faltantes de la detección de la depresión en la HCAP.	131
8.3 Análisis de los pacientes perdidos durante el seguimiento.	132
8.4. Análisis bivariantes.	134
8.5. Análisis multivariante.	134
8.5. Análisis de sensibilidad	144
8.5.1. Análisis con casos completos.	144
8.5.2. Análisis de la influencia de las pérdidas durante el seguimiento en los resultados	146
8.5.3. Análisis de sensibilidad ampliando la definición de episodio detectado	148
Capítulo 9. DISCUSIÓN	151
9.1. Fortalezas	151
9.2. Limitaciones	154
9.2.1. Limitaciones del diseño	154
9.2.2. Sesgos de selección, de no respuesta y de pérdidas.	155
9.2.3. Sesgo de clasificación e información.	157
9.3. Discusión de los resultados.	159
9.3.1. Del perfil de pacientes, médicos y centros de salud.	159
9.3.2. De la proporción de pacientes deprimidos detectados.	162
9.3.3. De los factores asociados a la detección.	165
9.4. Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación.	174
9.5. Epílogo	177
Capítulo 10. CONCLUSIONES	181
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	183
ANEXO I: Cuestionario Predict	215
ANEXO II: Sección de depresión del CIDI	241
ANEXO III: Ficha del primer contacto	249
ANEXO IV: Formulario de consentimiento informado	251
ANEXO V: Hoja informativa para el paciente	253
ANEXO VI: Cuestionarios administrados al médico	255
ANEXO VII: Cuestionario con datos del centro de salud	259

Índice de Tablas

Tabla 1. Diferencias entre las versiones CIE-9 y CIE-10 extraído del manual de referencia de la CIE-10, Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2013.	10
Tabla 2. Uso de instrumentos por parte de los médicos de familia para detectar depresión (Libro blanco de la depresión, 1997).	54
Tabla 3. Proporción de pacientes detectados con depresión en AP.	62
Tabla 4. Instrumentos de evaluación y cribado que detectan la depresión y pueden utilizarse en el ámbito de AP.	67
Tabla 5. Variables del profesional, del paciente y de la organización relacionadas con las bajas tasas de detección de la depresión en AP.	72
Tabla 6. Términos de texto libre registrados por los médicos de AP en las HCAP para indicar si han detectado la depresión.	82
Tabla 7. Variables del paciente e instrumentos utilizados.	85
Tabla 8. Resumen de la fiabilidad de los instrumentos diseñados específicamente para el estudio PredictD-España (extraídos de Bellón et al., 2008 y de Motrico et al., 2013).	96
Tabla 9. Distribución de ajuste del modelo de supervivencia paramétrica sin efecto aleatorio.	119
Tabla 10. Participantes en el estudio por provincias.	124
Tabla 11. Pacientes entrevistados por provincias durante el seguimiento.	125
Tabla 12. Distribución por provincias de la detección de episodios de depresión mayor.	127
Tabla 13. Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP (apéndice).	263
Tabla 14. Análisis descriptivos de las variables psicosociales de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP (apéndice).	266
Tabla 15. Análisis descriptivos de las variables relacionadas con la salud física y mental de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP.	272
Tabla 16. Análisis descriptivos de las variables del médico (apéndice).	275
Tabla 17. Análisis descriptivos de las variables del centro de salud (apéndice).	278

Tabla 18. Análisis descriptivos de las variables de la interacción médico-organización-paciente (apéndice).	280
Tabla 19. Análisis descriptivos de las variables de la interacción médico-organización-paciente de los episodios detectados (apéndice).	283
Tabla 20. Modelo regresión logística multinivel* de los episodios excluidos durante el seguimiento (apéndice).	285
Tabla 21. Regresión logística múltiple para predecir las pérdidas del seguimiento	133
Tabla 22. Análisis bivariantes de las variables del paciente (apéndice).	287
Tabla 23. Análisis bivariantes de las variables psicosociales del paciente (apéndice).	289
Tabla 24. Análisis bivariantes de las variables relacionadas con la salud física y mental del paciente (apéndice).	295
Tabla 25. Análisis bivariantes de las variables del médicos (apéndice).	297
Tabla 26. Análisis bivariantes de las variables del centro de salud (apéndice).	300
Tabla 27. Análisis bivariantes de las variables de la interacción médico-organización-pacientes (apéndice).	301
Tabla 28. Regresión de Cox para la detección de depresión (N= 1025 episodios de depresión).	136
Tabla 29. Regresión de Cox para detectar depresión (N= 752 episodios de depresión mayor)	145
Tabla 30. Modelo de supervivencia paramétrica multinivel pesado y sin pesar por el IPW*	147
Tabla 31. Regresión de Cox para la detección de la depresión con la definición ampliada de detección	149

Índice de Figuras

Figura 1. Figura 1. Algoritmo general de decisión en entrevista clínica para reconocer problemas de salud mental. Extraído del DSM-IV-AP (1997).	35
Figura 2. Algoritmo de decisión en entrevista clínica para trastornos depresivos. Extraído del DSM-IV-AP (1997).	37
Figura 3. Estudio test-retest según la provincia y la forma de administración	84
Figura 4. Número de visitas al médico de familia desde el inicio de los síntomas hasta la detección de la depresión.	105
Figura 5. Solapa de los datos del paciente del aplicativo informático diseñado para la recogida de información de las HCAP.	106
Figura 6. Solapa “lista de problemas” del aplicativo informático diseñado para la recogida de información de las HCAP.	107
Figura 7. Flujograma de la selección de la muestra del estudio.	123
Figura 8. Flujograma.	126
Figura 9. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de visitas del paciente entre el inicio de los síntomas depresivos y la detección o el fin del episodio-seguimiento.	137
Figura 10. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del tiempo por paciente (3 niveles)	138
Figura 11. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del tiempo por paciente (7 niveles)	138
Figura 12. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de la percepción de carga laboral por el médico	139
Figura 13. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de problemas físicos crónicos registrados en la lista de problemas de la HCAP.	139
Figura 14. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del registro de algún problema sociofamiliar en la lista de problemas de la HCPA.	140
Figura 15. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de síntomas de depresión DSM-IV.	141
Figura 16. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de padecer a la vez un trastorno de ansiedad generalizado	141
Figura 17. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de que el paciente refiera alguna enfermedad crónica o minusvalía.	142

Figura 18. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de que el paciente refiera algún problema grave en familiar, amigo o vecino.

143

Figura 19. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de la intensidad de las creencias religiosas o espirituales

143



PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) describe la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 2011). Esta definición, se encuentra apoyada por el paradigma biopsicosocial de la salud (Engel, 1977), que señala tres áreas donde se asienta la salud de las personas: la parte biológica, la parte psicológica y el contexto social. Esta concepción de la salud, señala claramente como la salud mental, es parte integral de la salud de la persona.

Los determinantes de la salud mental incluyen características, tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás y el entorno. Cuando las personas presentan problemas para manejar este tipo de características, es cuando puede aparecer algún problema relacionado con la salud mental (WHO, 2013).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y mortalidad. Aquellas con depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% y un 60% (WHO, 2013). Este problema de salud es considerado como uno de los más prevalentes e incidentes en población general (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). La prevalencia vida de la depresión mayor alcanza el 22% de media en el mundo (Kessler, et al 2007; Eaton, Martins, Bienvenu, Clarke y Alexandre, 2008), la prevalencia al año se sitúa a nivel internacional en un 5,4% (Steel et al., 2014), y la incidencia acumulada en un año en un 3% (Ferrari, et al., 2013). Por sí sola, la depresión representa un 4,4% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 12% del total de años vividos con discapacidad) (Üstün, Ayuso-Mateos, Charterji, Mathers y Murray, 2004). Las predicciones estimadas sobre la mortalidad y carga de enfermedad señalan, que la depresión se encontrará dentro de las tres principales causas de carga

de enfermedad a nivel mundial, convirtiéndose en la primera causa de discapacidad en el año 2030 (Mathers y Loncar, 2006).

Estas cifras señalan a la depresión mayor como problema de salud pública, que debe abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención y tratamiento que impliquen a todos los servicios de salud (WHO, 2013). Según la Asociación Mundial de Psiquiatría (2005), la mayoría de los pacientes deprimidos acuden en primer lugar al médico de familia (Ayuso, et al., 1999). El servicio de atención primaria es el primer nivel asistencial donde acuden la mayoría de las personas cuando deciden que necesitan consultar algún problema referente a su salud y son atendidos en este primer nivel asistencial (Cuijpers, et al., 2009). Las cifras encontradas sobre prevalencia e incidencia de la depresión en atención primaria son superiores a las encontradas en otras poblaciones (Mitchell, Vaze y Rao, 2009; King, et al., 2013). Los pacientes con depresión realizan un uso de las consultas tres veces superior que el resto de pacientes que acuden a atención primaria (Blazer, et al., 1994; García-Huidobro, et al., 2012). La gestión sanitaria de este problema de salud, comienza con la detección del trastorno en atención primaria.

Esta investigación ha consistido en desarrollar un modelo multivariante para identificar aquellas variables que se asocian a la detección de la depresión mayor por parte de los médicos de familia en atención primaria, a través de factores del paciente, del profesional, de la organización y de la interacción de los tres factores. Este trabajo es un estudio secundario que se enmarca dentro de los proyectos: 1) “Predicción de episodios de depresión en pacientes de atención primaria: evaluación de un perfil de riesgo (PredictD-España) (Bellón et al., 2008, 2011)” y 2) “Prediction of future episodes of depression in primary medical care: evaluation of a risk factor profile (PREDICT-EUROPE) (King et al., 2006). Las investigaciones han sido financiadas por la Comunidad Europea dentro del V Programa Marco, Iniciativa de Calidad de Vida (QL4-CT2002-00683), por el Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo (PI04/1980; PI04/1771; PI04/2450; PI06/1442), por la

Consejería de Salud (05/403; 06/278; PI-0194/2007), por el Ministerio de Educación y Ciencia (SAF2006/07192), por la Red de Investigación en Atención Primaria “redIAPP” (RD06/0018), el “Grupo de Aragón” (RD06/0018/0020), el “Grupo de Baleares” (RD07/0018/0033), y el “Grupo SAMSERAP” (RD06/0018/0039). Además, ha obtenido el Premio Salud Investiga en la modalidad de “Salud Pública” (convocatoria 2012) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Esta Tesis Doctoral se divide en dos partes. La primera de ellas aborda los antecedentes teóricos del estudio y consta de cuatro capítulos. El primero de ellos realiza una introducción a los trastornos depresivos, pasando por su descripción y clasificación en las principales entidades nosológicas. El segundo capítulo aborda los datos epidemiológicos de la depresión mayor, así como su comorbilidad y los costes asociados. En el tercer capítulo se aporta datos epidemiológicos del trastorno depresivo en población consultante de atención primaria, la presentación clínica y tratamiento de la depresión en este servicio asistencial, junto con las indicaciones de las guías de práctica clínica en atención primaria. El cuarto capítulo versa sobre la detección de la depresión en atención primaria, las dificultades asociadas a la detección y sobre factores del profesional, de la organización y del paciente que se encuentran asociados a la no detección del trastorno depresivo.

La segunda parte de esta investigación corresponde a la parte empírica y está dividida en cinco capítulos. El capítulo quinto recoge la justificación, los objetivos que han dirigido la realización de este trabajo se describen en el capítulo sexto. La metodología de la investigación se detalla en el capítulo séptimo, describiendo el diseño, el ámbito del estudio, el proceso de selección de la muestra, las variables a estudiar, así como el análisis estadístico que se ha utilizado para el desarrollo del modelo multivariante. El capítulo octavo expone los resultados encontrados en este estudio. Por último, en el capítulo noveno, se discute la metodología utilizada y los resultados obtenidos junto con las implicaciones prácticas y las futuras líneas de investigación. A continuación en el capítulo diez se formulan las conclusiones principales de la presente tesis doctoral.



INTRODUCCIÓN

A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

1.1. La tristeza.

Las personas sentimos tristeza ante situaciones dolorosas o desagradables para nosotros o seres queridos. Describir la tristeza como emoción adaptativa ante circunstancias vitales o como síntoma de un trastorno depresivo, es difícil (Maj, 2010).

Los estudios desde diferentes orientaciones psicológicas y desde el paradigma biopsicosocial de la salud (Engel, 1977), coinciden en que “la pérdida” (de un ser querido, de un trabajo, de las propias finanzas, la pérdida de autoestima, de las cogniciones positivas o de eventos positivos en la vida) es fundamental como causa de tristeza y de depresión (Kessler, 1997).

El trastorno depresivo se encuentra definido como un estado en el que la persona sufre un ánimo de decaimiento, una pérdida agudizada del interés y de la capacidad de sentir placer o disfrutar (*American Psychiatric Association*, 2002 y 2013; *World Health Organization*, 1978 y 1992). Por otro lado, la tristeza se explica como un estado de ánimo que forma parte del espectro emocional de la persona. La relación entre ambos consiste en que la tristeza genera un estado de ánimo decaído, siendo uno de los síntomas principales de la depresión (Mouchet-Mages y Baylé, 2008).

Las diferencias encontradas entre ambos estados, van encaminadas a cuando la persona reanuda los comportamientos asociados a la búsqueda de situaciones, emociones o cogniciones positivas, conocidos éstos como refuerzos positivos. Estos comportamientos, son más característicos de un estado de tristeza. Para un estado depresivo, sería más característico encontrarnos con la incapacidad recurrente de no poder acceder a esos comportamientos, emociones o cogniciones positivas que funcionarían como refuerzos positivos para la persona (Leventhal, 2008). A pesar de esta distinción, tanto la tristeza como la depresión se encuentran superpuestas en muchos de los comportamientos que caracterizan ambos estados.

La confusión existente entre la tristeza como un estado emocional normal y adaptativo o como síntoma de un trastorno depresivo, tiene consecuencias para la conceptualización, diagnóstico y tratamiento de la depresión (Leventhal, 2008). Esta dificultad provoca en los profesionales de la salud, la incertidumbre respecto a “qué es normal y qué es un trastorno” (Horwitz y Wakefield, 2008; Maj, 2010). Debido a la semejanza que emoción y síntoma provocan, se presenta un desafío conceptual para la medicina en general y para los médicos de atención primaria en particular (McPherson y Amstrong, 2012). Ya que éstos son el primer contacto que suelen tener los pacientes con los servicios de salud.

Cuando se estudia la visión de la población respecto a ambos estados, los resultados muestran que la tristeza intensa en ausencia de cualquier evento vital desencadenador es comprendida como problema de salud mental. Por el contrario si la tristeza está asociada a un evento vital, es entendida como una emoción adaptativa que debe aparecer dentro de las circunstancias vitales (Durà-Vilà, Littlewood y Leavey, 2013). Esto pondría de relieve la importancia de tener en cuenta el contexto en el que ocurre la tristeza (Horwitz et al, 2008), ya que parece ser que en ausencia de un contexto apropiado, la población comprende dicha emoción como anormal y por consiguiente como patológica.

Cuando se aborda la opinión de los médicos de atención primaria, los resultados encontrados van en una línea similar a los encontrados en la población. Encontrarse triste, según los médicos de familia, es una respuesta normal ante los estresores vitales y las circunstancias sociales (Lehti, Hammarstrom y Mattsson, 2009). Sólo cuando esta tristeza no pueden ser atribuidas a eventos vitales de los pacientes, es caracterizada por médicos de atención primaria como patológica (McPherson et al., 2012).

Thomas-Maclean y Stoppard, (2004) plantearon que aunque la tristeza pueda ser entendida como una respuesta normal ante un evento vital o como síntoma patológico, la complejidad reside en abordar ambos estados más que en distinguirlos. Los médicos de familia se encuentran expuestos ante la posibilidad de abordar tanto la tristeza como el trastorno depresivo, a través de prescripciones sociales (el médico

indica actividades de ocio, deportivas o comunitarias) y farmacológicas (Dowrick, 2009).

Estudios sobre tristeza y trastorno depresivo concluyen, que aunque dicha emoción pertenezca al cuadro clínico de la depresión, no se puede reducir el trastorno únicamente a la tristeza, ya que el diagnóstico de la depresión está formado por más síntomas (Mouchet-Mages et al., 2008).

1.2. Trastornos afectivos.

Estar triste, fatigado, desganado, durmiendo y comiendo mal, con mal genio y con mucha dificultad para concentrarse es lo que se considera desde los estudios de Kraepelin en 1896 tener un “exceso en la afectividad”. Aunque con esta expresión dio nombre a los problemas relacionados con el estado de ánimo, también encabezó la concepción utilizada hasta la actualidad de clasificar y definir síntomas, hoy día conocida como clasificaciones nosológicas (Palm y Möller, 2011).

Los trastornos afectivos o también conocimos como trastornos del estado de ánimo (en adelante se utilizarán ambas expresiones de forma indistinta) se componen por diferentes diagnósticos, los cuales pueden variar en función de la clasificación nosológica utilizada. A continuación se resumen los diagnósticos que componen los trastornos afectivos según CIE-9, CIE-10 (*World Health Organization*, 1978 y 1992), DSM-IV-TR y DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2000 y 2013):

1. episodios afectivos: episodio depresivo mayor (leve, moderado o grave), episodio maníaco, episodio hipomaníaco y episodio mixto (depresión y manía).
2. trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor (único o recurrente: leve, moderado o grave), trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado.
3. trastornos bipolares: con episodios maníacos, con episodios hipomaníacos, con episodios depresivos, con episodios mixtos, ciclotímicos y trastorno bipolar no especificado.

Las características clínicas que engloban los trastornos afectivos son:

- **síntomas emocionales:** la tristeza es la emoción más destacada y característica de los trastornos del ánimo, se puede presentar intensa, recurrente, desesperanzada o melancólica. Otro de los síntomas más característicos es la anhedonia, la cual se explica como una desgana continua hacia la realización de actividades que anteriormente procuraban placer a la persona. También puede aparecer irritabilidad ocasionada por dicha anhedonia, cuando ésta se presenta de forma recurrente. Por otro lado, podemos encontrarnos también emociones de exaltación del estado de ánimo, característico en los casos de manía e hipomanía de los trastornos afectivos. En este caso, las personas presentan un exagerado nivel de interés con una respuesta incrementada ante los estímulos positivos, lo que se acompaña generalmente de un aumento en la realización de actividades placenteras sin considerar el riesgo que representan (Riedel, Heiby y Kopetskie, 2001).
- **síntomas cognitivos:** estos síntomas están relacionados con los pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás y el futuro (Hollon, 2010; Beck y Haigh 2014). Las personas realizan una valoración negativa sobre ellas mismas, sobre lo que los demás piensan de ella y sobre sus perspectivas de futuro. La memoria y la atención son dos áreas que también se ven afectadas. Las personas que sufren trastornos afectivos se quejan de no poder concentrarse bien cuando leen un libro o ven una película, lo que les lleva a desistir de la tarea. Sufren un entecimiento del pensamiento (bradipsiquia) que les suele provocar confusión. Por otro lado, aumentan la atención sobre sí mismos, chequeándose continuamente y focalizando su atención en los estímulos negativos que sienten o perciben. Referente a la memoria, los despistes y olvidos que anteriormente no eran frecuentes en ellos se hacen muy habituales (Street, Sheeran y Orbell, 1999).
- **síntomas conductuales y relacionales:** suele ser característico que las personas que padecen problemas depresivos tengan una actividad motora muy escasa. Sufren un retardo motor caracterizado por una marcha lenta de sus movimientos. Dejan de hacer muchas actividades de su vida diaria: como pueden ser las

tareas del hogar, ir al supermercado, salir con sus allegados, incluso dejar el trabajo porque no se encuentran capaces de asistir. Las relaciones sociales con sus familiares y amigos se ven deterioradas, ya que las actividades que antes realizaba con ellos van disminuyendo hasta ser muy escasas (Gilbert, 2006).

- síntomas físicos: uno de los más comunes son los problemas relacionados con los patrones del sueño. Estos problemas pueden caracterizarse por un insomnio de inicio, despertares continuos en la noche o un despertar muy temprano en la mañana. A su vez, puede ir acompañado por una somnolencia diurna y en ocasiones por un exceso de somnolencia general tanto en la noche como en el día. Otros síntomas físicos que aparecen son la falta de apetito, la disminución del deseo sexual y el cansancio físico generalizado (Buchwald y Rudick-Davis, 1993).

Estas características clínicas se convierten en síntomas de un trastorno afectivo cuando las personas que las sufren, lo hacen de forma severa, prolongada en el tiempo y más importante aún, cuando perciben que estos síntomas producen un deterioro funcional y social en sus vidas (Lewinsohn, Moerk y Klein, 2000; Kessing, 2007).

Existe un gran abanico de teorías y modelos explicativos que arrojan luz sobre los problemas relacionados con el estado del ánimo. Podemos encontrarnos con teorías procedentes de un modelo biológico que relacionan una descompensación de los transmisores de la serotonina, noradrenalina y dopamina con la alteración del estado afectivo de la persona (*National Institute of Mental Health, Depression*, 2011). Los modelos psicológicos apuntan a teorías cognitivas, conductuales, emocionales y relacionales sobre el inicio y mantenimiento de los problemas del estado del ánimo (Street et al, 1999). Otros modelos explicativos tienen que ver con la categorización de teorías sociales y no sociales de los trastornos afectivos. Por un lado, las teorías no sociales afirman que los problemas depresivos se instauran en las personas cuando éstas no son capaces de controlar los eventos estresantes de su entorno. La idea general es que cuando las personas sufren altos niveles de estrés, ponen en marcha conductas de afrontamiento para controlar los eventos estresantes. Si estas conductas

no son efectivas, la depresión se convierte en la siguiente estrategia de afrontamiento (Gilbert, 2006). Por otro lado, las teorías sociales sobre los trastornos afectivos señalan que, aunque el control que ejerce la persona es una dimensión importante para el estado de ánimo, no puede equipararse a la influencia que tienen los estresores sociales sobre las personas en su contexto. En este caso, es la percepción de las situaciones sociales y cómo co-creamos en sociedad nuestros roles, lo que nos puede llevar a percibir de nuestro grupo social una falta de apoyo, o una falta de atención, o rechazo, o agresión, entre otros, lo que a su vez nos puede dirigir hacia un trastorno afectivo (Cacioppo, Berntson, Sheridan y McClintock, 2000).

En la actualidad, el paradigma biopsicosocial como modelo explicativo de los problemas de salud (Engel, 1977) y en este caso de los trastornos del estado de ánimo, consigue integrar y explicar los problemas afectivos a través de las tres dimensiones claves de la persona: su biología, su psicología y su rol en la sociedad (Gilbert, 2006). Desde este modelo explicativo, los trastornos afectivos son entendidos como la asociación o relación existente entre los genes predisponentes de las personas y el ambiente al que se exponen. En estudios como los de Kendler (2005) y Kennet, Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves (1993) se concluye que un problema depresivo puede explicarse por la interacción de la predisposición biológica de la persona con su experiencia vivida.

1.3. Clasificación del trastorno depresivo.

La depresión vista desde un sistema de clasificación nosológica puede entenderse como un agrupamiento de síntomas, susceptibles de ser valorados y agrupados por unos criterios diagnósticos.

A la hora de clasificar los problemas relacionados con la salud mental, nos encontramos con dos sistemas nosológicos de uso extendido a nivel internacional, utilizados tanto por clínicos como por investigadores de la salud (Wykes y Callard, 2010). Por un lado tenemos la CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión española de la procedente ICD: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Este sistema de clasificación nosológica está desarrollado

por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuenta en la actualidad con dos versiones al uso: CIE-9 y CIE-10 (*World Health Organization*, 1978, 1992). Las principales diferencias entre ambas versiones tienen que ver con la forma de codificación de los problemas de salud y pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias entre las versiones CIE-9 y CIE-10 extraído del manual de referencia de la CIE-10 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

CIE-9	CIE-10
Diseñada para la codificación de diagnósticos.	Diseñada para cubrir las necesidades en materia de codificación de procedimientos de la atención sanitaria.
Los códigos se presentan en forma de conjunto fijo y en forma de lista, ejemplo: 296.2; 290.13; 293.83....	Los códigos se construyen a partir de componentes de codificación flexibles, mediante el uso de tablas, ejemplo: F30, F31; F331...
Los códigos son numéricos.	Los códigos son alfa-numéricos.
Los códigos tienen una longitud de tres a cuatro cifras.	Todos los códigos tienen siete caracteres.

Por otro lado nos encontramos con el DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión española de la procedente *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante DSM). Este sistema de clasificación diagnóstica procede de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, o APA). Al contrario que la CIE, el DSM contiene una clasificación exclusivamente de los trastornos mentales sin centrarse en ningún otro problema de salud. Su carácter nosológico proporciona categorías diagnósticas sin códigos, es decir, que el uso de esta clasificación se realiza consultando los criterios diagnósticos organizados y categorizados por familias o epígrafes diagnósticos. Este sistema nosológico cuenta ahora con una nueva versión de su manual de clasificación, con lo cual se encuentra en un contexto de cambio en el uso de su versión DSM-IV-TR a la nueva versión DSM-5. El nacimiento del DSM-5, publicado en Junio del 2013, ha provocado cambios asociados a la organización de los trastornos mentales y sus criterios diagnósticos. En la cuarta versión revisada del manual se podían consultar 17 grandes epígrafes o familias diagnósticas, esta nueva versión pasa a tener 22 epígrafes. Otro cambio relacionado con la nueva versión del DSM está relacionado con

la evaluación multiaxial (un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información, como por ejemplo: eje de trastornos clínicos, eje de trastornos de personalidad, entre otros.), pasando de 5 ejes a 3 ejes, coincidiendo con la estructura ya utilizada en la CIE-10 (*American Psychiatric Association, 2002*).

1.3.1. La depresión en la Clasificación CIE-10.

Según la CIE-10 (*World Health Organization, 1992*), la depresión puede presentarse como leve, moderada o grave. Presenta tres síntomas principales definidos por un ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, y aumento de la fatigabilidad. La gravedad de los episodios está dada por el número, tipo e intensidad de los síntomas y por el deterioro funcional padecido por la persona. Teniendo en cuenta esta clasificación podemos encontrarnos:

- Episodios depresivos: A) episodio depresivo leve, moderado o grave. B) Episodio grave con o sin síntomas psicóticos. C) Otros episodios depresivos. D) Episodio depresivo sin especificación.
- Trastorno depresivo recurrente: A) Trastorno depresivo recurrente con episodio actual leve, moderado, o grave. B) Trastorno depresivo recurrente con o sin síntomas psicóticos. C) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión. D) Otros trastornos depresivos recurrentes. E) Trastornos depresivos recurrentes sin especificación.

Los criterios diagnósticos para los episodios depresivos (código F32) son los siguientes (*World Health Organization, 1992*):

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo,

una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración.*
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.*
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).*
- d. Una perspectiva sombría del futuro.*
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.*
- f. Los trastornos del sueño.*
- g. La pérdida del apetito.*

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeora-

miento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

1.3.2. La depresión en la Clasificación DSM-IV-TR y DSM-5.

Como anteriormente se ha comentado, debido al cambio de versión que se está produciendo en el DSM, se pasará a detallar los epígrafes diagnósticos de la versión cuarta y quinta de la depresión mayor. Se señalarán también las diferencias encontradas respecto a la depresión en ambas versiones de dicha clasificación nosológica.

El diagnóstico de depresión mayor, pertenece a la familia diagnóstica de los trastornos del estado del ánimo siguiendo el DSM-TR-IV (2000). El carácter de los síntomas puede sintetizarse en un estado de ánimo decaído, sentimiento de tristeza y pérdida de interés o sensación de placer en la realización de actividades que con anterioridad producían placer. Estos síntomas se presentan como principales para la realización del diagnóstico siguiendo el DSM-TR-IV.

Los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor según DSM-TR-IV son los siguientes (*American Psychiatric Association, 2002*):

8. Período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

9. En los niños y adolescentes: el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de al menos 2 semanas con la función de representar un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es: 1) Estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por

el relato subjetivo o por observación de otros.

- 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.*
- 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.*
- 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
- 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.*
- 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
- 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente auto-reproches o culpa por estar enfermo).*
- 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).*
- 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.*

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro

funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

En el DSM-5 desaparece el epígrafe sobre los trastornos del estado del ánimo respecto a su versión anterior. Los trastornos depresivos son separados de los trastornos bipolares. Ya no pertenecen a la misma familia diagnóstica de “trastornos del estado del ánimo” sino que se encuentra en categorías diagnósticas diferentes, donde el trastorno bipolar y trastornos relacionados es una categoría *per se* y los trastornos depresivos son otra categoría.

Dentro de la categoría de los trastornos depresivos como cambio novedoso respecto a la anterior versión DSM-IV-TR, nos encontramos nuevos diagnósticos como el “trastorno depresivo persistente”, el cual es el resultado de las categorías diagnósticas de depresión mayor crónica y de la distimia. Siguiendo con las novedades diagnósticas, se ha trasladado el “trastorno disfórico premenstrual” de un apéndice del DSM-IV-TR a la familia diagnóstica de los trastornos depresivos del DSM-5, convirtiéndose en un diagnóstico por sí mismo. En esta nueva versión del manual, se ha considerado también que un proceso de duelo no excluye el diagnóstico de depresión, apoyando la posibilidad de que el duelo y un trastorno depresivo pueden coocurrir a la vez (*American Psychiatric Association, 2013*).

El diagnóstico de la depresión mayor en esta nueva versión sigue manteniendo como síntomas principales un estado de ánimo decaído, sentimiento de tristeza y pérdida de interés o sensación de placer en la realización de actividades que con anterioridad producían placer.

La depresión mayor, según los criterios diagnósticos del DSM-5 son los siguientes (*American Psychiatric Association, 2013*):

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. *Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso). Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.*
2. *Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).*
3. *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, una modificación de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.*
4. *Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*
5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).*
6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*
7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).*
8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o parar tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).*
9. *Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, labo-

ral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo el duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otros trastornos especificados o no especificados del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

1.3.3. La depresión: semejanzas y diferencias diagnósticas en las clasificaciones nosológicas DSM y CIE.

Los autores de ambas nosologías han desarrollado una convergencia de criterios entre los dos manuales diagnósticos para facilitar su uso. Tanto el DSM como la CIE describen los síntomas depresivos principales que deben suceder durante al menos dos semanas (*American Psychiatric Association, 2002 y 2013; World Health Or-*

ganization, 1978 y 1992):

- La CIE define tres síntomas típicos de la depresión (ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, y aumento de la fatigabilidad) dos de los cuales deben estar presentes para determinar un diagnóstico de episodio depresivo, o trastorno depresivo recurrente en el caso de que se dé más de un episodio.
- Según el DSM, hay dos síntomas principales de depresión, estado de ánimo depresivo y anhedonia. Por lo menos uno de los dos debe estar presente para hacer un diagnóstico de depresión mayor.

A parte de que ambas nosologías determinen estos síntomas principales como imprescindibles para que ocurra la depresión, también detallan lo siguiente:

- La CIE utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave. En el episodio leve deben estar presentes dos de los tres síntomas principales para el diagnóstico de depresión. En el episodio moderado deben estar presente 6 síntomas: 2 de los síntomas principales y 4 síntomas más. Para el episodio grave deben sumarse 8 síntomas: 3 de los cuales son los principales y los 5 restantes corresponden con los demás síntomas del cuadro diagnóstico.
- El DSM utiliza una lista de 9 síntomas depresivos. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos 5 de los síntomas, y uno de ellos debe ser uno de los síntomas principales (estado de ánimo depresivo o anhedonia). Aparte es necesario que los síntomas causen un deterioro en el funcionamiento de las áreas importantes de la persona (social, laboral, etc.).



LA DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

2.1. Magnitud y trascendencia de la depresión.

La depresión mayor provoca un gran impacto en las personas que la sufren y se ha convertido en un problema de salud muy extendido y con graves repercusiones para la población (World Health Organization, 2008). En un reciente meta-análisis estimaron a nivel internacional una prevalencia al año del 5,4% y una prevalencia vida del 9,6% (Steel et al., 2014). Bromet et al., (2011) en su estudio internacional, estimaron la prevalencia vida para países considerados de renta alta (Bélgica, Francia, Alemania, Israel, Italia, Japón, Países Bajos, Nueva Zelanda, España y Estados Unidos) del 14,6% y para países de renta media-baja (Sao Paulo-Brasil, Colombia, Pondicherry-India, Líbano, Méjico, Shenzhen-China, Sur de África y Ucrania) del 11,1. Resultados de estudios anteriores, también a nivel internacional, hallaron proporciones más altas, alcanzado un 22 % para la prevalencia vida de la depresión mayor (Kessler et al., 2007; Eaton, Martins, Nestadt, Bienvenu, Clarke y Alexandre, 2008).

En cuanto a estudios realizados en Estados Unidos, los resultados del *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), mostraron una prevalencia al año del 8,3%, aumentando esta proporción al 10,4% en personas con edades comprendidas entre los 18 y 34 años. Con respecto a la prevalencia vida, ésta alcanzó el 19,2%, llegando hasta el 22,7% en personas con un rango de edad entre los 35-49 años (Kessler et al., 2010). En relación a Europa, el estudio ESEMeD realizado en 6 países europeos (Italia, España, Alemania, Holanda y Bélgica), ofrece una información detallada sobre la epidemiología de los trastornos mentales. Para el episodio depresivo mayor se estimó una prevalencia al año del 3,9%, y una prevalencia vida del 13% (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). Siguiendo con los datos de este estudio, las estimaciones realizadas en España no fueron muy dispares a las obtenidas en Europa en

general, ya que la prevalencia al año se estimó en torno al 4% y la prevalencia vida alcanzó el 10,5% (Haro et al., 2006).

Respecto a la incidencia de la depresión mayor, Ferrari et al. (2013) llevaron a cabo una revisión sistemática donde determinaron una incidencia anual del 3% a partir de 4 estudios realizados en Etiopia, Canadá y Estados Unidos. Datos de otra revisión sistemática (Waraich, Goldner, Somers y Hsu, 2004), aportaron una incidencia anual de la depresión mayor del 2,9% a partir también de 4 estudios, en este caso realizados en Noruega, Rusia, Estados Unidos y Canadá.

Debido a la prevalencia de la depresión, se ha estudiado la carga de enfermedad que general. En la década de los años noventa, la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo el estudio *Global Burden of Disease* (GBD). Esta investigación tenía como prioridad proporcionar un conjunto de medidas que facilitasen información relevante sobre las enfermedades, tanto mortales como no mortales. La importancia de este estudio recayó, en que al utilizar como indicador los años de vida ajustados por discapacidad, en vez de ajustados por la mortalidad, los trastornos mentales puntuaron en carga de enfermedad tanto como aquellas enfermedades relacionadas con problemas cardiovasculares. Este estudio situó a la depresión, teniendo en cuenta solamente los años vividos con discapacidad, como una de las principales causas de discapacidad con respecto a las demás enfermedades a nivel mundial (Murray y Lopez, 1996). Üstün et al., (2004) replicaron las estimaciones del GBD para la depresión obteniendo resultados muy similares a los encontrados en 1990. En este estudio se concluyó que la depresión es la cuarta causa de carga de enfermedad en relación a todas las enfermedades a nivel mundial, representando el 4,4% del total de la discapacidad generada (*disability adjustment by life years: DALYs*, o AVAD: años de vida ajustados por discapacidad), y el 12,1% del total de los años vividos con discapacidad (*years lived with disability: YLDs* o AVD: años vividos con discapacidad). En Europa, la depresión se situó como la tercera causa de carga de enfermedad, sien-

do responsable del 6% del total de la discapacidad generada (Paykel, Bruga y Fryers, 2005).

Existen estimaciones a nivel mundial de lo que la depresión supondrá como problema de salud en el futuro. Para el año 2020 encontramos problemas como la cardiopatía isquémica, la depresión mayor, los accidentes de tráfico, las enfermedades cerebrovasculares, las infecciones respiratorias y el VIH, como las principales causas de carga de enfermedad a nivel global, siendo en este caso la depresión la segunda causa de discapacidad (Murray y López, 1997). La OMS, también se unió a conocer las predicciones sobre mortalidad y carga de enfermedad de los problemas de salud para las personas en el año 2030. Entre otros resultados, hallaron que la depresión se encontrará dentro de las tres principales causas de carga de enfermedad a nivel mundial, convirtiéndose en la primera causa de discapacidad para el año 2030 (Mathers y Loncar, 2006).

2.1.1. Mortalidad.

Sufrir un trastorno de salud mental es el determinante más importante para la ideación e intención de suicidio. De todos los problemas referentes a la salud mental, la depresión es el trastorno que presenta un mayor riesgo asociado a la ideación o intención de suicidarse (Gabilondo et al., 2007; Hawton, Casañas, Comabella, Haw y Saunders, 2013). Entre el 60% y 70% de los pacientes con depresión, presentan ideas suicidas (Möller, 2003). El cálculo realizado para el riesgo atribuible a la tentativa de suicidio es de un 28% para la depresión mayor. Siendo este porcentaje uno de los más elevados en comparación con otros problemas de salud mental (Bernal et al., 2007).

Con respecto a la conducta suicida, los datos apuntan a que desde un 60% (Marquet, Bartelds, Kerkhof, Schellevis y Van der Zee, 2005) hasta un 80% de los suicidios son cometidos por personas deprimidas (Neeleman, 2001) La proporción de suicidios consumados es mayor en los trastornos depresivos que en la población

general (Undurraga, Baldessarini, Valenti, Pacchiarotti y Vieta, 2012; Tondo, Issacson y Baldessarini, 2003). Las personas deprimidas son más propensas a morir (por cualquier causa) que aquellas que no lo están (Cuijpers, Vogelzangs, Twisk, Kleiboer, Li y Penninx, 2014).

2.1.2. Comorbilidad.

La comorbilidad de la depresión mayor con otros problemas de salud es conocida y esta descrita en numerosos estudios. La depresión mayor puede coocurrir tanto con otros problemas de salud mental como con problemas de salud física.

2.1.2.1. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales.

La depresión mayor es comórbida con otros problemas de salud mental hasta en un 60% de los casos (de Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh y Spijker, 2002). El estudio ESEMeD, encontró que el 53% de las personas que padecían depresión cumplían criterios diagnósticos de otros trastornos de salud mental (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004) y más específicamente en España, el 55,8% de deprimidos presentaron otros problemas de salud mental (Gabilondo et al., 2010).

La comorbilidad de la depresión con los trastornos de ansiedad es la más común. Existen números estudios que aportan resultados sobre la coocurrencia de los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad (Andrews, Slade y Issakidis, 2002; Belzer y Schneier, 2004). De Graaf et al., en 2002 concluyó que el 54,3% de los pacientes que padecían depresión sufrían además un trastorno de ansiedad. Cifras algo más elevadas se hallaron en el estudio NESDA, en el que se encontró que el 67% de las personas que presentaban depresión también padecían un trastorno de ansiedad. Más concretamente encontraron que el 76% de personas deprimidas padecían un trastorno de ansiedad generalizada, el 65% presentaban un trastorno de pánico con o sin agorafobia, el 63% tenían también fobia social y el 51% sufrían agorafobia

sin trastorno de pánico (Lamers et al., 2011). Según el estudio ESEMED, el trastorno de ansiedad comórbido con la depresión más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizada, a éste le ha seguido el trastorno de pánico, la agorafobia, y por último, el trastorno por estrés post-traumático (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). En España, la comorbilidad de la depresión con algún otro trastorno de ansiedad se ha situado en el 42,2%. Más concretamente, la comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada ha representado el 15% de los casos, seguido de un 14,4% para la comorbilidad con la fobia específica y de un 9% para aquellos que cumplían criterios diagnósticos para depresión mayor y trastorno de pánico (Gabilondo et al., 2010).

Respecto a la comorbilidad de la depresión con otros problemas de salud mental que no pertenecen a los trastornos de ansiedad, nos encontramos que las personas con depresión mayor tienen más probabilidad de tener también un trastorno por abuso de sustancias. De Graaf et al., (2002) estimaron que el 16,7% de las personas que padecen depresión muestran comorbilidad con algún trastorno por abuso de sustancias. El riesgo de padecer un consumo dañino de alcohol o una dependencia alcohólica es dos veces mayor en personas con depresión (Currie et al., 2005). Sobre la comorbilidad con el consumo de drogas, es cuatro veces más probable que una persona con depresión tenga también un trastorno por abuso de drogas que la población que no sufre depresión (Currie et al., 2005). En una investigación publicada en 2005 por Davis et al., se encontró que el 28% de las personas con depresión mayor, presentaron además un trastorno por abuso de sustancias. Dentro de este porcentaje detallaron lo siguiente: el 66% de pacientes deprimidos eran comórbidos con un trastorno por abuso de alcohol, en el 16% de los casos la depresión coocurría con un trastorno por abuso de drogas (no legales) y el 18% de los pacientes con depresión mayor presentaban tanto un trastorno por abuso de alcohol como de drogas. Además, detallaron que la prevalencia para la depresión mayor y el trastorno por abuso de sustancias, estuvo comprendida entre el 8,6% y el 25%.

2.1.2.2. Comorbilidad de la depresión mayor con problemas de salud física.

La literatura científica no sólo ha descrito la comorbilidad de la depresión con otros problemas de salud mental, sino que también ha encontrado evidencias sobre como la depresión coocurre con otros problemas relacionados con la salud física. En un estudio realizado en 60 países encontraron que entre el 9,3% y el 23% de las personas que tenían depresión, además padecían algún problema de salud física como artritis, diabetes, angina de pecho o asma. Concretamente, la comorbilidad diabetes-depresión supuso un 9,3% de los casos, con la artritis se estimó un 10,7% de casos de depresión, con la angina de pecho un 15% y con el asma la depresión coocurre en un 18,1% de los casos (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel y Üstün, 2007). En el caso específico de las personas con diabetes tipo I y II, éstas tuvieron el doble de riesgo de tener depresión que la población no diabética (Anderson et al., 2001). Lustman y Clouse, (2004) estimaron que el 33% de las personas con diabetes, sufren síntomas depresivos graves que han justificado el tratamiento de la depresión.

Además, la depresión es reconocida como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas cardiovasculares. Uno de cada 5 pacientes con enfermedad coronaria padece además un trastorno depresivo, y 1 de cada 3 pacientes con insuficiencia cardiaca presenta depresión comórbida (Whooley, 2006). Se ha encontrado que las personas con síntomas depresivos tienen un 50% más de eventos cardiovasculares (tales como: insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y ataques isquémicos transitorios), que aquellas personas que no tenían síntomas depresivos (Whooley, et al., 2008). La depresión se encuentra asociada con el retorno de la angina de pecho a los 5 años del primer episodio cardiaco (Borowicz, Rollal, Grega, Selnes, Lyketsos y McKhann, 2002). Respecto a la cirugía cardiovascular, como los injertos de *bypass*, se encontró que las personas que padecen depresión y se someten a este tipo de cirugía, tienen unos resultados adversos como dolor continuo y una recuperación más lenta, que aquellos que no tenían depresión (Borowicz et al, 2002).

2.1.3. Costes económicos de la depresión.

El impacto que tiene la depresión sobre la economía es palpable. El 50% de las personas que padecen un primer episodio de depresión tendrán uno o más episodios en sus años venideros, a su vez el 80% de aquellas personas con dos episodios de depresión, tendrán otros más a lo largo de sus vidas (American Psychiatric Association, 2000; Burcusa e Iacono, 2007). Por lo que genera grandes costes económicos tanto a nivel individual como a nivel social.

Según el estudio de Sobocki, Jönsson, Angst y Rehnberg, (2006) la depresión fue considerada como el trastorno del sistema nervioso más caro, suponiendo un 33% de los costes económicos tanto directos como indirectos de los 28 países europeos analizados. El coste anual (analizado en 2004) de la depresión fue estimado en 118 billones de euros, de los cuales 42 billones fueron empleados en costes directos, entendidos éstos por costes derivados de fármacos, cuidados ambulatorios y cuidados hospitalarios; los 76 billones restantes cubrieron los costes indirectos, los cuales se caracterizaron por la falta de productividad laboral (bajas y jubilaciones anticipadas) y por mortalidad prematura. Olesen et al., (2012) estimaron para la anualidad 2010 los costes totales de los trastornos mentales y del sistema nervioso de 30 países europeos. La depresión mayor obtuvo unos costes totales para ese año de 91,914 millones de euros. Los costes directos atribuidos a la atención médica directa (cuidados relacionados con la prevención, el diagnóstico, visitas médicas, hospitalizaciones y gastos farmacéuticos) fueron de 24,156 millones de euros; los costes directos no médicos (utilización de servicios sociales) fueron de 13,762 millones de euros. Sobre los costes indirectos (pensiones, absentismo laboral y jubilaciones anticipadas) se estimaron 53,996 millones de euros. Como se puede observar, la proporción de costes indirectos estimados para la depresión mayor, son superiores a los costes directos. Respecto a los costes económicos de la depresión mayor en España, Sicras-Mainar et al., (2012) estimaron para la anualidad 2009 unos costes totales de 4,3 millones de

euros. Los costes directos fueron el 32,7% (1,4 millones de euros), los cuales estaban relacionados con la actividad asistencial efectuada por los profesionales sanitarios (visitas, solicitudes diagnósticas, solicitudes terapéuticas, etc.). Los costes indirectos se estimaron en un 67,3% (2,9 millones de euros), éstos estaban relacionados con la pérdidas de productividad laboral (número de bajas y días de incapacidad).

Cuando dirigimos la vista a los costes anuales por persona, encontramos cifras algo variadas. Siguiendo con los datos de Olesen et al., (2012), en Europa los costes totales de la depresión mayor por persona (en el año 2010) fueron de 3.034 euros. De éstos, los costes directos atribuidos a la atención médica, entendida por aquellos cuidados relacionados con la prevención, el diagnóstico, visitas médicas, hospitalizaciones y gastos farmacéuticos, fueron de 797 euros, los costes directos no médicos, como el uso de servicios sociales y cuidados informales, supusieron 454 euros, y los indirectos derivados del absentismo laboral y las jubilaciones anticipadas fueron de 1.782 euros.

En estudios realizados en Alemania, encontramos para el coste económico de la depresión por persona resultados que van desde los 458,9 euros hasta 2.380 euros al año (Salize et al., 2004; Friemel, Bernert, Angermeyer y König, 2005; Stamm, Reinhard y Salize, 2010; Kleine-Budde et al., 2013). La variabilidad de estos números se explica por el tipo de gastos económicos que tienen en cuenta los diferentes estudios para realizar las estimaciones. El tipo de gastos puede incluir: fármacos, cuidados hospitalarios, cuidados ambulatorios, servicios de rehabilitación, cuidados ambulatorios psiquiátricos y servicio de apoyo de personas con depresión.

En una revisión sistemática sobre costes económicos de la depresión realizada principalmente con estudios anglo-americanos (Luppa, Heinrich, Angermeyer, König y Riedel-Heller, 2007), se obtuvieron unos costes directos médicos y no médicos (atención ambulatoria, atención hospitalaria, tratamientos farmacológicos, uso de

servicios sociales y cuidados informales) por persona y año entre 1.000 y 2.500 dólares. Los datos que encontraron para los costes económicos indirectos (absentismo laboral y pérdida de productividad laboral) estuvieron entre 2.000 y 3.500 dólares.

En España, los datos referentes a los gastos totales por persona deprimida (en el año 2009) fueron de 1.895 euros. Los costes directos sanitarios (visitas médicas, pruebas de laboratorio, pruebas complementarias y medicamentos) originados fueron de 620 euros y los costes indirectos (número de bajas laborales y días incapacitados) ascendieron a 1.275 euros (Sicras-Mainar et al., 2012).

La carga económica que genera la depresión por falta de productividad en el trabajo es considerable. Las personas con depresión representaron la primera causa de jubilación prematura y absentismo laboral en muchos países europeos (Curran et al., 2007). Datos ingleses mostraron, que las personas con depresión tuvieron unas pérdidas de 109,7 millones de días de trabajo. Las pérdidas económicas asociadas a los días perdidos de trabajo fueron de 8 billones de libras en un año (Thomas y Morris, 2003). En el mismo sentido, resultados estimados en Alemania, mostraron que 18 millones de días de trabajo se perdieron en un año a causa de la depresión (Böhm y Taubmann, 2004). Un estudio llevado a cabo en Francia, encontraron una pérdida de 31,9 millones de días laborables al año explicados por el trastorno (Béjean y Sultan-Taïeb, 2005). Un estudio en Suiza señaló que su coste indirecto (debido principalmente a la pérdida de días laborales) calculado por persona y año, en el período 2007/2008, supuso para las personas con depresión leve, 8.730 euros, para las personas con depresión moderada, 12.675 euros y para aquellas con depresión severa, un coste de 16.669 euros (Tomonaga, et al., 2013).



LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. Magnitud y trascendencia de la depresión en atención primaria

Aunque no todas las personas con depresión buscan ayuda profesional, entre las que lo hacen, el 58,2% acude al servicio de atención primaria (Fernández et al., 2006). Las personas con depresión acuden tres veces más a las consultas de AP que las personas sin depresión (Blazer et al., 1994; Gabarron et al., 2002; García-Huidobro et al., 2012). Y esta proporción aumenta cuando la depresión se presenta grave (Lepine et al., 1997). La prevalencia de la depresión en atención primaria (AP) es superior a la de otros ámbitos. En un meta-análisis publicado en 2009, hallaron una prevalencia de la depresión en AP del 19,5% (Mitchell, Vaze y Rao, 2009). En el estudio PREDICT, llevado a cabo con pacientes de atención primaria de 6 países europeos (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda), se obtuvo una prevalencia del 12,2% (King et al., 2008a). En España, Aragonés, Piñol, Labad, Folch y Mèlich, (2004) obtuvieron una prevalencia al año de la depresión del 14,3%. Cuatro años más tarde, se obtuvo un resultado similar en el estudio de Caballero et al., (2008), donde se halló una prevalencia al año del 14%. En el mismo año, King et al., (2008a) obtuvieron una prevalencia a los 6 meses del 18,4% en mujeres y 11,2% en hombres. Más adelante, en 2010 en las consultas de AP de Cataluña, Serrano-Blando et al., (2010) estimaron una prevalencia al año del 9,6%.

Cuando apuntamos a conocer la incidencia acumulada de casos nuevos de depresión mayor en atención primaria, encontramos a nivel europeo un 8,8% de casos nuevos en un año (King et al., 2013). En España, la incidencia acumulada al año fue del 11,5% (Bellón et al. 2011).

3.2. Presentación clínica de la depresión en atención primaria

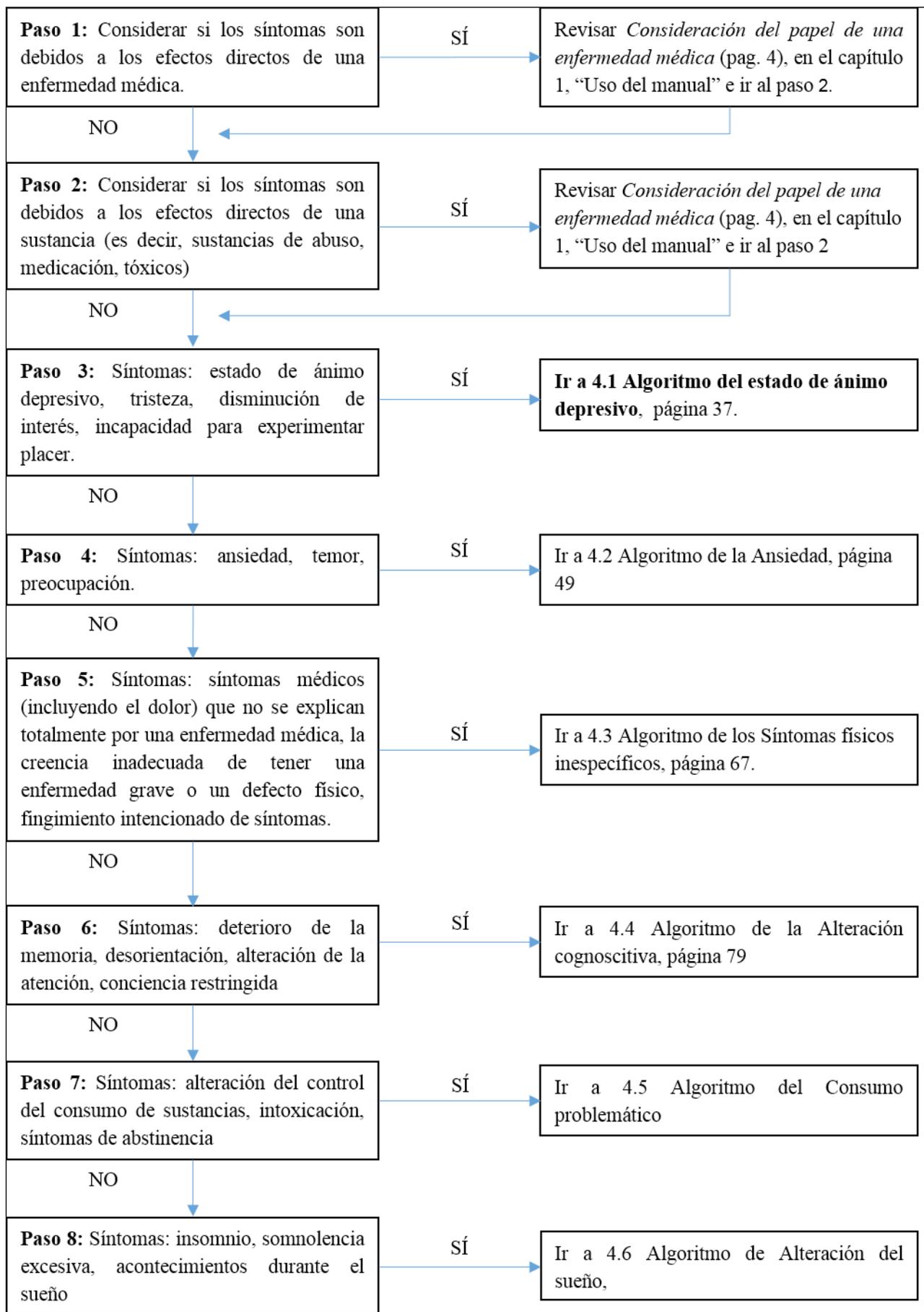
Los síntomas depresivos de los pacientes que acuden a atención primaria no se manifiestan de la misma forma que los síntomas de los pacientes que van a las consulta de salud mental. Con frecuencia, las personas no comunican a sus médicos de familia síntomas psicológicos, sino que manifiestan síntomas físicos o somáticos que enmascaran un problema de salud mental (Aragonés, Labad, Pinol, Lucena y Alonso, 2005). El motivo principal por el que los pacientes con depresión acuden a las consultas de AP, suele ser otro tipo de problema de salud. Concretamente, el 72,2% informan de otro tipo de síntomas y sólo el 25,8% indican síntomas depresivos (Libro Blanco de la Depresión, 1997). En muchos casos, este enmascaramiento de los síntomas depresivos puede ser explicado porque el médico de familia necesita hacer una exploración más amplia de la persona para descartar otras patologías, lo que conlleva preguntar con más frecuencia sobre problemas físicos al paciente (Libro Blanco de la Depresión, 1997). Los pacientes de AP con depresión mayor, suelen informar de problemas en el trabajo, con sus relaciones interpersonales, alteraciones del sueño, dificultad para realizar actividades cotidianas, problemas para concentrarse en tareas sencillas y fatiga la mayor parte del tiempo. Siendo esta última, una de las más comunes en AP. Se ha estimado que el 36% de los pacientes que informan de fatiga crónica (esta debe ocurrir al menos durante un mes y en este período debe estar presente al menos la mitad del tiempo) están padeciendo un trastorno del estado del ánimo (Fuller-Thomson y Nimigon, 2008).

Existen entidades nosológicas que describen la presentación clínica de la depresión mayor en atención primaria. La clasificación CIAP (Clasificación Internacional de la Atención Primaria, 1990; conocida en inglés como *International Classification of Primary Care in the European Community-ICPC*) está desarrollada por la WONCA (Organización Mundial de los Médicos de Familia) y construida exclusivamente para AP. Esta clasificación se encuentra en su segunda edición CIAP-2 (CIAP-2,

1999; *ICPC-2*, 1998) y aborda tres áreas importantes de la consulta médico-paciente: el motivo de la consulta, el problema atendido y el proceso de atención. Está compuesta por 17 capítulos, y presenta uno para problemas psicológicos. En este capítulo están recogidos 44 códigos diagnósticos que ayudan a los médicos de familia a identificar los diferentes problemas de salud mental, entre ellos se encuentra el código P76 que representa a los trastornos depresivos (*CIAP-2*, 1999).

La CIE-10 en su quinto capítulo ofrece las “pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en atención primaria”. Este capítulo se conoce como CIE-10-AP y consta de 3 herramientas: a) la primera es un índice de síntomas que conduce al médico de familia a los diagnósticos; b) la segunda es un organigrama que muestra una secuencia de decisiones; c) la tercera es un sistema de 25 fichas, cada una de ellas correspondiente a una categoría diagnóstica, donde se describe la presentación de síntomas y las pautas de actuación (CIE-10, 1996).

El DSM-IV también tiene una clasificación nosológica para los trastornos mentales en atención primaria: DSM-IV-AP (1997). Esta clasificación, mediante un árbol de decisión compuesto por 14 pasos, va guiando al médico de familia hacia un algoritmo específico relacionado con algún problema de salud mental (figura 1).



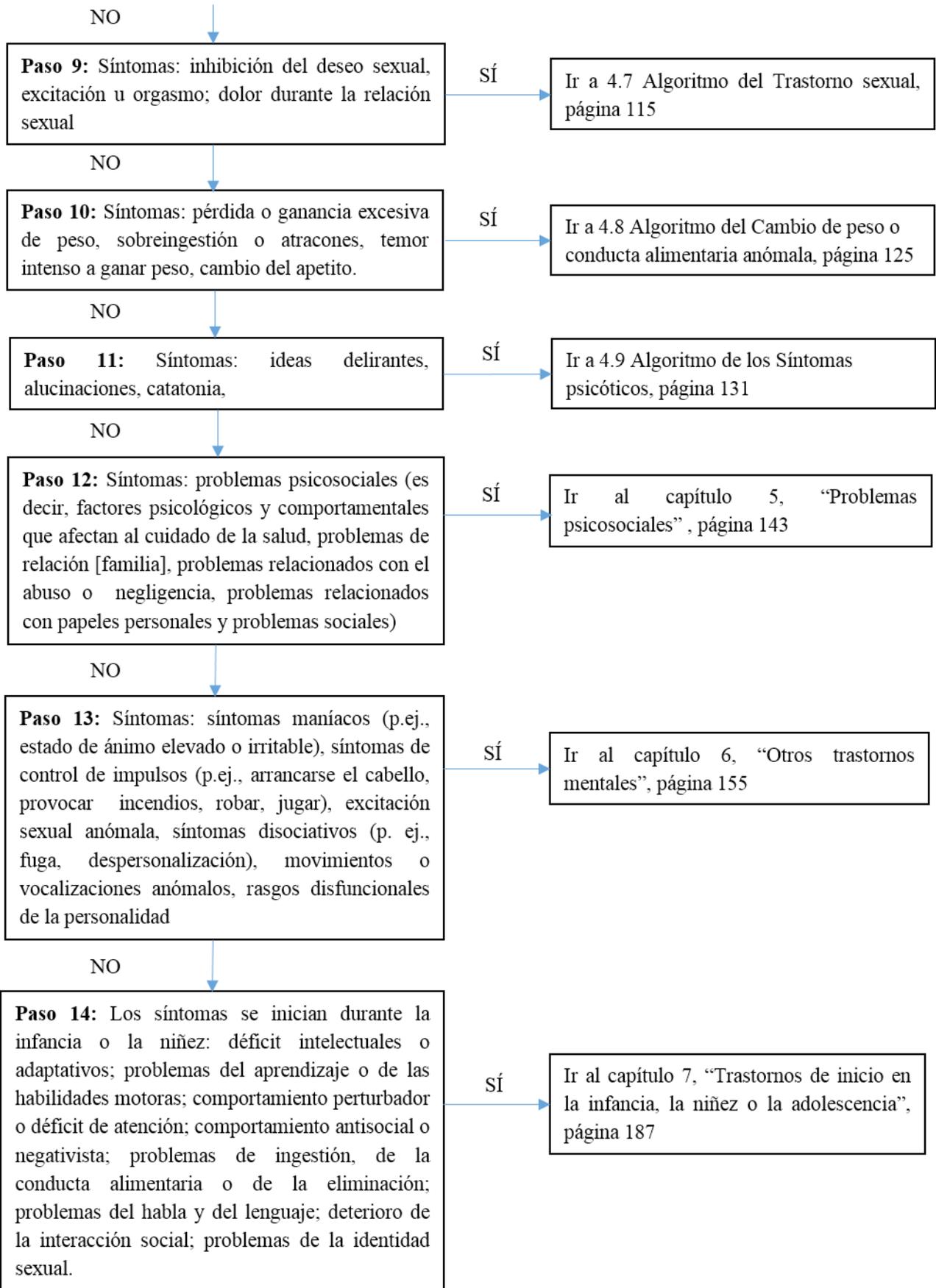


Figura 1. Algoritmo general de decisión para los problemas de salud mental. Extraído del DSM-IV-AP (1997).

Como se puede observar en el algoritmo general mostrado en la figura 1, en el paso 3, si el médico identifica un estado de ánimo depresivo, tristeza, disminución de interés e incapacidad para sentir placer en el paciente, debe pasar al algoritmo del estado de ánimo depresivo. Este algoritmo está compuesto por 7 pasos y pretende ayudar al médico de familia a que identifique algún trastorno del estado de ánimo, entre ellos la depresión mayor (DSM-IV-AP, 1997). En la figura 2 se muestra el algoritmo específico para los trastornos del estado del ánimo.

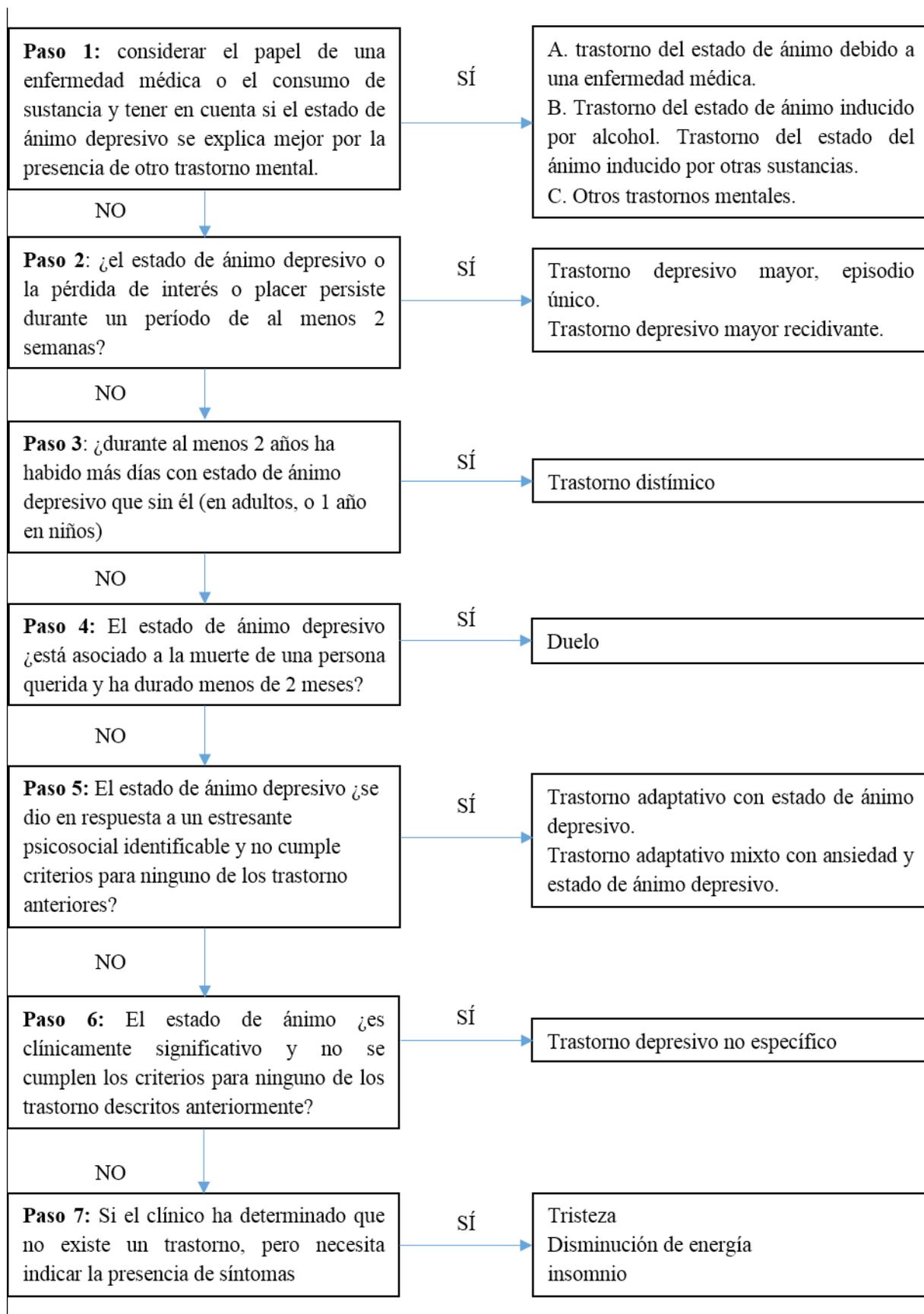


Figura 2. Algoritmo de decisión para los trastornos del estado del ánimo. Extraído del DSM-IV-AP (1997).

3.3. Tratamiento de la depresión en atención primaria.

La atención primaria es el primer nivel asistencial donde en teoría, acuden las personas cuando deciden que necesitan consultar algún problema referente a su salud (Casas Patiño, Rodríguez Torres, Isaac Casas Patiño, 2013; Starfield, 2002). El médico de familia se convierte en el primer filtro y contacto que tienen los pacientes con los servicios de salud. Es el encargado de detectar y tratar, o de detectar y derivar a los pacientes en función de los problemas de salud que presenten. Al ser la depresión uno de los trastornos por los que más se consulta en atención primaria (Ormel et al., 1990), los médicos de familia se pueden plantear un plan de actuación a la hora de tratar la depresión. Concretamente, las variables que más frecuentemente tienen en cuenta los médicos de familia a la hora de tratar la depresión son las siguientes: la gravedad de los síntomas, su persistencia, intervenciones o tratamientos previos, variables sociodemográficas del individuo, afección de los síntomas en la funcionalidad cotidiana de la persona y preferencias del paciente en el tratamiento, entre otras (NZGG, 2008).

El Libro Blanco de la Depresión (1997) señala las pautas de actuación más frecuentes de los médicos de familia en el tratamiento de la depresión. El tratamiento con psicofármacos es la prescripción más frecuente. En segundo lugar, la derivación a salud mental. En tercer lugar, nos encontramos con los consejos dados por los médicos de familia sobre cómo afrontar el trastorno depresivo. La cuarta pauta describe la prescripción de psicoterapia. Y por último y menos frecuente, en quinto lugar, el libro blanco describe que informar sobre pautas de vida es la opción menos empleada por los médicos de familia.

Martín-Agueda et al., 2007 señala que los médicos de familias prescriben el tratamiento farmacológico en un 98,3% de los casos de depresión mayor y la prescripción de psicoterapia en un 44,6 % de los casos. Respecto a los fármacos antide-

presivos más prescritos por los médicos de AP, se encuentra la paroxetina (prescrita en un 33% de los casos) y la fluoxetina (prescrita en un 30% de los casos) (Pinto-Meza et al., 2008).

La guía de práctica clínica NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2004; más adelante se describirán las guías de práctica clínica en detalle) señala que las variables más comunes a valorar en el tratamiento de la depresión, tanto en AP como en atención especializada, son la gravedad de los síntomas y su persistencia. Respecto a las indicaciones específicas para el tratamiento de la depresión en AP describe lo siguiente:

- Si la depresión se presenta con una gravedad leve, el uso de antidepresivos estaría desaconsejado a no ser que el paciente lo solicitase y contase con una historia previa de depresiones. Aconsejar una buena higiene del sueño, ejercicio físico, realizar algún programa de autoayuda y una psicoterapia cognitivo-conductual online, son indicaciones pertinentes en AP. Por otro lado, respecto a las intervenciones psicológicas, se recomienda una psicoterapia de orientación cognitivo-conductual con una duración de entre 6 y 8 sesiones repartidas en 3 meses.
- Cuando se trata de una depresión moderada o grave, la primera terapia de elección sería el tratamiento farmacológico. Los fármacos que tienen un grado de evidencia alta según la NICE (2004), serían los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). No se descartaría el uso de otro tipo de antidepresivos, como los tricíclicos, siempre y cuando estén bajo la supervisión de un psiquiatra. El tratamiento farmacológico se debe ofrecer antes de empezar cualquier tipo de tratamiento psicológico. Además, en el caso de una depresión moderada o grave, se puede optar tanto por una psicoterapia cognitivo-conductual como por la psicoterapia interpersonal (NICE 2004 y 2009). El número de sesiones en este caso sería de entre 16 y 20 repartidas de 6 a 9 meses. Se ha de

señalar también, que una vez se le indique al paciente el tratamiento a seguir, éste puede elegir no recibir ningún tipo de tratamiento. En este caso, se debe respetar su decisión y darle cita en 2 semanas para realizar un seguimiento de los síntomas depresivos (NICE, 2004).

García-Herrera Pérez Bryan et al. (2011) en su guía de práctica clínica del tratamiento de la depresión en atención primaria, presenta las siguientes recomendaciones para los médicos de familia:

a. Proporcionar apoyo activo al paciente que padece depresión:

- promoviendo una relación de colaboración médico-paciente, ya que esta relación es un buen predictor del resultado de la terapia tanto farmacológica como psicológica (Van os et al., 2005).
- explicar al paciente en qué consiste el trastorno depresivo, informando qué es y las opciones de tratamientos existentes.
- acordar con el paciente las tareas y los objetivos del tratamiento, teniendo en cuenta las necesidades y recursos del paciente y su familia (NZGG, 2008).

B. Autocuidados y educación:

- el médico de familia puede educar al paciente en estrategias y habilidades de autocuidados para su mejora de los síntomas depresivos.
- animar al paciente a que incorpore en su vida más actividad física, cualquier tipo de ejercicio con el que disfrute.
- incentivarle a aumentar actividades programadas placenteras. Ya que pro-

gramar actividades placenteras produce una mejoría en los síntomas depresivos (Cuijpers, Smit y Van Straten, 2007).

- recomendar una dieta equilibrada.
- animar a los pacientes a llevar un registro diario como ayuda para el auto-control de sus síntomas y modificaciones en su estilo de vida.

c. Prescribir e informar de cómo conseguir una correcta higiene del sueño.

d. Derivar a otros servicios de apoyo. Si el trastorno está asociado a un acontecimiento vital específico se puede considerar derivar a recursos psicosociales de la comunidad, como por ejemplo grupos para el tratamiento del duelo, servicios de orientación laboral, etc. Para ello el médico familia debe poseer una guía de recursos sociales de su zona (NICE, 2009).

A pesar del amplio abanico existente de tratamientos empíricamente eficaces, menos de la mitad de las personas (45,8%), reciben un tratamiento adecuado, independientemente del sector sanitario donde lo reciban (Fernández et al., 2007). Cuando se apunta específicamente a atención primaria, los porcentajes de adecuación del tratamiento de la depresión oscilan entre el 21% y el 63% (Fernández et al, 2010).

3.3.1. Guías clínicas de la depresión en AP.

Las guías de práctica clínica basadas en la evidencia (en adelante nombradas: GPC) tienen su auge desde que en 1993 la AHCP: *Agency for Health Care Policy and Research* (Agencia para el cuidado de la salud y la investigación, conocida hoy día por las siglas AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*) publicase una serie de 19 GPC para diferentes problemas de salud, entre las cuales se encontraba una GPC para la depresión en atención primaria. El desarrollo de estos instrumentos tiene como objetivo mejorar los servicios de salud, proporcionando directrices para los

profesionales sanitarios, ayudándoles a ofrecer a los pacientes una atención de calidad basada en la evidencia empírica (Grimshaw et al., 2004).

En la actualidad, podemos encontrar diversas GPC centradas en la detección y tratamiento de la depresión en atención primaria. La AHRQ, en 2013 lanzó la actualización de su GPC para la depresión en atención primaria, conocida como ISCI (*Institute for Systems Clinical Improvement*) (Mitchel et al., 2013). La ISCI se encuentra en su sexta edición, utiliza el DSM-5 como referencia diagnóstica y como base para el algoritmo de reconocimiento del trastorno depresivo en adultos. A lo largo de toda la guía, para facilitar su uso, se detalla también los códigos de la CIE-9 y CIE-10 correspondientes a las referencias diagnósticas del DSM-5. El algoritmo para detectar la depresión en AP, se compone de 12 pasos. El sistema de recomendaciones de esta guía se divide en dos: la recomendación fuerte, aquella que tiene un efecto deseado en el paciente independientemente de otras variables, y la recomendación débil, cuando el efecto sobre el paciente puede depender de otras circunstancias. Ambos tipos de recomendaciones se organizan entre tres categorías que hacen referencia a la calidad empírica de la evidencia en la que se sustentan. Estas tres categorías son:

- Alta calidad de la evidencia empírica: esta categoría explica que los estudios que la sustentan, tienen una alta estimación del efecto de sus datos a pesar de que haya más investigación novedosa al respecto.
- Moderada calidad de la evidencia empírica: esta categoría indica la posibilidad de que nuevas investigaciones tengan cierto impacto sobre la estimación del efecto de los datos, que ya existen sobre el tema.
- Baja calidad de la evidencia empírica: esta última categoría hace referencia a que las futuras investigaciones, tendrán un impacto importante sobre la estimación del efecto de los datos en los que se apoya las recomendaciones de esta guía, generando posibles cambios en las mismas.

Es decir, que nos encontramos con que ambos tipos de recomendaciones, tanto fuerte como débil, pueden estar clasificadas como alta/moderada/baja calidad de la evidencia empírica.

Otra GPC ampliamente utilizada es la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Con su origen en Londres, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica en colaboración con el Centro Nacional Colaborador de Salud Mental, desarrollaron esta guía para el tratamiento de la depresión. La guía NICE recibe su última actualización en 2009 con el título “Depresión en adultos”. La versión anterior publicada en 2004 y revisada en 2007 se titulaba “manejo de la depresión en atención primaria y secundaria”. En el año 2009, la guía NICE también publica una nueva guía titulada “El tratamiento y manejo de la depresión en adultos con problemas de salud física crónicos”, aportando así más material sobre cómo abordar la depresión a diferentes niveles. El planteamiento que realiza la NICE sobre el tratamiento de la depresión, es un proceso secuenciado y continuo entre atención primaria y atención especializada. Esto conlleva un reconocimiento de la depresión desde el primer nivel de asistencia sanitaria, AP. La NICE utiliza el DSM-IV en relación al diagnóstico y clasificación de la depresión. Como novedad en comparación con otras guías, incluye el síndrome depresivo subumbral como un estado previo al diagnóstico de depresión.

Los niveles de recomendación que explican y señalan en esta guía, se pueden dividir en 4 grados:

- Grado A: estrategia extremadamente recomendable ya que la evidencia proviene de meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados, o al menos de un ensayo clínico aleatorizado.
- Grado B: recomendación favorable ya que la evidencia proviene de estudios controlados, sin aleatorizar o bien de estudios de cohortes.

- Grado C: recomendación favorable pero no concluyente, debido a que la evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados o bien de estudios caso-control.
- Grado D: Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.

Continuando con las GPC que abordan la depresión en el ámbito de la atención primaria, nos encontramos también con la NZGG (*New Zealand guidelines group*) desarrollada por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda en 2008. Esta GPC titulada “Identificación de los trastornos mentales comunes y manejo de la depresión en atención primaria” (*Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care*) presenta cinco algoritmos de decisión y manejo de la depresión en AP y está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. El primer algoritmo va dirigido al reconocimiento y manejo de la depresión en personas jóvenes, el segundo está desarrollado para el diagnóstico de la depresión y su clasificación en leve, moderada y severa. Los tres siguientes algoritmos hacen referencia a los tres niveles de gravedad (leve, moderado y severa) y explican a través de un árbol de decisión el manejo y tratamiento de la depresión en AP.

La NZGG concluye lo siguiente:

- La mayoría de las personas jóvenes y adultos con depresión pueden ser gestionados dentro del servicio de AP usando un enfoque de cuidados por pasos. Un buen resultado de los cuidados y manejo de la depresión en AP depende de la colaboración entre el médico y el paciente, junto con la administración de un tratamiento y apoyo al paciente durante un período de tiempo suficiente.
- Los médicos de familia deben animar y apoyar el uso de estrategias de autogestión de la depresión en los pacientes que la sufren.

- El tratamiento administrado para la depresión debe reflejar los valores y preferencias de las personas. Los médicos de familia deben tener en cuenta también los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento, en función de las necesidades de los pacientes.
- Cuando la elección del tratamiento son fármacos antidepresivos, los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina son de primera elección salvo en pocas excepciones.
- Las intervenciones psicológicas breves para la depresión tales como la terapia de resolución de problemas, deben estar disponibles en el contexto de AP.
- Tanto las terapias psicológicas como farmacológicas son igualmente eficaces como tratamiento para adultos con depresión moderada.

La NZGG presenta tres niveles de recomendación y un punto de buena práctica. Los niveles de recomendación se organizan dependiendo de la evidencia empírica. La recomendación A) se señala cuando la estrategia a utilizar se apoya en una buena evidencia empírica basada en una serie de estudios válidos, consistentes, aplicables y clínicamente relevantes. La recomendación B) se sustenta en una evidencia empírica razonable basada en estudios que son válidos pero que muestran cierta incertidumbre en su consistencia, aplicabilidad y relevancia clínica. Por último, la recomendación C) es señalada cuando la estrategia en salud presentada, se basa en la opinión internacional de expertos en la materia. Esta GPC también presenta otra categoría sobre las recomendaciones consideradas como “claves de buena práctica del profesional de salud”. Esta categoría se basa en la experiencia del equipo de desarrollo de la guía y en la información recibida de los profesionales de Nueva Zelanda.

En 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica en España la primera versión de la GPC titulada “Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión

mayor en el adulto”. En 2014, es el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el que lanza la última actualización de esta GPC. Las indicaciones recogidas van desde el ámbito de atención primaria hasta la atención especializada. Los criterios diagnósticos en los que se basa esta guía son tanto los de la CIE-10 como los del DSM-5. Proponen también, al igual que otras guías, un algoritmo para manejar la depresión, en función de los diferentes niveles de gravedad (leve, moderado y grave). Esta GPC utiliza un modelo de atención escalonada y de colaboración entre atención primaria y salud mental, en el que las intervenciones y tratamientos se van ajustando al paciente según su estado y evolución. Como tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son los que están en primera línea de elección. Respecto al tratamiento psicológico, tanto la terapia cognitivo-conductual como la de solución de problemas se encuentran adecuadas para la depresión leve-moderada. En los casos de depresión moderada-grave, es la terapia interpersonal junto con la cognitivo-conductual las que se encuentran como tratamiento de primera elección. En el caso de que la depresión sea crónica y/o recurrente, se recomienda la combinación del tratamiento psicológico junto con el farmacológico. El ejercicio físico es considerado un buen complemento para la intervención de la depresión, siempre y cuando se ajuste a las necesidades físicas y motivaciones de los pacientes.

Los niveles de evidencia se componen en 4 categorías. La primera de ellas hace referencia a la calidad de la investigación en la que se basa la recomendación y se divide en 8 puntos:

- 1++: está basada en meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
- 1+: está basada meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.

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

Como segunda categoría se encuentra la fortaleza de la recomendación que se desarrolla en 4 puntos:

- Al menos un meta-análisis o revisión sistemática de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
- Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados, o evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
- Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a

la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados, o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.

- Evidencia de nivel 3 ó 4, o evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Como tercera categoría se encuentra un único punto que se señala cuando la recomendación se basa en estudios cualitativos relevantes y de calidad.

Como cuarta y última categoría se encuentra el punto denominado “buena práctica clínica” que hace referencia a recomendaciones basadas en la experiencia clínica y en el consenso del equipo redactor de esta GPC.

En Málaga, la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya y el Distrito Sanitario de Atención Primaria desarrollaron en 2011 la GPC “Tratamiento de la depresión en Atención Primaria” (García-Herrera Pérez Bryan et al., 2011). Esta guía, se asienta sobre la premisa de que AP constituye un espacio idóneo para el abordaje de la depresión, ya que es el primer nivel asistencial donde debe darse respuesta a la mayoría de las necesidades de la atención de la salud mental. Describen al médico de familia como el proveedor ideal para identificar y tratar la depresión en fase temprana. Esta guía, cubre la detección y tratamiento del episodio de depresión leve-moderado, y aborda la depresión menor y menor persistente (incluyendo distimia). A diferencia de las demás guías comentadas, no trata el episodio depresivo grave, pero sí el seguimiento y los criterios de derivación del paciente con depresión grave. Por otro lado, da cabida a la depresión en situaciones específicas (como las enfermedades crónicas) y aborda la depresión en personas mayores. Esta GPC se basa en “el modelo de atención por pasos”. Se empieza utilizando la intervención más eficaz y menos intrusiva para el paciente, y si la persona no se beneficia de ella o la rechaza, en los siguientes pasos, se deben ir ofreciendo otras intervenciones. Sobre las opciones de tratamiento farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina siguen siendo también en

esta GPC, tratamiento de primera elección en su forma genérica, salvo que existan interacciones con otros medicamentos. Respecto al tratamiento psicológico, las recomendaciones van dirigidas hacia la terapia cognitivo-conductual individual y el mindfulness basado en la terapia cognitivo-conductual. Los niveles de evidencia y sus grados de recomendación están adaptados en su totalidad al modelo de recomendación establecido por la NICE.

3.3.2. Incumplimiento de las Guías de práctica clínica de la depresión en AP.

Las GPC son herramientas a disposición del personal sanitario. Tienen la intención de ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad basada en la evidencia científica. A pesar de que las GPC se plantean como un instrumento útil en el contexto sanitario, su impacto en la práctica clínica es ampliamente variable (Grimshaw et al., 2004). Se han descrito una serie de barreras asociadas al uso de las GPC, éstas hacen referencia a la organización del contexto sanitario, a factores del médico, a factores del paciente y a la calidad del instrumento (Stewart et al., 2003). En una revisión sistemática de estudios cualitativos donde se abordaron las aptitudes de los médicos de familia respecto a las recomendaciones de las GPC (Carlsen et al., 2007), se encontraron las siguientes barreras a la hora de aplicarlas:

- Los médicos de familia muestran incredulidad o desconfianza a los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados como una de las mejores fuentes de información.
- Le dan prioridad a su experiencia propia.
- Consideran más importante fomentar la relación médico paciente que seguir las instrucciones de una GPC.
- Se siente más seguros haciendo más pruebas diagnósticas que las indicadas por

las GPC, para asegurarse así que no han olvidado nada importante.

- La atención interdisciplinar como recomiendan las GPC para la depresión, les cuesta llevarla a cabo por aspectos prácticos y organizacionales de su rutina laboral; como son la falta de tiempo, falta de recursos o habilidades con los nuevos procedimientos, y dificultad para acceder a otros profesionales.
- El formato de las GPC no les resulta fácil de seguir.

Según esta síntesis de estudios cualitativos (Carlsen et al., 2007), las GPC de tipo prescriptivos, es decir, aquellas que animan a utilizar las nuevas intervenciones o actitudes diagnósticas o terapéuticas, serían mejor recibidas por el médico de familia que las GPC de tipo restrictivo o indicando prohibiciones en las recomendaciones.

Atienza, Bañeres y Gracia, (2012) recogen las principales barreras encontradas en la literatura científica en el seguimiento e implantación de las recomendaciones de las GPC. Estas dificultades son las siguientes: A) se cuestiona la validez externa de las GPC, B) los médicos encuentran cierta rigidez y dificultad para aplicar las recomendaciones a los pacientes, C) los clínicos consideran que puede hacer peligrar la relación médico-paciente, D) la consideran una fuente de litigios y acciones disciplinarias, E) pueden afectar a la responsabilidad del profesional sobre el paciente, F) los médicos perciben una escasez de tiempo, falta de recursos y habilidades para poner en marcha las recomendaciones, G) los profesionales de la salud consideran que las guías deben ser cortas y sencillas, con folletos informativos que puedan darles a los pacientes, H) presentan una actitud negativa hacia las guías de tipo prohibitivo o restrictivo y hacia aquellas desarrolladas por instituciones gubernamentales, y por último, I) los clínicos temen el papel de la industria farmacéutica en la elaboración de las GPC y a que en sus recomendaciones prevalezcan los motivos económicos sobre los clínicos.

Kendrick (2000) hizo una descripción de los motivos por los que los médicos de familia no siguen las indicaciones de las GPC sobre depresión. El primero de ellos, fue que el diagnóstico de depresión en AP no es fácil de realizar. En segundo lugar, los médicos de familia dudan de las recomendaciones que no tienen en cuenta la causa de los síntomas depresivos. Y en tercer lugar, aunque los médicos reconozcan la depresión y consideren apropiado el tratamiento indicado en las GPC, los pacientes a menudo son reacios a aceptar la prescripción farmacológica.

En una investigación cualitativa realizada por Fernández et al., (2010) se estudiaron las opiniones de los médicos de familia, psicólogos y psiquiatras sobre las GPC en general y específicamente sobre las GPC para la depresión. Los médicos de familia refieren una falta de objetividad en las recomendaciones de expertos. Conocer quien ha elaborado la GPC, les da confianza en su uso. Otra dificultad que señalan, es la percepción de que las GPC se mueven por motivos económicos. Tanto médicos de familia como profesionales de la salud mental opinaron que las GPC no reflejan las necesidades individuales de los pacientes. También apuntaron que las recomendaciones pueden entrar en conflicto con la experiencia personal que tengan con el paciente. Además, señalaron que las guías no tienen en cuenta el contexto real, basándose en situaciones ideales. Por último, perciben que las GPC son complejas de seguir.

La OMS (World Health Organization, 2004) recomienda estudiar y conocer las percepciones de los profesionales a nivel local sobre las GPC, con el objetivo de mejorar el cumplimiento de sus indicaciones y el reconocimiento y manejo de los problemas de salud.



DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

4.1. Concepto de detección de la depresión en atención primaria.

El médico de familia, debido a su especialidad, ejerce una disciplina que se encarga de mantener la salud de la persona, estudiándola de forma global (Abril-Collado y Cuba-Fuentes, 2013). Uno de sus objetivos en consulta es identificar cuadros sintomáticos que correspondan a algún problema de salud.

El primer momento asistencial para aquellas personas con depresión, corresponde con el reconocimiento de la misma. Este primer paso va a determinar la calidad asistencial prestada, ya que identificar el problema, determinará las medidas terapéuticas a tener en cuenta con el paciente.

Bushnell et al. (2004) describieron varios niveles de reconocimiento que realiza el médico de familia de los problemas psicológicos en los pacientes: a) reconocimiento del algún síntoma psicológico, b) reconocimiento de algún problema psicológico clínicamente significativo y c) diagnóstico explícito. Los datos que encontraron para la depresión nos muestran lo siguiente:

- los médicos de familia detectan un 73% de algún síntoma referente al trastorno depresivo.
- detectan un 49,6 % de algún problema psicológico que ellos consideren clínicamente significativo referido a la depresión.
- diagnostican un 42,5% de trastornos depresivos, que al compararlos con una entrevista diagnóstica, el porcentaje de diagnosticados correctamente es de un 38,4%.

Siguiendo la información del libro blanco de la depresión (1997), las herramientas diagnósticas más utilizadas por los médicos de familia para detectar depresión, son la entrevista y la valoración de la sintomatología del paciente (tabla 2).

Tabla 2. Uso de instrumentos por parte de los médicos de familia para detectar depresión (Libro blanco de la depresión, 1997)

Instrumento que se emplean en el diagnóstico de pacientes depresivos	% uso de instrumentos
Dialogo/entrevista	96,0
Valoración de la sintomatología	86,1
Hablar con los familiares	28,0
Escalas psicométricas	6,7
Cuestionarios de diagnóstico	5,2

Martín-Águeda, et al. (2005a y 2007) describen que la detección de la depresión por parte de los médicos de familia consiste principalmente en utilizar la entrevista clínica (en un 90% de los casos) y en realizar una valoración de la sintomatología presentada por el paciente (en un 89% de los casos). Los médicos de familia tienen más facilidad para identificar los síntomas de estado de ánimo triste, decaído, con angustia, llanto, amargura; concretamente, estos síntomas los reconocen en un 75,6% de los casos. Sin embargo, cuando se trata de identificar síntomas tales como la disminución de vitalidad, apatía, baja energía, astenia e inhibición, el porcentaje de reconocimiento disminuye a un 48,7% de los casos. Para los demás síntomas característicos del trastorno depresivo, la proporción de detección es la siguiente (Martín-Águeda et al., 2005b):

- anhedonia, con un reconocimiento del 36,1% de los casos.
- ansiedad, con un reconocimiento del 15,1% de los casos.
- trastornos del apetito, con un 13,4% de los casos.

- ideas de suicidio, con un 7,1% de los casos.
- sentimientos de inutilidad, con un 4,6% de los casos.
- falta de concentración, con un 3,4% de los casos.

Henriques et al. (2009) analizaron también la habilidad que tenían los médicos de familia para reconocer cada uno de los síntomas depresivos en la entrevista. Los síntomas que menos se detectaron fueron: los problemas de concentración (61,8%), cambios en el apetito y/o peso (72,2%), y el insomnio o hipersomnia (74,1%). Respecto al síntoma de pensamientos de muerte o intentos de suicidio, los médicos de familia detectaban mejor este síntoma en mujeres que en hombres. Para los sentimientos de inutilidad, los médicos de familia tenían más facilidad en reconocer este síntoma en personas con ausencia de otros problemas de salud. Esto fue explicado por la posible tendencia de los médicos a considerar este síntoma como una reacción psicológica normal ante una enfermedad médica. Respecto a los síntomas de fatiga y enlentecimiento/agitación motora, se obtuvieron altas cifras de detección, además, no se suelen identificar estos síntomas si realmente no ocurren.

4.2. La dificultad para detectar depresión en AP.

4.2.1. Cuánto se detecta la depresión en AP: sensibilidad y especificidad.

La detección de la depresión mayor es importante para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud mental de los pacientes (Simon et al., 1999) y reducir el uso de servicios, especialmente de atención primaria (Bijl et al., 2004; Pignone et al., 2002). Además, un diagnóstico adecuado de la depresión en AP provocará que aquellas personas afectadas tengan un buen pronóstico (Simon et al., 1995), una disminución de los síntomas depresivos (Kamphuis et al., 2012) y provocará una reducción de los costes anuales ocasionados por la depresión (Luppa et al., 2008). Los estudios

que analizan la capacidad del médico para identificar un problema depresivo en AP, suelen ser en dos fases. Por un lado, es necesario que los clínicos emitan un juicio sobre el estado del paciente, el cual puede obtenerse a través de una petición directa a los médicos o a través de los datos de las historias clínicas de los pacientes. Por otro lado, para poder conocer si la valoración de los médicos sobre el diagnóstico realizado a los pacientes es correcta, es necesario compararlo con otro resultado. En este caso, se evalúa a los pacientes con uno o varios instrumentos “*gold standard*” que son considerados las medidas de referencia. Una vez se obtienen ambos resultados, el diagnóstico del médico y el diagnóstico del instrumento utilizado, se comparan, dando como resultado la capacidad que tiene el médico de detectar aquellos pacientes que sí tienen depresión (sensibilidad diagnóstica), junto con aquellos pacientes que no padecen tal problema de salud mental (especificidad diagnóstica).

La sensibilidad diagnóstica es la proporción de casos con depresión que son reconocidos por los médicos de familia. La especificidad diagnóstica es la proporción de casos sin depresión que son reconocidos por sus médicos como no deprimidos.

Las investigaciones muestran que existe cierta variabilidad en la proporción de casos detectados con depresión en AP. Se pueden encontrar proporciones desde un 14% de casos detectados en Japón, hasta un 70% de casos detectados en Verona (Italia) o Manchester (Reino Unido). De media, el médico de familia puede detectar un 39,1% de personas que tengan depresión (WHO, 2008). Esta variabilidad en los datos, aparte de explicarse por el tipo de población del estudio, puede también ser explicada por el método utilizado para extraer los datos del reconocimiento de la depresión (las historias clínicas de salud o la consulta con el médico de familia) (Cepoiu et al., 2008).

En el meta-análisis de Cepoiu et al. (2008) analizaron 36 estudios sobre detección de depresión en AP, y encontraron una sensibilidad del 36,4% y una especificidad del 83,7%. Estos datos señalan que los médicos de familia tienen más facilidad

para reconocer a las personas no afectadas de depresión, que a las personas que la padecen.

Un año más tarde, Mitchel et al. (2009) publicaron otro metanálisis realizado con 41 estudios pertenecientes a 11 países (Italia, Dinamarca, España, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Estados Unidos de América, Francia, Canadá, Hungría y Australia), encontrando que los médicos de familia diagnosticaron correctamente la depresión entre el 47,3% y el 50,1% de los casos. La sensibilidad diagnóstica obtenida fue del 50,1% y la especificidad del 81,3%. El rango de la sensibilidad encontrada entre los estudios del meta-análisis fue del 6,6% al 78,8%. Otro resultado relevante fue que cuando el médico repetía la evaluación de los pacientes, su precisión en identificar a los pacientes con depresión se incrementaba, encontrándose entre el 77,2% y el 89,5% (Tabla 3).

Munitz et al. (2000) realizaron un estudio trasversal en 6 países (República Checa, Israel, India, China, Rusia y Marruecos) donde analizaron los archivos de las historias clínicas de 1.197 pacientes, de los cuales 134 cumplían criterios diagnósticos para el trastorno depresivo, según el *checklist* de la CIE-10 (Janca, Üstün, Van Drimmelen y Sartorius, 1994). La cifra de casos con depresión que fueron reconocidos por sus médicos fue del 29,10% (39 pacientes).

Thompson et al. (2001) investigaron en un ensayo aleatorio controlado, el efecto de las guías de práctica clínica y de un entrenamiento sobre la detección de la depresión en 152 médicos de familias. Estos médicos recibieron la instrucción de clasificar a 18.414 pacientes con uno de los cuatro puntos siguientes: no se detecta depresión, problemas emocionales, depresión leve clínicamente significativa y depresión moderada o severa clínicamente significativa. De los pacientes estudiados, 3.668 tenían depresión medida con HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*; Zigmond et al., 1983), de los cuales fueron reconocidos por sus médicos el 36,1% de los casos.

El 91,5% de los casos no deprimidos fueron clasificados correctamente por sus médicos de familia. Además, encontraron una relación positiva entre la severidad de la depresión medida por el HADS y la detección del médico de familia, es decir, los pacientes con depresión severa fueron más fácilmente detectados.

Kessler et al. (2002) siguieron a una muestra de 179 pacientes de AP en el Reino Unido durante 3 años. Utilizaron el GHQ-12 (*General Health Questionnaire*; Goldberg, 1991) para identificar a los pacientes deprimidos. Para obtener los datos de detección del médico de familia, revisaron las historias clínicas durante el período del estudio. En este estudio se estimó que los médicos de familia detectaron correctamente en la línea base al 39% de los pacientes con depresión. En el segundo año, los médicos consiguieron reconocer a un 25% más de los casos, siguiendo sin identificar al 36,5% de los pacientes. En el último año de seguimiento, del 36,5 % que quedaban sin detectar, identificaron al 18,2% y el 18,3% restante ya no cumplía criterios de depresión. Es decir, que durante tres años, los médicos de familia tuvieron dificultades para identificar a aquellas personas que sufrían depresión, a pesar de tener contactos repetidos con los pacientes.

Henkel et al. (2003) en una población alemana de 431 pacientes de atención primaria llevaron a cabo un estudio de cohortes prospectivos con un año de seguimiento. Utilizaron la CIDI (World Health Organization, 1997) para diagnosticar depresión en los pacientes. Encontraron que los médicos de familia detectaron correctamente al 65% de los pacientes deprimidos y obtuvieron una especificidad del 74%. Los diagnósticos del médico de familia se obtuvieron mediante un breve formulario que reflejara la evaluación clínica realizada al paciente y su diagnóstico.

En España, Aragonés et al (2004) en un estudio trasversal, estudiaron la capacidad de los médicos de familia para reconocer la depresión. Reunieron a 120 pacientes con depresión y 23 médicos de familia. Los médicos tuvieron que rellenar un

formulario donde debían reflejar si el paciente tenía depresión o no. A los pacientes se les preguntó por la naturaleza de sus síntomas, y sus respuestas se clasificaron en síntomas psicológicos/sociales o síntomas somáticos. También se les preguntó por el número de visitas realizadas en los últimos 3 meses, el tratamiento farmacológico prescrito y si habían visto a algún especialista en salud mental. El diagnóstico de los médicos se comparó con la SDS (*Zung Self-Assessment Depresión Scale; Zung, 1965*) El resultado que se obtuvo fue que los médicos detectaron al 72% de pacientes que tenían depresión. Respecto a los pacientes que tenían depresión moderada o severa, se detectaron un 81% de los casos, mientras que aquellos que tenían depresión leve, se reconocieron en un 56% de los casos.

Nuyen et al. (2005) analizaron una muestra de 191 pacientes deprimidos en AP extraídos del estudio *The second Dutch National Survey of General Practice: DNS-GP-2* (Westert et al., 2005) que contó con una muestra de 1379 pacientes y 195 médicos. Los médicos de familia recibieron la instrucción de registrar en las historias clínicas de los pacientes, durante 1 año de seguimiento, los diagnósticos de depresión. Los datos de detección se analizaron en función de diferentes categorías: a) personas deprimidas sin ningún tipo de comorbilidad con otro problema de salud, b) personas deprimidas con comorbilidad psiquiátrica, c) personas con depresión y comorbilidad con algún problema somático, d) personas con depresión y que también presentaban comorbilidad tanto con problemas psiquiátricos como somáticos. De forma global, los médicos de familia reconocieron al 28,8% de los pacientes que tenían depresión. La detección para la categoría a) fue del 28,2% de casos; para la categoría b) se detectaron al 35,3% de los casos; en la categoría c) se detectaron al 31,5% de los pacientes; y para la categoría d) se detectaron al 36,7% de los pacientes depresivos. Estos resultados sugirieron que cuando el paciente cuenta con un abanico de síntomas más amplio, el médico es capaz de reconocer más casos depresivos.

Liu et al. (2006) investigaron en un estudio de cohorte prospectivo con un año

de seguimiento, la detección de la depresión en pacientes de AP de edad avanzada (media de edad de 61 años). El estudio se realizó en 7 centros médicos de 6 estados americanos. El instrumento utilizado para diagnosticar a los pacientes fue el SCL-20 (Simon et al., 2001). Los datos de detección del médico de AP se extrajeron de las historias clínicas de salud. Una tercera parte de los pacientes deprimidos fueron reconocidos por sus médicos de familia. Respecto a los datos de reconocimiento del trastorno en función de la gravedad se obtuvo lo siguiente: se detectó al 40% de los pacientes deprimidos con sintomatología severa, al 27% de casos con sintomatología moderada, y al 23% de los casos afectados con sintomatología leve.

Manchetti et al. (2009) estudiaron el reconocimiento de la depresión en atención primaria utilizando una muestra de pacientes correspondientes a un estudio epidemiológico nacional en Italia (Berardi et al., 2002). Contaron con 191 médicos de familia y 1.896 pacientes, de los cuales, 299 tenían un trastorno de depresión mayor medido por el GHQ-12 (Goldberg, 1991) y el checklist de la CIE-10 (Janca et al., 1994). Los médicos de familia recibieron dos instrucciones, la primera, que detectaran si sus pacientes tenían depresión, y la segunda, que clasificaran el motivo de consulta del paciente en una de estas cuatro opciones: a) problemas psicológicos o familiares, b) problemas físicos, c) síntomas de dolor y, d) razones administrativas. Los resultados que obtuvieron fue que los médicos de familia detectaron al 73,9% de pacientes depresivos. Respecto al motivo de consulta, detectaron el 82,7% de pacientes depresivos que tuvieron como motivos de consulta problemas psicológicos o familiares. La detección fue más baja para el grupo de pacientes con depresión que tuvieron como motivo de consulta síntomas de dolor, reconociendo al 57,9% de pacientes depresivos.

Fernández et al. (2010) llevaron a cabo un estudio trasversal con una muestra española de 3.815 pacientes y 618 médicos de familia reclutados en Cataluña, un estudio sobre la precisión del diagnóstico de la depresión por parte de los médicos de

familia. A los pacientes se les pidió que identificaran su principal motivo de consulta entre: problemas físicos, emocionales o psicológicos, administrativos o alguna combinación de todos ellos. Los datos del médico sobre detección de la depresión se tomaron de las historias clínicas de los pacientes. De los 3.815 pacientes, 339 obtuvieron un diagnóstico de depresión mediante la SCID (First, Gibbon, Spitzer y Williams, 1996). De éstos, fueron detectados por sus médicos de familia el 22% de los casos (69 pacientes). Aunque los datos sobre sensibilidad fueron bajos, los de especificidad fueron más elevados. Mostrando un 94% de acierto en reconocer a los pacientes no deprimidos. Los participantes diagnosticados de depresión presentaron como principal motivo de consulta, problemas emocionales o psicológicos.

Mitchel et al. (2011) llevaron a cabo un meta-análisis donde se obtuvieron las siguientes cifras por países de detección de la depresión por parte del médico de familia: Italia 64%, Australia 59,1%, Los Países Bajos 52,5%, USA 49,2% y Reino Unido 45,6%. Respecto a la especificidad, Los Países Bajos obtuvieron un 88,5%, los Estados Unidos un 81,1%, Italia un 79,3% y Australia un 71,9%.

Kamphuis et al, (2012), realizó un estudio de cohortes prospectivo con 39 meses de seguimiento (PREDICT-NL). Analizaron una muestra de 1.293 pacientes de AP, de los cuales 170 pacientes obtuvieron un diagnóstico de depresión mediante la CIDI. En la línea base, el 25% fue detectado por sus médicos de familia. Este dato se extrajo de los registros electrónicos de las historias clínicas de los pacientes. Cuando al registro diagnóstico del médico se le sumó el registro de las prescripciones de antidepresivos, la cifra ascendió al 36% de los casos.

Tabla 3. Proporción de pacientes detectados con depresión en AP.

Autores, años de la publicación y país.	% Detección de la depresión por parte del médico de familia en AP	Forma de extracción de los datos de detección
Munitz et al., 2000: República Checa, Israel, India, China, Rusia y Marruecos.	29,1%	A partir de las historias clínicas de los pacientes.
Thompson et al., 2001: Reino Unido	36,1%	Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente.
Kessler et al., 2002: Reino Unido.	39%	A partir de las historias clínicas de los pacientes.
Henkel et al., 2003: Alemania	65%	Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente.
Aragonés., 2004: España	72%	Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente.
Nuyen et al., 2005: Holanda	28%	A partir de las historias clínicas de los pacientes.
Liu et al., 2006: USA	40% depresiones de nivel severo 27% depresiones de nivel moderado 23% depresiones de nivel leve	A partir de las historias clínicas de los pacientes.
Cepoiu et al., 2008: Holanda, España, Reino Unido, Alemania, Italia, Arabia Saudí, USA*	36,4%	A partir de las historias clínicas de los pacientes Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente
Mitchel et al., 2009: Italia, Dinamarca, España, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Estados Unidos de América, Francia, Canadá, Hungría y Australia.*	50,1 %	A partir de las historias clínicas de los pacientes. Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente
Mancheti et al., 2009: Italia	73,9%	Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente.
Fernández et al., 2010: España.	22%	A partir de las historias clínicas de los pacientes.
Mitchel et al., 2011*	64% Italia 59% Australia 52,5% Países Bajos 49,2% USA 45,6% Reino Unido	A partir de las historias clínicas de los pacientes Petición directa al médico de familia sobre la valoración de la sintomatología del paciente.
Kamphuis et al., 2012: Reino Unido, España, Eslovenia, Estonia, Países Bajos, Portugal y Chile	25%	A partir de las historias clínicas de los pacientes

*meta-análisis

4.2.2. Infradiagnóstico y sobrediagnóstico.

Es importante señalar que tanto el infradiagnóstico como el sobrediagnóstico podrían tener consecuencias negativas para el paciente. No iniciar un tratamiento y/o derivación a salud mental, si fuera pertinente, dificulta la recuperación de la depresión, ya que comenzar el tratamiento precozmente mejora el pronóstico (Scott, Eccleston y Boys, 1992). Por otro lado, los falsos positivos (personas no deprimidas que son reconocidas como deprimidas: sobrediagnósticadas) en muchas ocasiones puede acabar estigmatizando al paciente, e, iniciar un tratamiento que sería innecesario, aumentando el riesgo de efectos secundarios y los costes (Kendrick, King, Albertella y Smith, 2005)

En AP se han llevado a cabo investigaciones que estimaron que entre un tercio y la mitad de los casos de depresión se encuentran infradiagnosticados (Goldberg et al., 1998). Gabarrón et al. (2002) calcularon que el 44,3% de los casos con depresión se encontraban infradiagnosticados por sus médicos de familia. En el meta-análisis de Mitchel, et al. (2009) se obtuvo un 45,4% de falsos negativos. Con respecto a los falsos positivos, encontraron que cuando la prevalencia de depresión se movía entre el 10% y el 20%, los falsos positivos superaban a los verdaderos positivos en un 50% (sobrediagnóstico). Sin embargo, cuando la prevalencia de la depresión se encontraba en un 27,3%, los falsos positivos y verdaderos positivos se igualaban.

Aragonés et al. (2006) investigaron específicamente el sobrediagnóstico de la depresión en AP. Sus resultados obtenidos con muestra española mostraron que el 26,3% de los casos no deprimidos eran sobrediagnosticados de depresión por sus médicos de familia. Previamente, Klinkman et al. (1998) hallaron un 29,6% de falsos positivos y un 43,5% de falsos negativos. En este estudio el infradiagnóstico fue superior al sobrediagnóstico. Un año más tarde, Tiemens et al. (1999) analizaron 3 niveles de desacuerdo entre la detección realizada por el médico de familia y el

resultado diagnóstico de un *gold standard*:

- a. desacuerdo sobre la existencia de síntomas depresivos. El médico considera que el paciente no tienen síntomas y el instrumento diagnóstico señala que tiene algún síntoma, o al contrario. En este caso, obtuvieron un 27% de casos en los que el médico no detectó síntomas depresivos y el instrumento sí, y un 55,1% de casos en los que el médico detectó síntomas depresivos y el instrumento no.
- b. desacuerdo en el número de síntomas depresivos. Tanto el médico como el instrumento diagnóstico señalan que el paciente tiene síntomas depresivos, pero no coinciden en el número de síntomas identificados. Un 39,7% de los médicos mostraron desacuerdo en el número de síntomas identificados.
- c. desacuerdo sobre el tipo de diagnóstico. El médico identifica depresión, y el instrumento diagnóstico clasifica al paciente con otro diagnóstico de salud mental, como puede ser un trastorno de ansiedad. En este caso, un 33,3% de los médicos dieron otro diagnóstico diferente al de depresión.

La variabilidad en las cifras de sobrediagnóstico e infradiagnóstico, puede deberse a:

- la muestra estudiada: los pacientes pueden encontrarse en un inicio reciente de síntomas depresivos o en un proceso de remisión, este umbral puede influir tanto en los diagnósticos emitidos por el instrumento como en los del médico.
- al instrumento diagnóstico utilizado de referencia o gold standard (todos los instrumentos no se basan en los mismos criterios diagnósticos).
- a la forma en la que se recogen los datos de detección en los estudios (historias clínicas de salud o petición directa al médico sobre el reconocimiento).

4.2.3. Instrumentos que se pueden utilizar en AP para evaluar la depresión.

En atención primaria, los instrumentos de evaluación de la depresión pueden utilizarse cuando el médico de familia tiene sospechas de que una persona puede estar padeciendo un trastorno depresivo. Un buen instrumento que ayude a los médicos de familia se caracteriza por ser breve y sencillo, para poder aplicarlo en el escaso tiempo de consulta con el paciente. Las guías de práctica clínica sobre depresión en AP, aconsejan el uso de varias preguntas de cribado o seguir un algoritmo de decisión para poder reconocer si la persona presenta síntomas depresivos (ISCI 2010; NICE 2009; NZGG 2008; García-Herrera Pérez Bryan, et al., 2011). Aunque en la práctica habitual el principal método de detección de la depresión por parte de los médicos de familia es la entrevista clínica y no los instrumentos. Éstos pueden considerarse como una prueba objetiva que complementa la entrevista clínica y el conocimiento del médico de familia. Pignone et al. (2002) en sus resultados sobre coste-efectividad mostraron que el cribado de depresión puede ser tan coste efectivo como los cribados de cáncer de mama o de hipertensión.

También existen estudios que arrojan datos sobre la poca eficacia de los instrumentos de cribado de depresión. La *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF, 2009) aconseja usar los instrumentos de cribado sólo cuando los médicos de familia pueden informar adecuadamente al paciente sobre su situación y realizar el seguimiento adecuado de los tratamientos prescritos. Por otro lado, los estudios de Gilbody, et al. (2001 y 2007) señalaron que el uso del cribado es una práctica costosa y que muestra pocos beneficios en el incremento de la detección en AP. Aunque apuntaron que existen pocos datos respecto al cribado de la depresión, administrado de forma rutinaria.

En el ámbito de la investigación, estos instrumentos se utilizan para tener una medida empírica comparativa, con la que estudiar la detección del trastorno por

parte del médico de familia. Además, ayudan a simplificar la metodología de adquisición u obtención de información y facilitan la estandarización y diagnóstico (García-Campayo et al., 2004). Izquierdo Elizo (2011) encontró que tanto el instrumento de cribado BDI FS (Beck, Guth, Steer y Ball, 1997) como la subescala de depresión del HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*-Escala hospitalaria de ansiedad-depresión; Zigmond et al., 1983), superaron el juicio clínico de los médicos de familia en la mayoría de los índices de rendimiento diagnóstico de los instrumentos, lo que sugiere que el uso de estos instrumentos puede mejorar el ejercicio de detectar la depresión en AP.

Los instrumentos más utilizados para evaluar el trastorno depresivo, tanto en el contexto de AP como en otros ámbitos, pueden consultarse en la tabla 4.

Tabla 4. Instrumentos de evaluación y cribado que detectan la depresión y pueden utilizarse en el ámbito de AP.

Instrumentos sobre detección de la depresión			
INSTRUMENTO	ITEMS	TEMA	FORMATO
<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI). Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1996)	21	Depresión	Autoaplicado
<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Screen</i> (CES-D). Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos. (Radloff, 1977)	7/9/20	Depresión	Autoaplicado
<i>Zung Self-Assessment Depresión Scale</i> (SDS). Escala autoaplicada para la depression de Zung (Zung, 1965)	20	Depresión	Autoaplicado
<i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (HDRS). Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1969)	6/7/17/ 21/ 25	Depresión	Heteroapliada
<i>Hospital Anxiety Depression Scale</i> (HADS). Escala hospitalaria de ansiedad-depresión (Zigmond et al., 1983)	14	Depresión/ ansiedad	Autoaplicada
<i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1983)	15/30	Depresión	Auto/Hete- roaplicada
<i>General Health Questionnaire</i> (GHQ). Cuestionario de Salud General de Goldberg (Goldberg, 1972)	60/30/ 28/12	Malestar psicológico	Autoaplicada
Instrumentos sobre detección de la depresión en el contexto de AP			
Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EAGD) (Goldberg et al., 1988)	8/18	Depresión/ Ansiedad	Heteroapliada
<i>BDI-Fast Screen</i> (BDI-FS) o <i>BDI for primary care</i> (BDI-PC). BDI-cribado rápido para pacientes de la disciplina médica o conocido también por BDI para atención primaria (Beck et al., 2000)	7	Depresión	Autoaplicada
<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorder</i> (PRIME-MD). Evaluación de los Trastornos Mentales en Atención (Spitzer et al., 1994)	25	Depresión/ Ansiedad/ trastornos alimentación/ alcoholismo/	Auto/Hete- roaplicada
<i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9). Cuestionario de Salud del Paciente-9 (Spitzer et al., 1999; Kroenke et al., 2002)	10	Depresión	Autoaplicada
<i>Patient Health Questionnaire-8</i> (PHQ-8). Cuestionario de Salud del Paciente-8 (Kroenke et al., 2009)	8	Depresión	Autoaplicada
<i>Patient Health Questionnaire-2</i> (PHQ-2). Cuestionario de Salud del Paciente-2 (Kroenke et al., 2003)	2	Depresión	Autoaplicada
<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS). Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Gox et al., 1987)	10	Depresión postparto	Autoaplicada

4.3. Factores asociados a la no detección.

La dificultad en la detección de la depresión por parte de los médicos de familia puede estar asociada a características del médico de familia, del paciente y de la organización (tabla 5).

4.3.1. Factores del médico de familia asociados a la no detección de la depresión.

El médico de familia tiende a prestar más atención a los problemas físicos que a los problemas psicológicos (Linárez et al., 2007; Kirmayer, et al., 1993). En un primer momento, suelen descartar los problemas de salud físicos, por lo que no priorizan los síntomas de las personas con depresión (Saltini, Macci, del Piccolo, et al., 2004).

Otro factor del médico de familia asociado a la no detección de la depresión, es la dificultad de éste a la hora de clasificar los síntomas depresivos en categorías diagnósticas, especialmente en los casos en los que la sintomatología es leve o subclínica. Estudios cualitativos han mostrado, que los médicos de familia opinan que una de sus principales barreras para clasificar los síntomas depresivos, es distinguir las preocupaciones normales de la vida con el estado de ánimo deprimido (Thomas-MacLean et al, 2004).

La formación en salud mental de los médicos de familia se ha relacionado con una mayor detección de la depresión (Alarcón, et al., 2001; Linárez, 2005). Habilidades terapéuticas como escuchar de forma activa las quejas emocionales de los pacientes se asoció a detecciones más precisas (Gask, Dixon, May, et al., 2005).

El conocimiento de los médicos de familia sobre sus pacientes (en cuanto a historia previa de salud mental y a tratamientos prescritos) se ha asociado a una mayor detección de la depresión. Cuando el médico de familia desconoce al paciente,

aumenta la proporción de errores diagnósticos (Coyne et al., 1997; Klinkman et al., 1998). La experiencia clínica en salud mental y una buena relación terapéutica médico-paciente también se han relacionado con una mayor detección de la depresión. La ausencia de estas características se asocian a bajas cifras de detección (Wittchen, Holfler y Meister, 2001; Bushnell, 2004).

Las cifras de detección de la depresión, se ven influenciadas por el registro que realizan los médicos de familia en las historias clínicas de salud. Las cifras de sensibilidad diagnóstica son más bajas en los estudios donde se utiliza esta fuente de documentación (Mitchel et al., 2009; Cepoiu et al., 2008).

La OMS (WHO, 2008) se encargó de describir las dificultades que los médicos de familia presentan a la hora de reconocer la depresión. Entre ellas se encontraron: a) una escasa formación en temas de salud mental, b) una falta de interés o incomprensión sobre la naturaleza de los trastornos mentales, c) sentirse incapacitado a la hora de tratar problemática social o de manejar el posible estigma que puede surgir con un diagnóstico referente a salud mental y d) padecer desgaste profesional.

4.3.2. Factores del paciente asociados a la no detección de la depresión.

Las personas con depresión que acuden a su médico de familia, tienen una presentación clínica del trastorno diferente a la de las personas que asisten a los servicios de salud mental. Los consultantes de AP reflejan menos sintomatología psicológica; tienden a describir síntomas físicos como puede ser dolor crónico, cambios de apetito, problemas del sueño, cefaleas, mareos, etc., en vez de tristeza, anhedonia, desinterés prolongado y apatía. Además, suelen quejarse de poca salud y de un funcionamiento físico inferior al que solían tener. Este fenómeno se conoce como enmascaramiento de los síntomas. Dos tercios de los pacientes con depresión presentan estos síntomas somáticos en las consultas de AP, lo que puede complicar la detección de la depresión (García-Campayo et al., 2008; Chinchilla 2008). La literatu-

ra describe que cuando el motivo de consulta no hace referencia a problemas psicológicos o emocionales, los pacientes depresivos son más difíciles de detectar por parte de sus médicos de familia (Aragónés et al., 2004; Mitchel et al., 2009 y Fernández et al., 2010).

Las variables sociodemográficas de los pacientes que se han relacionado con la dificultad para detectar la depresión en AP, han sido: sexo (mujeres), estado civil (viudos) y situación laboral (jubilados) (Gabarrón et al., 2002). También se ha relacionado una mayor edad con los errores diagnósticos en el reconocimiento de la depresión (Klinkman, et al. 1998).

Otras de las dificultades descritas en la literatura ha sido la comorbilidad de la depresión con otros problemas de salud mental o física (Chinchilla, 2008). La presentación de dos o tres trastornos comórbidos, se encuentran asociados a una mayor probabilidad de detectar erróneamente la depresión (Tiemens et al., 1999). Estos resultados también se obtuvieron en el estudio de Coyne et al (1997) donde los pacientes deprimidos con otros problemas de salud mental, tenían menos probabilidad de que sus médicos reconocieran el trastorno depresivo.

Los pacientes con una depresión leve o moderada, son más difíciles de reconocer por sus médicos de familia. Una mayor severidad y un mayor deterioro funcional, causado por el trastorno, se han asociado a mayores cifras de detección de la depresión (Nuyen et al., 2005; Gabarrón, et al., 2002 y Simon, et al., 1995 y 1999)

La OMS (WHO, 2008) describe una lista de factores del paciente relacionados con la dificultad para detectar depresión en AP: a) los pacientes pueden considerar que no necesitan ayuda profesional para los problemas psicológicos, b) pueden presentar miedo a la hospitalización en salud mental o al estigma por la utilización de los servicios de salud mental, y c) los pacientes focalizan en síntomas físicos su malestar psicológico.

4.3.3. Factores de la organización asociados a la no detección de la depresión.

Las características de los centros de salud influyen sobre la práctica clínica de los médicos de familia y pueden afectar al reconocimiento de la depresión. Las limitaciones estructurales de los servicios de salud, como son la elevada presión asistencial y el escaso tiempo por paciente, pueden generar dificultades en la detección de la depresión (García-Campayo, et al., 2004; Linárez et al., 2007). En la primera visita que realiza el paciente con depresión a la consulta de AP según datos españoles, el 70% de los médicos dedican un tiempo medio de entre 9,8 minutos a 14,5 minutos. En las consultas de revisión, el médico de familia puede dedicar un rango de tiempo de entre los 7,7 minutos y los 11 minutos. El 86,4% de los médicos de familia consideraron que necesitaban más tiempo para poder detectar a un paciente con depresión que a pacientes con otras problemáticas (Martín-Águeda et al., 2007). En la misma línea, el Libro Blanco de la Depresión (1997) señala que el 72,3% de los médicos de familia opinaron que necesitaban más tiempo del que tenían asignado por paciente en la consulta.

El tiempo disponible en las consultas de AP, según resultados cualitativos, supone una barrera para detectar la depresión. La presión asistencial afecta tanto a médicos como pacientes. Estos últimos, al conocer del poco tiempo que disponen los médicos de familia, a menudo se abstienen de revelar completamente sus problemas, considerando que así hacen mejor uso de la consulta. Esta restricción autoimpuesta tiene consecuencias para la detección de la depresión (Pollock et al., 2002).

La OMS (WHO, 2008), aparte de señalar la posibilidad de que los médicos de familia tengan tiempo insuficiente en consulta para valorar los problemas relacionados con la salud mental, resalta como un factor de la organización que puede influir en las bajas cifras de detección de la depresión, la insuficiente financiación otorgada a los centros de salud, lo que conlleva que los recursos humanos con los que

se cuenten sean insuficientes.

Tabla 5. Variables del profesional, del paciente y de la organización relacionadas con las bajas cifras de detección de la depresión en AP.

Profesional	Paciente	Organización
<p>Detecta síntomas pero tiene dificultad para :</p> <ul style="list-style-type: none"> • clasificarlos en las categorías diagnósticas del trastorno depresivo. • considerarlo un trastorno en vez de un estado de ánimo normal ante eventos vitales. 	<p>Enmascaramiento de síntomas, presentación de síntomas somáticos en vez de psicológicos.</p>	<p>Tiempo insuficiente en las consultas de AP.</p>
<p>Formación del médico de AP insuficiente o no dirigida a problemas relacionados con la salud mental</p>	<p>Altos nivel de comorbilidad con otros problemas de salud mental y físicos.</p>	<p>Financiación asignada a los centros de AP insuficiente.</p>
<p>Centran más su atención a problemas físicos que a problemas psicológicos o psicosociales.</p>	<p>El motivo de consulta no hace referencia a problemas psicológicos.</p>	
<p>Falta de familiaridad o conocimiento previo del paciente y/o historial clínico.</p>	<p>Niveles moderados o leves del trastorno que no muestran un deterioro acentuado.</p>	
<p>No registro habitual de los diagnósticos en las historias clínicas,</p>	<p>Miedo a la estigmatización por la utilización de los servicios de salud mental.</p>	
	<p>Características sociodemográficas: mujeres, viudos, jubilados y/o personas mayores</p>	

JUSTIFICACIÓN

La depresión mayor es considerada un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia e incidencia (Haro et al., 2006; Ferrari et al. 2013a), sus elevados costes (Olesen, et al., 2012) y a la gran discapacidad que genera (WHO, 2008; Mathers y Loncar, 2006).

El médico de familia suele ser el primer contacto con los servicios de salud que tienen las personas con depresión (Jenkins et al., 2002). No obstante, en promedio el médico de familia sólo detecta un 39% de los casos de depresión (WHO, 2008). Esta baja capacidad de detección se ha relacionado con un peor pronóstico del paciente deprimido. Los pacientes deprimidos detectados, en comparación con los no detectados, tienen una evolución más favorable con una mayor disminución de los síntomas depresivos y una mejor calidad de vida relacionada con la salud mental (Kamphuis et al., 2012; Simons et al., 1999). Además, los costes anuales son superiores en los pacientes deprimidos no detectados que en los detectados (Lupaa et al., 2008).

Se han descrito variables del paciente asociadas a la no detección de la depresión como la edad, el sexo, los eventos vitales, etc. (Kamphuis, et al., 2012). También se han señalado variables relacionadas con el médico de familia, como la formación en salud mental o el conocimiento del cupo (Kinkman et al., 1998); o con la organización, como la demanda asistencial o la falta de recursos en atención primaria (García-Campayo y Lou Arnal, 2004; Linárez et al., 2007); y con la interacción médico-paciente-organización, como el número de consultas y las prescripciones farmacológicas (Klinkman, et al. 1998; Gabarrón, et al., 2002; Kamphuis, et al., 2012). Sin embargo, la mayoría de estos estudios tienen un diseño transversal, resultando difícil separar en el tiempo los factores asociados y su potencial efecto sobre la de-

tección de la depresión; mientras que los estudios de cohortes son escasos (Kessler et al., 2002; Kamphuis et al., 2012). Además, los estudios en los que se pregunta a los médicos sobre un posible diagnóstico de depresión en un paciente concreto, podrían generar resultados sesgados, ya que el médico podría cambiar su conducta al sentirse observado. De hecho, este tipo de estudios suelen referir cifras de detección de depresión sensiblemente más elevadas que aquellos en los que los médicos no saben que son observados (Mitchel et al., 2009).

Hasta ahora no se han publicado estudios de cohortes con un enfoque episódico en los que se estudien los cuatro tipos de factores (paciente, médicos de familia, organización y la interacción de los tres) combinados en un mismo modelo, que tengan en cuenta la estructura jerárquica de los datos (regresiones multinivel) y que además modelen adecuadamente el tiempo hasta la detección (Regresión de Cox y modelos de supervivencia multinivel).

OBJETIVOS

1. Objetivo principal: Obtener un modelo explicativo de la detección de la depresión mayor por los médicos de familia que incluya factores del paciente, del médico de familia, de la organización y de la interacción de estos tres factores, que tenga en cuenta la estructura jerárquica de los datos y que modele adecuadamente el tiempo hasta la detección.

Objetivos secundarios:

- 1.1 Identificar los factores del paciente que se asocian con la detección de la depresión mayor por los médicos de familia.
- 1.2 Identificar los factores del médico que se asocian con la detección de la depresión mayor por los médicos de familia.
- 1.3 Identificar los factores de la organización que se asocian con la detección de la depresión mayor por los médicos de familia.
- 1.4 Identificar los factores de la interacción paciente-médico-organización que se asocian con la detección de la depresión mayor por los médicos de familia.



METODOLOGÍA

Esta tesis doctoral forma parte de los proyectos de investigación: Predict-España, (PI-0194/2007, PI-05/403, PI-06/278; PI-04/1980, PI-04/1771, PI-04/2450, PI06-1442, cuya metodología está descrita en detalle en artículos previos (Bellón et al., 2008 y 2011); y PREDICDT- EUROPA (Vth Framework Program: QLRT 2002-00638), cuya metodología también fue publicada en un artículo (King et al., 2006).

7.1 Diseño.

Esta investigación tiene un enfoque episódico y un diseño de cohortes prospectivo de 2 años de seguimiento.

La unidad de estudio es el episodio de depresión mayor, el cual tiene una fecha de comienzo de episodio o de entrada en el estudio (inicio de los síntomas depresivos con criterios DSM-IV de depresión mayor) y otra de fin de episodio o de salida del estudio (no reúne criterios DSM-IV de depresión mayor o se alcanza el fin del seguimiento del episodio). Para obtener un diagnóstico DSM-IV de depresión mayor, entrevistadoras entrenadas e independientes administraron a los consultantes de atención primaria reclutados la sección de depresión de la “Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI)” en la línea base, a los 6 y 12 meses del seguimiento. La CIDI ha sido desarrollada por la OMS y adaptada en muchos países. Su fiabilidad test-retest y validez son buenas (Robins et al., 1988; Rubio-Stipec y Bravo, 1991; Wittchen 1994), considerándose como una de las entrevistas estructuradas “*gold standard*”. La sección de depresión (sección E) se compone de dos partes: una primera que contiene dos preguntas de corte que evalúan los dos síntomas principales de la depresión (ánimo depresivo y anhedonia), y una segunda dónde se evalúan un total de 27 síntomas. Para completar la segunda parte de la entrevista, el sujeto debe

haber contestado afirmativamente al menos uno de los dos síntomas clave. Todas las preguntas incluidas en la CIDI se refirieron a los 6 meses previos en cada punto de evaluación (6 meses antes de la línea base, de la evaluación a los 6 meses y de la evaluación a los 12 meses). Durante el seguimiento, un paciente podría sufrir más de un episodio de depresión mayor, para lo que se requería tener un periodo libre de depresión mayor de al menos 6 meses.

La variable dependiente fue la detección del episodio de depresión mayor por el médico de familia (no/si) durante el tiempo que duraba cada episodio o se acaba el seguimiento del mismo. Para obtener la variable dependiente, investigadores independientes consultaron las historias clínicas informatizadas de Atención Primaria (HCAP) de aquellos pacientes que tuvieron un episodio de depresión mayor, según la CIDI, desde 6 meses antes de la evaluación de línea base hasta 6 meses después de la evaluación de los 12 meses (ver apartado de variable dependiente más adelante).

Se midieron variables independientes del paciente, el profesional (médico de familia), el centro de salud y la interacción paciente-médico-organización. Las variables del paciente se obtuvieron de cuestionarios administrados por entrevistadores independientes en la línea base, a los 6 y 12 meses del seguimiento. Las variables del médico se obtuvieron de un cuestionario auto-cumplimentado en la línea base. Las variables del centro de salud se recogieron en la línea base a partir de los registros administrativos de los Distritos y Áreas de salud de atención primaria por ayudantes de investigación y de un cuestionario auto-cumplimentado por los directores de los centros de salud participantes. Las variables de la interacción paciente-médico-organización se obtuvieron de las HCAP durante los 2 años de seguimiento, mediante un aplicativo informático diseñado expresamente para esta investigación.

7.2. **Ámbito.**

En la presente investigación han tomado parte 6 comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, La Rioja, Comunidad de Madrid, Islas Baleares y Las Islas Canarias) y 7 provincias españolas (Málaga, Granada, Zaragoza, La Rioja, Madrid, Mallorca y Las Palmas). Participaron 41 centros de salud urbanos y rurales, de los cuales se reclutaron a consultantes de atención primaria adscritos a 231 médicos de familia. Cada centro de salud daba cobertura a una población de entre 15.000 a 35.000 habitantes correspondientes a un área geográficamente delimitada, la Zona Básica de Salud.

7.3. **Selección de la muestra.**

Teniendo en cuenta que la muestra de participantes del presente estudio se tomó del estudio Predict-España (Bellón et al., 2008) y el estudio predict-Europa (King et al., 2006), pasaremos a detallar cómo se realizó la selección de los participantes:

Las 7 provincias que participaron en el estudio lo hicieron por su pertenencia a la red de investigación de Atención Primaria (redIAPP) o por afinidades de los investigadores. La selección de los centros de salud participantes en cada provincia también fue intencional. No obstante, se seleccionaron al menos un centro de salud rural para cada provincia participante. La selección de los médicos dependió únicamente de que estos dieran su consentimiento a participar en el estudio.

En las 7 provincias españolas se seleccionaron una muestra aleatoria sistemática de consultantes de atención primaria. Los entrevistadores independientes, cada día de reclutamiento, realizaban la selección de consultantes a partir de las listas de cita previa de cada médico de familia. Se seleccionaron consultantes en intervalos regulares de entre 4 y 6 pacientes, dependiendo del ritmo de consulta de cada médico.

Cada día de reclutamiento se usó un arranque aleatorio y si un consultante elegible no era válido para el estudio (reunía algún criterio de exclusión o rechazaba participar), éste no era remplazado, pasando al siguiente consultante seleccionado para ese día. La muestra fue reclutada entre octubre de 2005 y febrero de 2006 en 6 provincias, aquellas incluidas en el estudio predict-España (Bellón et al., 2008), mientras que en la provincia de Málaga, perteneciente al estudio predict-Europa (King et al., 2006), la selección de la muestra se realizó entre octubre del 2003 y febrero del 2004. Los consultantes seleccionados como elegibles por los entrevistadores externos fueron invitados por sus médicos de familia a participar en el estudio tras una breve explicación del mismo (1-2 minutos), siempre que no tuvieran criterios de exclusión, los cuales fueron los siguientes:

- Edad inferior a 18 años y superior a 75 años.
- No acudir a la cita del médico o un familiar acudía en su lugar (paciente delegado).
- Dificultad para comunicarse en español.
- No residir de forma habitual (menos de 9 meses al año) en la localidad del estudio.
- Presentar un trastorno cognitivo documentado en la HCAP.
- Padecer una enfermedad grave mental (trastorno bipolar, psicosis, trastornos de personalidad, trastorno por abuso de sustancias, etc), neurológica o sensorial documentada en la HCAP.
- Pacientes considerados por su médico de familia demasiado enfermos para participar, por ejemplo padecer un cáncer terminal.

Los consultantes de atención primaria elegibles que dieron a su médico de familia su consentimiento a tener una conversación con la entrevistadora, en cuanto acabaron la consulta con su médico, tuvieron un encuentro con la entrevistadora que les explicó con más detalle el estudio, respondiendo a las preguntas y dudas de los pacientes, facilitándoles un folleto del estudio y las hojas del consentimiento informado para ser firmado. Cuando un consultante firmaba el consentimiento, se le citó dentro de las dos semanas siguientes para realizar la entrevista de evaluación de la línea base del estudio.

7.4. Variables e instrumentos de evaluación.

7.4.1. Variable dependiente.

La variable dependiente fue la detección de depresión por parte del médico de familia, cuya información fue obtenida de la revisión de las HCAP a lo largo de 2 años de seguimiento; desde 6 meses antes de la evaluación de la línea base hasta 6 meses después de la evaluación de los 12 meses. La variable “detección de depresión” fue dicotómica: “NO detecta depresión = 0” y “SÍ detecta depresión = 1” y llevaba aparejada la fecha del registro para poder calcular el tiempo hasta la detección. Este último se calculó restando la fecha de inicio de los síntomas de depresión mayor (según la CIDI) a la fecha de detección (según la HCAP). Para considerar que el médico de familia había detectado el episodio de depresión mayor debía constar el registro en la HCAP del código CIAP-2 (Clasificación Internacional de Atención Primaria) (WONCA 1998 y 1999) correspondiente (P76) o bien algunos términos de “texto libre” establecidos por convenio, tales como “síndrome depresivo” o “depresión” (ver tabla 6), siempre que se registrara dentro de las fechas correspondientes al principio y fin de cada episodio. Se consideraron los registros de texto libre porque en algunas comunidades autónomas las HCAP obligan a registrar diagnósticos de depresión codificados (CIAP o/y CIE-9) y en otras no. Para considerar que un médico de familia

detectaba un episodio de depresión se comprobaban sus registros en la lista de problemas y en las hojas de seguimiento de cada visita del paciente.

La variable “*tiempo hasta la detección*” se incluyó en los modelos multinivel de supervivencia paramétrica y de regresión de Cox (ver análisis estadístico). Esta variable incluyó el tiempo (medido en días) desde que se inician los síntomas depresivos en un paciente (medido por la CIDI) hasta que el médico de familia lo detecta (según la HCAP); o si no lo detecta, el tiempo hasta que el episodio se resuelve (no reúne criterios DSM-IV de depresión mayor según la CIDI), o si no se resuelve (también según la CIDI), el tiempo hasta que acaba el seguimiento.

Tabla 6. Términos de texto libre registrados por los médicos de AP en las HCAP para indicar si han detectado la depresión.

Términos de texto libre registrados en las HCAP	
Términos válidos	Términos no validos
Depresión	Tristeza
Síndrome depresivo	Ánimo bajo
Trastorno depresivo	Ánimo decaído
Episodio depresivo	Anhedonia
Episodio depresivo mayor recidivante	Malestar emocional
Depresión reactiva	
Depresión endógena	
Depresión mayor	
Depresión menor	
Depresión reactiva	
Depresión secundaria	

7.4.2. Variables independientes.

7.4.2.1 Variables del paciente.

Las variables del paciente relacionadas con la depresión que se midieron en la presente investigación, se han obtenido de aquellas priorizadas en los estudios PredictD-Europa (King et al., 2006) y PredictD-España (Bellón et al, 2008). Mediante

una revisión de la literatura se seleccionaron un total de 40 variables de las que se encontraron evidencias de su relación con la depresión como factores de riesgo o protectores (King et al., 2006; Bellón et al, 2008). Muchas de ellas también estuvieron asociadas al mantenimiento de la depresión (Bottomley et al, 2010) y algunas al inicio de episodios múltiples de depresión o/y de larga duración (Stegenga et al., 2013). La mayoría de estas variables se midieron mediante cuestionarios previamente validados que se irán describiendo más adelante. En algunas ocasiones se adaptaron preguntas a partir de cuestionarios previamente validados o se usaron preguntas diseñadas “*ad hoc*”. En estos casos se midieron su validez y fiabilidad en un estudio independiente.

Para valorar la fiabilidad test-retest de los cuestionarios y preguntas usadas, estas se volvieron a administrar a una muestra de pacientes con un intervalo de 11 días de media (I.C.95% = 10,2 a 11,8; Desviación estándar = 7,5) después de la primera administración (Bellón et al., 2008). Se seleccionó una muestra aleatoria de pacientes estratificada por provincias considerando las dos formas de administración de los cuestionarios: la heteroadministrada, con 251 pacientes, y la auto-administrada, que incluyó otros 150 pacientes diferentes. La distribución por provincias de la forma heteroadministrada y autoadministrada fue la siguiente: Las Palmas 42/20, Mallorca 28/19, La Rioja 49/24, Zaragoza 10/8, Madrid 41/39, Granada 40/38 y Málaga 41/2, (ver figura 3).

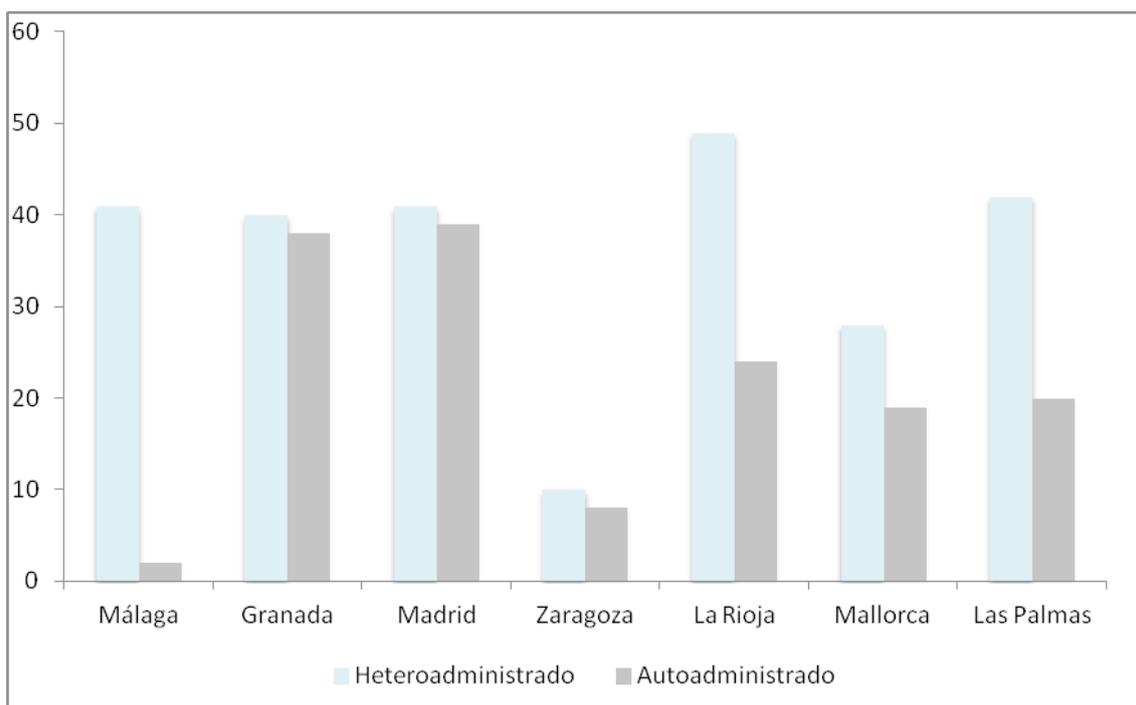


Figura 3. Estudio test-retest según la provincia y la forma de administración

Por tanto, en conjunto se valoró la estabilidad en el tiempo de las respuestas en 401 pacientes, los cuales representaban el 7,36% de la muestra total del estudio predict-España. Para medir el acuerdo de las puntuaciones entre la primera aplicación (test) con las de la segunda (retest) se empleó el coeficiente Kappa para las respuestas dicotómicas y el Coeficiente de Correlación intraclase para las preguntas de al menos 5 opciones de respuesta y para las suma de puntuaciones de una misma escala o subescala. Incluyendo, esta vez, el total de la muestra del estudio predict-España en la línea base (5.442 consultantes de atención primaria) se midió la consistencia interna de las escalas que no contaban con una validación española mediante el coeficiente alfa de Cronbach (Schmitt, 1996; Streiner, 2003).

A continuación las variables independientes del paciente se detallarán en tres bloques temáticos que se resumen en la tabla 7.

Tabla 7. Variables del paciente e instrumentos utilizados.

Área temática de las variables del paciente	Variables independientes relacionadas con el paciente	Instrumentos
Características socio-demográficas	VARIABLES SOCIO-DEMGRÁFICAS	Basado en el censo de salud de Reino Unido (Sproston y Primatesta, 2003).
	Dificultades financieras	(Weich y Lewis, 1998)
Variables psicosociales	Apoyo social por parte de la familia y los amigos	Bellón et al. (2008) y Gil de Gómez <i>et al.</i> (2007).
	Concepción espiritual o religiosa de la vida	Basada en King <i>et al.</i> (2001).
	Eventos Vitales Estresantes	Listado de Eventos Estresantes -LTE (Brugha y Gragg, 1990; Motrico, 2013)
	Satisfacción trabajo remunerado y no remunerado	(Karasek y Theorell, 1990)
	Calidad de relaciones sexuales- emocionales pareja	(Reynolds et al., 1988)
	Experiencia de abusos en la infancia	(Fink et al., 1995)
	Dificultades para establecer y mantener relaciones	(Tyreer, 1990)
	Satisfacción con zona residencial, seguridad dentro y fuera de casa	(Sproston y Primatesta, 2003)
	Percepción de discriminación	(Janssen et al., 2003)
	Satisfacción con la convivencia en el hogar	(Bellón et al., 2008)
	Problemas serios en personas cercanos	(Bellón et al., 2008)
	Historia psiquiátrica familiar	(Qureshi et al., 2005)
	Variables relacionadas con la salud física y mental	Depresión mayor (DSM-IV)
Historia previa de depresión		(Arroll et al., 2003)
Trastornos por consumo de alcohol		Cuestionario AUDIT (Pérula de- Torres et al., 2005; Rubio et al., 1998)
Estado de salud físico y mental percibido		(Jenkinson et al., 1997; Gandek et al., 1998)
Dolencia, minusvalía o enfermedad a lo largo del tiempo		(Bellón, et al., 2008)
Historia previa de consumo de drogas		CIDI (WHO, 1997)
Trastornos de ansiedad		Spitzer, Kroenke y Williams (1999)

a) Variables sociodemográficas: Estas variables evaluadas en este estudio contemplan 12 ítems del cuestionario de características socio-demográfico diseñado especialmente para el estudio PredictD-España y basado en el censo de salud de Reino Unido (Sproston y Primatesta, 2003). Los datos recogidos de los pacientes son: sexo (mujer, hombre), edad (años), provincia de residencia (Málaga, Granada, Zaragoza, Madrid, La Rioja, Mallorca, Las Palmas), país de nacimiento (España, extranjero), raza (blanca, otra), la nacionalidad (española, otra), estado civil (casado o conviviendo en pareja, separado, viudo, divorciado, soltero), el nivel de estudios (universitarios; educación secundaria, educación primaria, sin haber completado estudios primarios o analfabetos), situación laboral o actividad que realizan los participantes la mayor parte del tiempo (contratado o autónomo, en paro o buscando empleo, jubilado, incapacitado para trabajar, cuidando de la familia, estudiando, otras situaciones laborales como por ejemplo en situación de excedencia o estar ingresado en un centro de rehabilitación) y el régimen de la vivienda (en propiedad con hipoteca, en propiedad sin pagos pendientes, alquilada, residencia, alojamiento para estudiantes, otros). Los coeficientes test-retest de los ítems socio-demográficos se situaron entre 0,85 y 1,00 para la forma hetero-administrada y entre 0,72 y 1,00 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (Ver tabla 7 y 8).

Respecto a los ítems que evalúan “la información que aportan los participantes sobre las personas que conviven con ellos” fueron 13, y reúnen la información con una respuesta dicotómica (sí/no) sobre la convivencia con: la pareja o cónyuge, con uno o más hijos menores de 18 años, con uno o más hijos mayores de 18 años, con uno o más hijos de su pareja menores de 18 años, con uno o más hijos de su pareja mayores de 18 años, con sus padres, con los padres de su pareja, con sus hermanos, sus abuelos, con otros familiares, con otros adultos, si los sujetos viven solos y por último, si viven con otros. Los índices Kappa para estas 13 preguntas oscilaron entre 0,82 y 1,00 para la forma heteroadministrada y entre 0,80 y 1,00 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 8).

Las variables referentes a “las dificultades financieras” se evaluaron mediante 3 ítems: 1) “*en su hogar, ¿cómo diría que se administra la economía últimamente? ¿Diría que...?*” (se vive muy bien; se vive bien; se tienen dificultades económicas; se tienen muchas dificultades económicas); 2) “*en su hogar, ¿con qué frecuencia se tiene dinero suficiente para adquirir la clase de comida o ropa que su familia debería tener?*” (siempre; a menudo; a veces; rara vez; nunca); y 3) “*en su hogar, ¿con qué dificultad se realiza el pago de las facturas de la casa y otros gastos?*” (con mucha dificultad; con bastante dificultad; con alguna dificultad; con ligera dificultad; con muy poca dificultad; sin dificultad) (Weich y Lewis, 1998). La fiabilidad test-retest osciló entre 0,80 y 0,94 para la forma hetero-administrada, y entre 0,80 y 0,88 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 8).

b) variables psicosociales: se evaluaron los eventos vitales estresantes; el apoyo social por parte de la familia y de los amigos; la satisfacción con la convivencia en el hogar; la concepción religiosa o espiritual de la vida; la satisfacción con el trabajo remunerado y no remunerado; la satisfacción con la zona residencial, la percepción de seguridad tanto dentro como fuera de casa; la calidad de las relaciones sexuales y emocionales con la pareja; las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas; la presencia de problemas graves en familiares o amigos cercanos; la experiencia de abusos físicos, psicológicos y sexuales en la infancia; la percepción de discriminación; la historia familiar de problemas psicológicos y el suicidio en familiares del primer grado. A continuación, se detallarán los cuestionarios utilizados para cada uno de los factores psicosociales del paciente (ver tabla 7 y 8).

Los “eventos vitales estresantes” se midieron a través del *Listado de Eventos Estresantes-LTE* (Brugha et al., 1985; Brugha y Cragg, 1990). El cuestionario LTE fue validado en población española de atención primaria (Motrico et al.; 2013). Se compone de 12 ítems que evalúan la ocurrencia de un listado de eventos vitales estresantes en los últimos 6 meses. Las respuestas son dicotómicas (sí/no). Los coeficientes

de fiabilidad test-retest de cada ítem oscilaron entre 0,57 y 0,84 para la forma hetero-administrada, y 0,50 y 0,92 para la auto-administrada; mientras que para el sumatorio de eventos en cada paciente fue 0,71 para la forma hetero-administrada y de 0,75 para la auto-administrada (Motrico et al., 2013). El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,441 (Motrico et al., 2013) (ver tabla 8).

La *Escala de Apoyo Social de Familia y Amigos* (Blaxter, 1990) se compone de 7 ítems que miden la percepción por parte de sujeto del apoyo de familiares y amigos. Las respuestas se clasifican en tres opciones: 1) falso; 2) a veces; y 3) verdadero. La escala también ha sido validada en población española de atención primaria por Gil de Gomez et al. (2007). Los coeficientes de fiabilidad test-retest de cada ítem tuvieron un rango de 0,70-0,88 para la forma hetero-administrada y 0,84-0,90 para la auto-administrada, mientras que para el sumatorio de ítems de la escala fueron 0,89 y 0,93 para la hetero-administrada y auto-administrada respectivamente. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0,88 (Gil de Gomez et al., 2007) (ver tabla 7).

La “satisfacción con la convivencia en el hogar” fue evaluada mediante una pregunta con una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5, siguiendo un gradiente de satisfacción, donde 1 es muy satisfecho y 5 muy insatisfecho. El coeficiente de fiabilidad test-retest para esta pregunta fue de 0,85 para la forma hetero-administrada y de 0,83 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 8).

“La concepción espiritual o religiosa de la vida” se evaluó a través de 2 preguntas extraídas de la entrevista diseñada por King et al. (1995). La primera de ellas evalúa las creencias religiosas o espirituales (*¿Diría que tiene una concepción religiosa o espiritual de la vida?*) y las respuestas fueron: 1) religiosa; 2) espiritual; y 3) ni religiosa ni espiritual. Cuando los sujetos responden que son religiosos (1) o espirituales (2) se les realiza una segunda pregunta sobre la intensidad de las creencias: *¿Cómo es su concepción religiosa o espiritual de la vida?*). Las opciones de respuestas son tipo

Likert de 1 a 6, siguiendo un gradiente donde 1 es débil y 6 es fuerte. Las respuestas se recodificaron en baja (1 a 3 puntos), alta (4 a 6 puntos) y no contesta (sujetos ni religiosos ni espirituales). La versión original de este cuestionario es válida y fiable (King et al., 2001). En la muestra española para evaluar su fiabilidad test-retest, los coeficientes de cada pregunta fueron 0,91 y 0,95 en la forma hetero-administrada, y 0,89 y 0,95 en la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

La “satisfacción y el nivel de demanda en el trabajo remunerado y no remunerado” se evaluaron mediante una versión adaptada del *Job Content Instrument* (Karasek et al., 1990). El cuestionario está compuesto por 7 ítems para el “trabajo no remunerado” y otros 7 para el “trabajo remunerado”. Las preguntas hacen referencia a los últimos 6 meses. El cuestionario está organizado de la siguiente manera: los 3 primeros ítems tanto en la parte remunerada como no remunerada tienen opciones de respuesta tipo Likert de 4 puntos (*¿tiene tiempo suficiente para hacerlo todo?, ¿puede elegir cómo desea realizar su trabajo remunerado/no remunerado?, ¿puede elegir qué desea hacer en su trabajo remunerado /no remunerado?*) siendo “1 = a menudo”, “2 = a veces”, “3 = rara vez” y “4 = casi nunca/nunca”). A estos ítems le sigue 1 con respuesta dicotómica (sí/no) (*¿tiene dificultades en su trabajo remunerado/no remunerado?*). En caso de una contestación afirmativa a este último ítem, le sigue el quinto ítem con respuesta Likert de 4 puntos (*en caso afirmativo, ¿con qué frecuencia recibe ayuda y apoyo?*). El sexto ítems vuela a tener una respuesta dicotómica (sí/no) (*considerando todos mis esfuerzos y logros, recibo todo el respeto y reconocimiento que merezco*), en caso de contestación negativa a este ítem, se contesta el séptimo y último ítem, con opción de respuesta tipo Likert de 4 puntos (*¿hasta qué punto está usted molesto por ello?* siendo “1 = en absoluto”, “2 = algo”, “3 = bastante” y “4 = mucho”). El trabajo remunerado obtuvo un alfa de Cronbach 0,89 y los coeficientes de fiabilidad test-retest de cada uno de los 7 ítems variaron entre 0,76 y 0,91 para la forma hetero-administrada y 0,74 y 0,91 para la auto-administrada. Para el trabajo no remunerado, el alfa de Cronbach fue 0,73, y los coeficientes de fiabilidad test-retest 0,64-0,82

para la forma hetero-administrada y 0,76-0,83 para la autoadministrado (Bellón et al., 2008) (ver tabla 8).

La “insatisfacción con la zona donde se reside, y la percepción de inseguridad tanto dentro como fuera de casa” se midió a través de tres preguntas utilizadas en el “Health Surveys for England” (Sproston y Primatesta, 2003). Para evaluar la satisfacción con la zona residencial se ha utilizado 1 ítem (*¿está usted satisfecho/a con la zona en la que vive?*) con respuesta tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es codificado como muy satisfecho y 5 como muy insatisfecho. Los coeficientes de fiabilidad test-retest para este ítem fueron 0,87 y 0,82 para la forma hetero-administrada y auto-administrada respectivamente (Bellón et al., 2008). Respecto a la percepción de inseguridad tanto dentro como fuera de casa se han utilizado 2 ítems (*En general, ¿se siente usted seguro/a cuando está dentro de casa?*; *En general, ¿se siente usted seguro/a cuando entra o sale de casa?*) con respuestas tipo Likert de 1 a 4, siendo el gradiente de 1 muy seguro a 4 nada seguro. Los coeficientes de fiabilidad para el ítem que hace referencia a la seguridad dentro de casa fueron de 0,80 y 0,87 y para el ítem que hace referencia a la seguridad fuera de casa 0,85 y 0,86 para la forma hetero-administrada y auto-administrada respectivamente (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

Para evaluar la “calidad de las relaciones sexuales y emocionales con la pareja” se utilizó la adaptación de un cuestionario estandarizado (Reynolds *et al*, 1988). Este cuestionario se compone de 3 preguntas (*¿en qué medida se encuentra satisfecho con las relaciones sexuales con su pareja?*; *¿en qué medida se encuentra satisfecho con la relación sentimental con su pareja?*; *¿se encuentra satisfecho con su vida sexual en general?*) con respuestas tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho. Los coeficientes test-retest oscilaron entre 0,83 y 0,90 para la forma hetero-administrada y entre 0,80 y 0,92 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

Sobre “las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas” fueron evaluadas mediante 2 preguntas (*En general, ¿tiene usted problemas para relacionarse con la gente?* y *Tengo problemas en establecer y mantener relaciones cercanas*) extraídas de una escala de funcionamiento social (Tyrer, 1990) con respuestas tipo Likert de 1 a 4, siguiendo un gradiente donde 1 es “la mayor parte del tiempo” y 4 es “nunca/ningún problema”. Los coeficientes de fiabilidad test-retest fueron 0,90 y 0,92 para la forma hetero-administrada y 0,76 y 0,83 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

La “presencia de problemas graves en familiares o amigos cercanos” (físicos, psicológicos, de consumo de drogas o alcohol, o/y de minusvalía) se ha evaluado mediante 4 ítems con respuesta dicotómica (si/no). Los índices de Kappa oscilaron entre 0,63 y 0,72 para la forma hetero-administrada y entre 0,61 y 0,82 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 8).

La “experiencia de abusos físicos, psicológicos y sexuales en la infancia” fue evaluada con un instrumento multidimensional específico validado para la medida del trauma interpersonal en la infancia (Fink et al, 1995). El instrumento consta de 3 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5, donde 1 es nunca y 5 es con frecuencia. Los coeficientes de correlación intraclase oscilaron entre 0,89 y 0,96 para la forma hetero-administrada y entre 0,89 y 0,92 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

La “percepción de discriminación” ha sido evaluada a través de un instrumento formado por 7 ítems que recogen información sobre la discriminación por edad, género, discapacidad, apariencia, color de la piel, origen étnico y orientación sexual con respuesta dicotómica (si/no). Estos ítems se han adaptado de la versión elaborada para un estudio europeo (Janssen et al., 2003). Los índices Kappa tuvieron un rango entre 0,50 y 0,72 para la forma hetero-administrada y entre 0,66 y 1,00

para la autoadministrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

La “historia familiar de problemas psicológicos y el suicidio en familiares de primer grado” fue evaluada a través de un instrumento formado por 14 ítems que recogen información sobre la historia psiquiátrica familiar. Este instrumento fue diseñado específicamente para atención primaria. También evalúa el suicidio en los familiares de primer grado (Qureshi et al, 2005). Los coeficientes de fiabilidad test-retest variaron entre 0,82 y 1,00 para la forma hetero-administrada y entre 0,78 y 1,00 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

c) variables relacionadas con la salud física y mental. Se evaluaron los trastornos por consumo de alcohol a lo largo de la vida; el consumo de tabaco; el estado de salud física y mental percibido; el consumo de drogas algunas vez en la vida; enfermedad, minusvalía o dolencia a lo largo de la vida; los trastornos de ansiedad; y la depresión mayor en el momento de la entrevista y a lo largo de la vida de los participantes. A continuación se detallarán los instrumentos utilizados para cada uno de los factores relacionados con la salud física y mental de los pacientes estudiados.

Los “trastornos por consumo de alcohol a lo largo de la vida” fueron evaluados con el test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). El AUDIT es un cuestionario de 10 ítems con preguntas sobre el consumo de alcohol, problemas relacionados con su consumo y síntomas de dependencia alcohólica. En nuestro estudio las preguntas hicieron referencia a los últimos 6 meses. El AUDIT fue desarrollado por la OMS para ser usado en atención primaria y ha demostrado buena validez y fiabilidad en muchos países (WHO, 2001), incluido España (Pérula-de-Torres et al., 2005; Rubio, Bermejo, Caballero y Santo domingo, 1998). Las 5 opciones de respuesta tipo Likert van de 0 a 4; y los pacientes son clasificados como bebedores de riesgo cuando alcanzan 8 o más puntos para los hombres y 6 o más puntos para las mujeres. Para ambos sexos, se considera bebedor dependiente con más de 12 puntos. En

nuestro estudio añadimos dos preguntas, con respuesta dicotómica (SI/NO), relacionadas con problemas por el consumo de alcohol a lo largo de la vida: *¿Ha tenido usted alguna vez problemas con el alcohol a lo largo de su vida? ¿Ha estado usted alguna vez en tratamiento por problemas con el alcohol en su vida?* (ver tabla 7).

El “consumo de tabaco” fue evaluado a través de 6 ítems. Los dos primeros tienen opciones de respuestas dicotómicas (sí/no) (*¿ha fumado usted alguna vez cigarrillos, puros o pipa?; ¿ha sido fumador diario alguna vez?*). En caso de que la respuesta a la última pregunta sea afirmativa, los participantes responden a 2 ítems más, en el que se les pregunta por la *edad en la que el participante empezó a fumar a diario y si actualmente fuma a diario* (con opción de respuesta dicotómica sí/no). Si el participante sigue respondiendo afirmativamente se les pasa los 2 últimos ítems del cuestionario con respuesta tipo Likert de 0 a 3 puntos, en el que se les pregunta *cuántos cigarrillos fuma al día* (siendo 0 = menos de 10 cigarrillos; 1 = entre 11-20 cigarrillos; 2 = entre 21-30 cigarrillos y 3 = 31 o más cigarrillos diarios) y *cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo* (siendo 3 = en los primeros 5 minutos; 2 = entre los 6 y 30 minutos; 1 = entre los 31 y los 60 minutos y 0 = después de 60 minutos). El ítem utilizado para esta tesis fue “*cuántos cigarrillos fuma al día*”. Los coeficientes de fiabilidad test-retest del cuestionario para la forma hetero-administrada oscilaron entre 0,86 y 0,99 y 0,89 y 1 para la auto-administra 0,89 y 1,00 (Bellón et al., 2008) (ver tabla 7 y 8).

El “estado de salud físico y mental percibido” ha sido evaluado mediante el 12-item Short Form (SF-12) (Jenkinson et al., 1997; Gandek et al., 1998). El SF-12 es una medida general de salud que tiene dos componentes, el componente de salud física y el componente de salud mental. Las escalas están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Ha sido validado en población española y ha obtenido adecuados índices de fiabilidad y validez (Gandek et al., 1998) (ver tabla 8).

El “consumo drogas alguna vez en la vida” fue evaluado mediante la sección de uso de drogas de la CIDI (WHO, 1997). Esta sección consta de 10 ítems haciendo referencia a 10 diferentes drogas, con una opción de respuesta dicotómica (si/no). Los índices de Kappa oscilaron entre 0,54 y 1,00 para la forma hetero-administrada y entre 0,67 y 0,85 para la auto-administrada (Bellón et al., 2008). La fiabilidad test-retest del consumo actual de drogas del CIDI fue mala (índices Kappa < 0,40) (Bellón et al., 2008), por lo que se decidió no usarlo (ver tabla 7 y 8).

La presencia de alguna enfermedad, minusvalía o dolencia que afecte durante un período largo de tiempo, se ha evaluado mediante una pregunta con la opción de respuesta en una escala dicotómica (sí/no). El índice de Kappa para esta pregunta fue de 0,70 para la forma hetero-administrada y de 0,75 para la auto-administrada (Bellón, et al., 2008) (ver tabla 8).

Respecto a la evaluación de “los trastornos de ansiedad”, se utilizó la sección de ansiedad del cuestionario PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) desarrollado por Spitzer, Kroenke y Williams (1999), el cual tiene como objetivo la detección de trastornos psiquiátricos en atención primaria. La sección de ansiedad del PRIME-MD está formada por 25 ítems, 15 de ellos están distribuidos en una escala dicotómica (si/no), 9 ítems en una escala Likert de 3 puntos (siendo “0 = nunca”, “1 = algunos días” y “2 = más de la mitad de los días”) y un ítem en una escala Likert de 4 puntos (siendo “1= sin ninguna dificultad” y “4 = dificultad extrema”). Los diagnósticos del PRIME-MD se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994). Se evaluaron síntomas sucedidos en los últimos 6 meses. Las puntuaciones en la sección de ansiedad obtienen tres diagnósticos: síndrome de pánico (o síndrome de angustia), síndrome de ansiedad generalizada y síndrome de ansiedad no especificado. En España, el cuestionario ha mostrado buena fiabilidad y validez en consultantes de atención primaria (Baca et al., 1999) (ver tabla 7).

La evaluación del diagnóstico de depresión en el presente estudio resulta de suma importancia, ya que se usó como “referencia objetiva” para conocer si el médico de familia detectó correctamente el episodio de depresión mayor. Las características de la CIDI ya se han comentado previamente al principio de los métodos. También se evaluó la historia previa de depresión (depresión a lo largo de la vida) mediante las dos preguntas de corte que miden los dos síntomas principales de la depresión (Arroll et al., 2003). La sección de depresión de la CIDI también se usó para construir la variable nº de síntomas depresivos (Bernert et al., 2009) (ver tabla 7).

Tabla 8. Resumen de la fiabilidad de los instrumentos diseñados específicamente para el estudio PredictD-España (extraído de Bellón et al., 2008 y de Motrico et al., 2013).

Cuestionario	Nº ítems	Análisis	Fiabilidad Hetero-adm. (N=251)	Fiabilidad Auto-adm. (N=150)	Alfa de Cronbach*
			Mín-Máx	Mín-Máx	
• Características sociodemográficas	12	Kappa e ICC	0,85-1,00	0,72-1,00	
• Compartir la vivienda	13	Kappa	0,82-1,00	0,80-1,00	
• Ingresos y dificultades financieras	4	ICC	0,80-0,94	0,80-0,88	
• Escala de apoyo socio- familiar	7	ICC	0,70-0,88	0,84-0,90	0,88
• Concepción espiritual o religiosa de la vida	3	ICC	0,91-0,95	0,89-0,95	
• Eventos vitales estresantes	12	Kappa	0,57-0,84	0,50-0,92	0,44
• Insatisfacción trabajo remunerado	7	Kappa	0,76-0,91	0,74-0,91	0,89
• Insatisfacción trabajo no remunerado	7	Kappa	0,64-0,82	0,76-0,83	0,73
• Calidad relaciones con la pareja	3	ICC	0,83-0,90	0,80-0,92	
• Abusos en la infancia	3	ICC	0,89-0,96	0,89-0,92	
• Dolencia, minusvalía o enfermedad a lo largo del tiempo	1	Kappa	0,70	0,75	
• Dificultad para establecer o mantener relaciones	2	ICC	0,90-0,92	0,76-0,83	
• Satisfacción con la zona residencial	1	ICC	0,87	0,82	
• Percepción de discriminación	7	Kappa	0,50-0,72	0,66-1,00	
• Satisfacción convivencia	1	ICC	0,85	0,83	
• Problemas graves en personas cercanas	4	Kappa	0,63-0,72	0,61-0,82	
• Percepción de inseguridad dentro de casa	1	ICC	0,80	0,37	
• Percepción de inseguridad fuera de casa	1	ICC	0,85	0,86	
• Uso de drogas alguna vez en la vida	10	Kappa	0,54-1,00	0,67-0,85	
• Hª psiquiátrica familiar	14	Kappa e ICC	0,82-1,00	0,78-1,00	
• Consumo de tabaco	6	Kappa e ICC	0,86- 0,99	0,89-1,00	

Nota. ICC: Coeficiente de Correlación Intraclass. *El alfa de Cronbach sólo se muestra para variables usadas como escalas.

7.4.2.2 Variables del médico.

Las variables estudiadas del médico se recogieron a través de dos cuestionarios. El primer cuestionario fue elaborado *ad hoc* para el proyecto Predict-Servicios, donde se reúne la siguiente información del médico de familia (ver anexo VI):

- Edad (años).
- Género: femenino-masculino.
- Año de licenciatura: año en el que finalizó la carrera.
- Tiempo en la plaza del centro de salud donde trabaje. Esta información se recogió en 12 opciones de respuesta que fueron recodificadas a 4 opciones: 1= de ningún año a dos años, 2= de 2 a 4 años, 3= de 4 a 7 años, 4= de 7 a 12 años.
- Tamaño de la población donde pasa consulta. Para esta pregunta se plantearon 13 opciones de respuesta que fueron recodificadas a 4 opciones: 1= de 2.500 a 15.000. 2= de 15.000 a 75.000, 3= de 75.000 a 500.000 y 4= de 500.000 a 1.000.000.
- Tipo de consultorio: es el lugar donde habitualmente pasa consulta el médico de familia. Esta información se reunió en 6 opciones de respuesta: 1= en el centro de salud base, 2= en un consultorio, 3= en el centro de salud base y en un consultorio, 4= en dos consultorios, 5= en el centro de salud base y más de un consultorio y 6= en 2 consultorios.
- Tamaño de la lista de pacientes: es el tamaño del cupo asignado que tiene el médico de familia.
- Tiempo medio por paciente: independientemente del tiempo asignado en la agenda por paciente, cuál es el tiempo medio que le dedica el médico de AP a cada

paciente. Esta pregunta tiene 11 opciones de respuesta que fueron recodificadas a 3 opciones: 1= 6 minutos o menos, 2= de 7 minutos a 10 minutos, 3= más de 10 minutos.

- Cómo considera el médico de AP su comunicación asistencial con el equipo de salud mental. Esta cuestión tiene una respuesta tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es muy mala y 5 es muy buena.
- Conocer si el médico de familia se encuentra satisfecho con el apoyo que recibe del equipo de salud mental en la atención a sus pacientes con problemas de salud mental. Las opciones de respuesta fueron tipo Likert del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho. Esta variable fue recodificada a 4 opciones de respuesta en vez de 5. El gradiente iba desde 1 insatisfecho a 4 muy satisfecho.
- Percepción de comodidad con el manejo de los fármacos antidepresivos. Las opciones de respuesta tipo Likert fueron del 1 al 5, donde 1 es muy incómodo y 5 muy cómodo. Esta variable fue recodificada de 5 a 3 opciones de respuesta donde 1 es muy incómodo/incomodo/ni cómodo ni incómodo; 2 es cómodo y 3 es muy cómodo.
- Se evaluó también la comunicación asistencial entre el médico de familia con su enfermera/o adscrita/o al cupo. Las opciones de respuesta tipo Likert fueron del 1 al 5, siendo 1 muy mala y 5 muy buena. La variable se recodificó a 3 opciones de respuesta donde 1 es muy mala/mala/regular; 2 es buena y 3 es muy buena.
- El médico de AP también informó sobre el papel de la/el enfermera/o en la atención a los pacientes con problemas de salud mental. Las opciones de respuesta fueron tipo Likert de 5 ítems, siguiendo un gradiente de “1= el médico está totalmente en desacuerdo sobre que su enfermera/o adscrita/o al cupo tenga un papel activo en los problemas de salud mental de los pacientes” a

“5= el médico está totalmente de acuerdo sobre que su enfermera/o tenga un papel activo en los problemas de salud mental de sus pacientes”.

- Se evaluó la comunicación asistencial entre el médico de familia con el/la trabajador/a adscrito/a al centro. Las opciones de respuesta siguieron una escala tipo Likert de 6 ítems, siendo 0= el centro de salud no tiene trabajador/a social, 1= muy mala, a 5= muy buena. Esta variable fue recodificada a 5 ítems de la siguiente forma: “1= muy mala/mala”, “2= regular”, “3= buena”, “4= muy buena” y “5= no tenemos trabajador/a social”.
- El médico de familia respondió sobre el papel del trabajador/a social adscrito/a a su centro de salud en la atención a los pacientes con problemas de salud mental. Las opciones de respuesta siguieron una escala tipo Likert de 6 ítems, siendo 0= el centro de salud no tiene trabajador/a social, 1= totalmente en desacuerdo respecto al papel activo del trabajador/a social, a 5= totalmente de acuerdo respecto al papel activo del trabajador social. Esta variable fue recodificada manteniendo el mismo número de opciones de respuesta de la siguiente manera: el ítem 0 pasa a codificarse con la respuesta del ítem 1 (totalmente en desacuerdo), así consecutivamente hasta llegar al ítem 5 al que se le codifica con “el centro de salud no tiene trabajador/a social”.
- Se evaluaron también las siguientes cuestiones referentes a la plaza de trabajo del médico de familia, todas ellas con respuesta dicotómica (sí/no): a) si el médico es propietario de su plaza, b) si el médico es tutor acreditado para médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, c) si el médico tuvo un R1 a su cargo, d) si el médico tuvo un R3 a su cargo, e) si el médico es médico de familia vía MIR y f) si el médico de familia pertenece al grupo de comunicación y salud.

El segundo cuestionario al que respondieron los médicos de familia participantes fue un instrumento tridimensional sobre la satisfacción del profesional, la

percepción de carga laboral y la orientación biomédica/psicosocial. Fue validado por Mira et al. (1998). El cuestionario consta de 12 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert, donde 1 es muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. Cada dimensión del cuestionario recoge la puntuación de 4 ítems. En el caso de la satisfacción del profesional, la mínima puntuación es 4 que se consideraría insatisfecho y la máxima es 20 que se consideraría muy satisfecho profesionalmente. Respecto a la dimensión de percepción de carga laboral, la puntuación mínima sería 4 siendo esto poca percepción de carga laboral y la máxima 20, significando esto bastante percepción de carga laboral. Sobre la dimensión de la orientación biomédica/psicosocial del facultativo, la mínima puntuación sería 4 y la máxima 20, donde bajas puntuaciones significarían que el facultativo tiene una orientación más biomédica y altas puntuación señalarían una orientación más psicosocial del profesional. La consistencia interna calculada con el alpha de Cronbach osciló entre 0,55 y 0,77. Los coeficientes de fiabilidad del instrumento oscilaron entre 0,50 y 0,90 en función del tiempo transcurrido. La estabilidad en el tiempo se midió a los 2, 3 y 5 meses.

7.4.2.3. Variables del centro de salud.

Parte de las variables del centro de salud se obtuvieron a partir de los registros administrativos de los Distritos y Áreas de Atención Primaria (ver anexo VII):

- Se recogió el tamaño del municipio donde está ubicado el centro de salud base, siendo 0= menos de 2.500 habitantes y 13= más de 1.000.000 de habitantes. Estas 13 opciones se recodificaron a 6, donde “1= 5.000-15.000 habitantes”, “2= “15.001- 30.000”, “3= 30.001-75.000”, “4= 100.000-200.000”, “5= 200.001-500.000” y “6= 500.001-1.000.000”.
- Se recogió el número total de la población atendida en la zona básica de salud (ZBS), que es la población atendida por todos los consultorios dependientes del centro de salud base y la del centro de salud base.

- La actividad predominante de la localidad donde está ubicado el centro de salud: “1= agricultura y/o pesca”, “2= industria”, “3= servicios” y “4= mixto”.
- Año de apertura del centro de salud.
- Nº total de médicos de familia de la zona básica de salud completa, incluyendo los médicos de familia de todos los consultorios dependientes del centro de salud base.
- Nº total de pediatras de la zona básica de salud completa, incluyendo los médicos de familia de todos los consultorios dependientes del centro de salud base.
- Nº total de enfermeros de la zona básica de salud completa, incluyendo los/as enfermeros/as de todos los consultorios dependientes del centro de salud base.
- Nº total de auxiliares de clínica de la zona básica de salud completa, incluyendo los auxiliares de clínica de todos los consultorios dependientes del centro de salud base.
- Nº total de personal de admisión y administrativo (administrativos, auxiliar administrativo, celador, celador conductor) de la zona básica de salud completa, incluyendo aquellos adscritos a los consultorios dependientes del centro de salud base.
- Se recogió si los centros de salud tenían adscrito/a trabajador/a social, y en caso afirmativo, se recogió si el/la trabajador/a social estaba: “1) compartido con otro centro de salud”, o sí estaba “2) a jornada completa”.

La siguiente información se obtuvo de un cuestionario que auto-cumplimentaron los 41 directores de los centros de salud participantes en el estudio:

- Se evaluó, en opinión del director del centro de salud, si el papel del médico de familia en la atención en los problemas de salud mental fue activo. Las 5 opciones de respuestas tipo Likert fueron desde 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”. Esta variable fue recodificada a 4 opciones de respuesta, siendo 1 totalmente en desacuerdo/desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.
- La frecuencia de visitas del equipo de salud mental al centro de AP para tareas asistenciales. Primero se determina si el equipo de salud mental visitaba el centro de AP, y en caso afirmativo, se evalúa la frecuencia de las visitas con 7 opciones de respuesta que fueron recodificadas a 5: “0= no iba”, “1= de una vez al año a una vez cada cuatro a seis meses”, “2= de una vez cada tres meses a una vez cada dos meses”, “3= de una a dos veces al mes” y “4= de tres a cuatro veces al mes o más”.
- Las actividades formativas del equipo de salud mental hacia el equipo de AP. Esta información se evaluó mediante dos preguntas, la primera de ellas dicotómica (sí/no) para determinar si algún miembro de salud mental iba al centro de AP periódicamente para tareas formativas. En caso afirmativo, se le preguntaba por la frecuencia de las visitas con 8 opciones de respuestas: “1= una vez al año o menos”, “2= cada cuatro a seis meses”, “3= cada tres meses”, “4= cada dos meses”, “5= una vez al mes”, “6= dos veces al mes”, “7= entre tres a cuatro veces al mes o más”, “8= no iba”.
- Se estudió la comunicación asistencial, en opinión del director del centro salud, entre el equipo de salud mental y los médicos de familia a través de una escala Likert con 5 ítems, siendo 1 muy mala y 5 muy buena.
- Se estudió también la comunicación asistencial, en opinión del director del centro de salud, entre los médicos de familia y las/os enfermeras/os de los centros de salud mediante una escala Likert de 5 ítems, donde 1 es muy mala y 5 es muy

buena. Esta variable fue recodificada a 3 ítems: “1= muy mala/ mala/ regular”, “2= buena” y “3= muy buena”.

- El papel activo del personal de enfermería, en opinión del director del centro de salud, respecto a los problemas de salud mental. La respuesta tipo Likert fue de 5 ítems donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo.
- La comunicación asistencial, en opinión de los directores de centros de salud, entre el trabajador social y los médicos de familia con respuesta tipo Likert de 6 opciones de respuesta que fue recodificada a 4: “1= muy mala/mala/regular”, “2= buena”, “3= muy buena” y “4= no tenemos trabajador/a social”.
- El papel activo del trabajador/a social adscrito/a al centro de salud, en opinión del director del centro de salud, respecto a la atención de los problemas de salud mental. Había 6 opciones de respuesta que fueron recodificadas a 5: “1= en desacuerdo”, “2= ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “3= de acuerdo”, “4= totalmente de acuerdo” y “5= no tenemos trabajador/a social”.

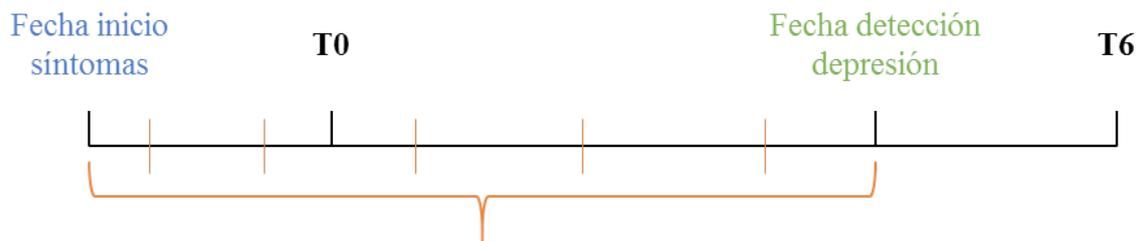
7.4.2.4. Variables de la interacción médico-organización-paciente.

Este grupo de variables se extrajeron de las HCAP. La información recogida abarcaba los 2 años de seguimiento, 6 meses antes de la evaluación en la línea base y 6 meses después de la evaluación a los 12 meses. Para poder integrar la información de las distintas HCAP de cada comunidad autónoma, se elaboró un programa informático común para el vaciado y procesamiento de los datos. Este aplicativo constaba de 7 pestañas a rellenar con la información de cada paciente extraída de la HCAP. Para extraer la información de las HCAP e introducirla en el aplicativo se contrataron médicos de familia independientes (no participaron en el estudio como médicos reclutadores ni revisaron las HCAP de sus pacientes) que fueron entrenados en su uso en un taller de 10 horas. Una vez se incluía la información del paciente

en el aplicativo, aquella se exportaba a bases de datos listas para ser usadas en los paquetes estadísticos que empleamos en este estudio. Muchas de las variables que se van a comentar a continuación fueron “temporalizadas” en función de la fecha de inicio y fin de cada episodio de depresión mayor o/y entre los diferentes puntos de evaluación (línea base, 6 y 12 meses):

1) Variables de visitas a los profesionales del centro de salud

- El número de visitas al médico de familia fue introducido en formato fecha para facilitar su temporalización. Cada fecha de visita que entraba dentro del período de seguimiento se contabilizó como “1 visita”. De estos datos se obtuvieron las siguientes variables: *nº de visitas al médico de familia totales a lo largo de los dos años de seguimiento (de 6 meses antes del T0 a 6 meses después del T12)*, *nº de visitas al médico de familia en el período de 6 meses antes del T0 al T0*, *nº de visitas al médico de familia en el período del T0 al T6 (a los 6 meses de la línea base)*, *nº de visitas al médico de familia en el período del T6 al T12* y por último *nº de visitas 6 meses después del T12*. Por último, se obtuvo la variable “*número de visitas desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección de la depresión*” (ver figura 4).
- El número de visitas a enfermería siguió el mismo proceso que hemos descrito para las visitas al médico de familia, aunque para este estudio sólo se usó la variable “*nº de visitas a enfermería totales en 2 años de seguimiento (de 6 meses antes del T0 a 6 meses después del T12)*”.
- De igual modo se procedió con el número de visitas al trabajador/a social. De esta información sólo usamos para este estudio la variable “*nº de visitas al trabajador social totales en 2 años de seguimiento (de 6 meses antes del T0 a 6 meses después del T12)*”.



En esta ventana temporal, se calculó el número de visitas realizadas al médico que el paciente realizó desde que inició los síntomas depresivos (dato obtenido a través del instrumento CIDI para diagnosticar la depresión) hasta la fecha en la que el médico detecta que tiene depresión. Como se puede ver en este ejemplo, el paciente ha realizado cinco visitas desde que inició los síntomas hasta que se le detectó la depresión.

Figura 4. Número de visitas al médico de familia desde el inicio de los síntomas hasta la detección de la depresión.

2) Variables de la lista de problemas de la HCAP.

La lista de problemas de la HCAP recoge aquellos problemas de salud de los pacientes (físicos, psicológicos, familiares o sociales), registrados por los profesionales de salud de atención primaria, que requieren algún tipo de seguimiento por parte de estos profesionales. Generalmente, la lista de problemas forma parte de la primera pantalla cuando se accede a la HCAP de un paciente. Esto es así para que el profesional de salud conozca o recuerde de forma rápida y sintética cuáles son los problemas del paciente a los que debe prestar especial atención. Hay comunidades autónomas donde la HCAP sólo admite en la lista de problemas aquellos problemas de salud ya codificados, por el profesional de salud, en CIAP-2 o/y CIE-9; sin embargo, en otras comunidades también se admiten problemas de salud en forma de “texto libre”. En este último caso, los médicos de familia contratados que volcaron la información de la HCAP al aplicativo del estudio predict-Servicios, introdujeron los problemas de salud de la lista de problemas como “texto libre” y el aplicativo sugería aquellos códigos más pertinentes en cada caso; sin embargo, ellos tenían la decisión final sobre el código CIAP-2 más pertinente en cada caso. A todo problema de salud introducido en

el aplicativo, siempre se le incorporaba la fecha de su registro en la HCAP para poder localizarlo en los tiempos de seguimiento, de inicio y fin de los episodios depresivos. Siguiendo la organización en pestañas del aplicativo, los problemas de salud registrados en la lista de problemas se clasificaron en: 2.1. Problemas de depresión, ansiedad o/y alcohol; 2.2. Otros problemas de salud mental; 2.3. Problemas familiares y sociales; y 2.4. Problemas físicos (ver figuras 5 y 6).

HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEL PROYECTO PREDICT-ESPAÑA: ESTUDIO PREDICT-SERVICIOS

Código de paciente: 7001 | Historiales pendientes: 7001 | Código de paciente activo: 7001 | Entrevista (T0): 27/09/2005 | Fecha 6 meses antes de la primera entrevista: 31/03/2005 | Fecha 6 meses después de la última entrevista: 02/10/2006

1 DATOS DEL PACIENTE

Código del paciente: 7001 | Historial del paciente completado | Paciente no encontrado Motivo: _____

Código del centro de salud: 72 | Fecha de nacimiento: 08/05/1933

Fecha de la última entrevista: 05/04/2006 | Provincia: Baleares

Fecha primera entrevista (T0): 27/09/2005 | Código del médico en la primera visita: 726

Fecha entrevista (T6): 05/04/2006 | Código de médico que inicia T6: _____

Fecha entrevista (T12): _____ | Código de médico que inicia T12: _____

Fecha entrevista (T24): _____ | Código de médico que inicia T24: _____

Fecha entrevista (T36): _____ | Código de médico que inicia T36: _____

INSTRUCCIONES PARA ASIGNAR CÓDIGOS A LOS NUEVOS MÉDICOS
 Se considera "médico" a aquel profesional que está adscrito al cupo del paciente al menos la mitad del periodo de tiempo evaluado en el seguimiento.
 Es previsible que un 20% de los pacientes hayan cambiado de médico a lo largo del estudio. En los casos de cambio de médico podemos encontrarlos con dos situaciones:
 1) El médico ya ha participado en el estudio, por lo que tiene asignado un código de médico. Introduciremos en la base de datos el código ya asignado a ese médico.
 2) El médico nunca ha participado en el estudio y no tiene asignado un código de médico. Se le asignará un código de médico según el protocolo establecido.
 Los códigos de los nuevos médicos no se cumplimentarán hasta que no se haya rellenado el resto de variables de la historia clínica. Si después de recoger todos los datos de la historia tenemos dudas sobre los médicos adscritos en cada seguimiento, recurriremos a las bases de datos de tarjetas de pacientes y las de profesionales.

Figura 5. Solapa de los datos del paciente del aplicativo informático diseñado para la recogida de información de las HCAP.

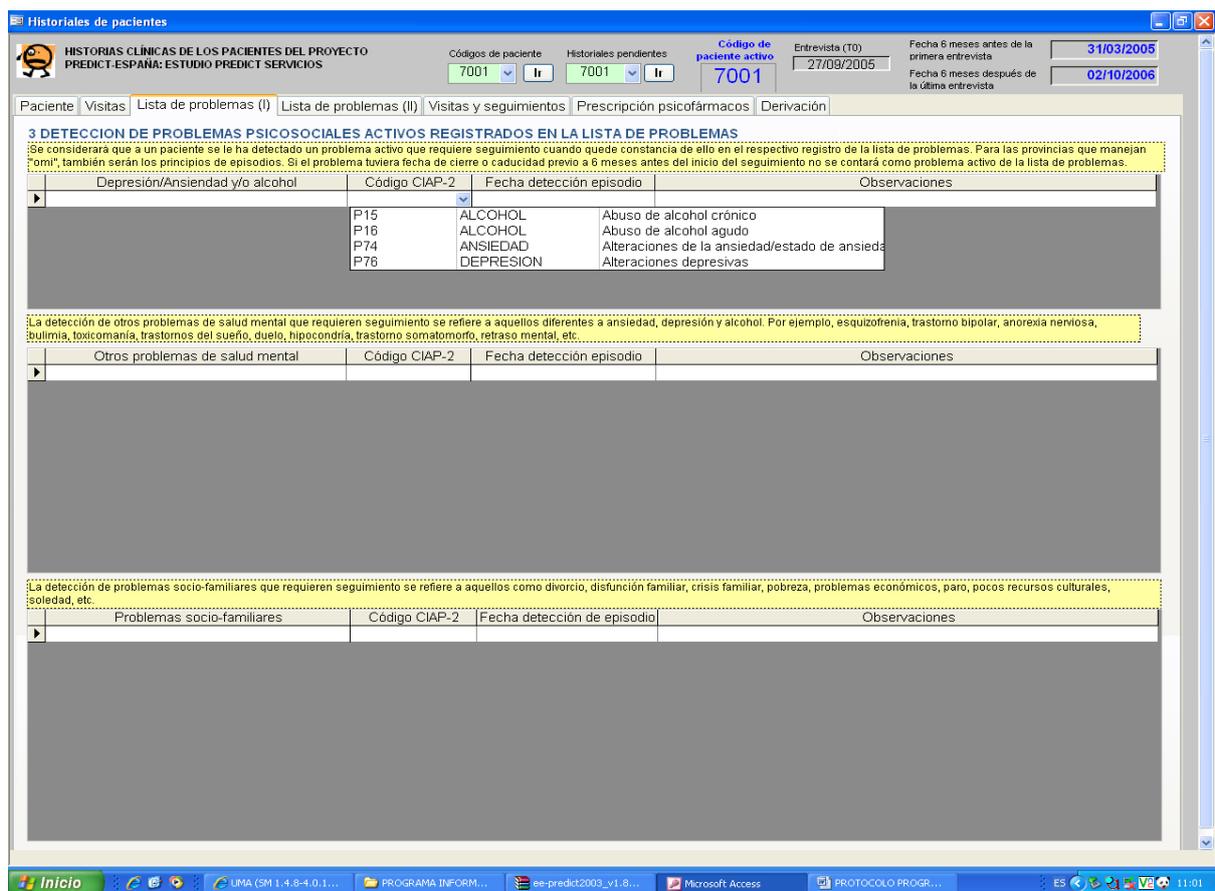


Figura 6. Solapa “lista de problemas” del aplicativo informático diseñado para la recogida de información de las HCAP.

2.1) Problemas de depresión, ansiedad o alcohol.

Se separaron estos problemas de salud mental en una pestaña específica del aplicativo porque en los estudios predict se disponía de diagnósticos de los mismos durante el seguimiento mediante instrumentos estandarizados y validados (CIDI, PRIME-MD y AUDIT) administrados por entrevistadores entrenados e independientes. Los códigos CIAP-2 que se usaron fueron P15 (abuso crónico de alcohol), P16 (abuso agudo de alcohol), P74 (trastornos de ansiedad), y P76 (trastornos depresivos) (figura 6).

2.2) Otros problemas de salud mental.

Otros problemas de salud mental fueron aquellos clasificados por la CIAP-2 dentro de la letra P, pero que no fueron depresión, ansiedad ni problemas con el alcohol. Por ejemplo, suicidio o intento de suicidio (P-77), trastorno de somatización (P-75), estrés postraumático (P-82), trastorno obsesivo compulsivo (P-79), anorexia/bulimia (P-86), abuso de drogas (P-19), etc. La variable que se usó en este estudio a partir de estos datos fue *la presencia de otros problemas de salud mental (sí/no)* (figura 6).

2.3) Problemas familiares y sociales.

Los problemas familiares y sociales son aquellos recogidos en la CIAP-2 con la letra Z. Por ejemplo, dificultades económicas (Z01), problemas de vivienda / vecindad (Z03), desempleo (Z06), problemas de relación entre cónyuges (Z12), pérdida-muerte del cónyuge (Z15), problemas derivados de la violencia/agresiones (Z25), etc. La variable que se usó en este estudio fue *la presencia de problemas socio-familiares (si/no)* (figura 6).

2.4) Problemas físicos.

Algunos de ejemplos de problemas físicos: neoplasias malignas de colon/recto (D75), catarata (F92), síndromes vertiginosos (H82), infarto agudo de miocardio (K75), artrosis de rodilla (L90), migraña (N89), asma (R96), psoriasis (S91), obesidad (T82), incontinencia urinaria (U04), etc. El aplicativo permitió un máximo de 10 registros de problemas de salud física por paciente. Para este estudio se usaron dos variables a partir de estos datos:

- La variable *presencia de algún problema físico (sí/no)*.
- La otra variable fue *el número de problemas de salud física que tenía cada pacien-*

te, la cual tenía un rango de 0 a 10.

3) Variables relacionadas con la prescripción de psicofármacos en AP.

La información que contiene la prescripción de psicofármacos se obtiene fácilmente de los módulos de prescripción de las HCAP. En ellos consta el nombre del fármaco, el profesional que lo prescribe, la fecha de inicio de la prescripción y de las diferentes prescripciones repetidas en el tiempo, así como la fecha de finalización. En algunas comunidades autónomas, a partir de la HCAP, se puede saber además si el paciente retira la prescripción de la farmacia y su fecha. Se consideró que se había prescrito un psicofármaco independientemente del diagnóstico asociado a la prescripción, del tipo de psicofármaco dentro de los tres grupos que usamos (antidepresivos, benzodiacepinas y otros psicofármacos), del nombre químico o comercial que se registrase y de la dosis que fuera empleada.

3.1) Prescripción de antidepresivos.

El aplicativo permitía recoger un máximo de 10 prescripciones de antidepresivos diferentes durante el seguimiento. También se recogía la dosis prescrita de cada uno de los antidepresivos (en miligramos día) y si se alcanzaba la dosis mínima eficaz para cada antidepresivo (si/no). Para este estudio, a partir de esta información, se usaron las siguientes variables:

- La variable *número de prescripciones de antidepresivos diferentes durante el seguimiento*, siendo el rango de 0 a 10 prescripciones de antidepresivos diferentes por paciente.
- La variable *número de prescripciones de antidepresivos diferentes antes del inicio de síntomas depresivos de cada episodio*. Variable cuantitativa, con un rango de 0 a 10.

- La variable *número de prescripciones de antidepresivos diferentes entre el inicio de los síntomas depresivos y la fecha en la que el médico detecta el episodio*. Variable cuantitativa, con un rango de 0 a 10.
- La variable *número de prescripciones de antidepresivos diferentes después de que el médico detectara el episodio depresivo*. Variable cuantitativa con un rango del 0 a 10.
- Las variables *utilización de dosis mínima eficaz para cada antidepresivo usado en las ventanas temporales descritas (sí/no)*, antes del inicio de los síntomas depresivos, entre el inicio de los síntomas depresivos y la detección y después de la detección del episodio depresivo.

3.2) Prescripción de benzodiacepinas.

Se usaron para este estudio 4 variables sobre la prescripción de benzodiacepinas: Las variable presencia (sí/no) de prescripciones de benzodiacepinas a lo largo del seguimiento, antes del inicio de síntomas depresivos, entre el inicio de síntomas depresivos y la fecha en la que el médico de familia detecta el episodio y después de que fuera detectado.

3.3) Prescripción de otros psicofármacos.

Se consideró otros psicofármacos a aquellos que no fueron antidepresivos ni benzodiacepinas (por ejemplo neurolépticos, antiepilépticos, etc.). Se usaron para este estudio 4 variables sobre la prescripción de otros psicofármacos: la variable presencia (sí/no) de prescripciones de otros psicofármacos a lo largo del seguimiento, antes del inicio de síntomas depresivos, entre el inicio de síntomas depresivos y la fecha en la que el médico de familia detecta el episodio, y después de que fuera detectado.

4) Variables relacionadas con la participación de profesionales de salud mental en la asistencia a los pacientes que padecían el episodio de depresión mayor.

Se consideró que algún profesional de salud mental había participado en la asistencia a los pacientes que padecían un episodio de depresión mayor cuando se tuvo constancia de ello en la HCAP de forma explícita en cualquier parte de las hojas de seguimiento (“derivo a salud mental”, “envío a ESM”, etc.) o por medio de los registros pertinentes de los módulos de derivación; o también de forma implícita (constando en la HCAP frases como “informe del psiquiatra...”, “prescribo medicación del psiquiatra”, “está acudiendo a psicólogo”, el propio psiquiatra-psicólogo registra un seguimiento en la HCAP, etc.), todo ello independientemente de que el profesional de salud mental que interviene fuera público o privado.

Para este estudio se usaron 4 variables de *participación en la asistencia de algún profesional de la salud mental*; durante el seguimiento, antes del inicio de los síntomas depresivos, desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección del episodio y después de la detección.

5) Variables relacionadas con la participación del trabajador/a social en la asistencia a los pacientes que padecían el episodio de depresión mayor.

Se consideró que el/la trabajador/a social participó en la asistencia a los pacientes que padecían el episodio de depresión cuando se tuvo constancia de ello en la HCAP en los mismos términos que en el punto anterior. Aunque aquí no cabía la posibilidad de recurso privado o público, podría darse la circunstancia válida de que el/la trabajador/a social fuera del centro de salud o de otro centro u organismo oficial (por ejemplo, del ayuntamiento o la diputación).

Para este estudio se usaron 4 variables de *participación en la asistencia del trabajador/a social*; durante el seguimiento, antes del inicio de los síntomas depresivos,

desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección del episodio y después de la detección.

7.5. Procedimientos.

Los procedimientos del estudio se han ido desgranando en las diferentes secciones de los métodos descritas hasta ahora. No obstante, en esta sección los vamos a sintetizar y explicar con más detalle.

7.5.1 Respecto a los cuestionarios administrados a los pacientes.

Todos los cuestionarios utilizados para la realización de este estudio que se administraron a los pacientes, se aplicaron juntos en una sola entrevista y siempre en el mismo orden. La entrevista CIDI fue siempre heteroadministrada y el resto de cuestionarios, que denominaremos en conjunto “cuestionario Predict” (ver anexo I y II) se aplicaron mayormente en formato hetero-administrado (n= 5132; 94.3%), mientras que el formato auto-administrado apenas se usó (n=310; 5.7%). La CIDI está diseñada para ser administrada por entrevistadores legos. Sin embargo, se contrataron a 30 entrevistadoras, independientes del *staff* de los centros de salud que participaron en el estudio, de los cuales 29 fueron licenciadas en psicología y una trabajadora social. Todos los entrevistadores recibieron un curso de formación de la sección de depresión del CIDI de 20 horas, más otras 10 horas para el resto de cuestionarios. Los investigadores encargados del trabajo de campo supervisaron a las entrevistadoras diariamente y realizaron una reunión de coordinación provincial con todas ellas una vez a la semana. La CIDI y el “cuestionario Predict” se administraron en algún despacho o sala de los centros de salud de los pacientes con suficientes garantías de tranquilidad e intimidad. El tiempo de administración del conjunto de cuestionarios osciló entre 30 y 60 minutos, dependiendo de si para la sección de depresión de la CIDI se administraba sólo las dos primeras preguntas o la CIDI completa.

Los cuestionarios que no tenían una adaptación española fueron sometidos a un proceso de traducción y retro-traducción estandarizado dividido en tres fases tal como indica la literatura (Beaton *et al.*, 2000; Bullinger *et al.*, 1998; Streiner y Norman, 2008). En un primer momento se emplearon profesionales bilingües expertos en el tema del estudio, pero independientes y ciegos entre la traducción y retro-traducción. Para ello, la prueba fue traducida del inglés (lengua original) al castellano por un traductor profesional bilingüe. Posteriormente, esta traducción al castellano fue retro-traducida al inglés por otro profesional traductor bilingüe diferente. No se identificaron discrepancias en la retro-traducción. En una segunda fase, un grupo de expertos formados por investigadores ingleses del estudio PredictD-Europa comprobó la equivalencia de esta nueva versión con la original. En la tercera y última fase, el equipo de investigación del PredictD-España analizó la nueva versión para detectar las posibles discrepancias, comprobar que el nuevo cuestionario albergaba totalmente el constructo que se pretendía evaluar y que tenía en cuenta el contexto cultural donde se pretendía administrar el cuestionario. Finalmente, se realizó una prueba piloto de la versión española de los cuestionarios adaptados con 30 pacientes de atención primaria que no participaron en el estudio (predict-España o predict-Europa). Se comprobó de ese modo su comprensión y aceptabilidad y en alguna ocasión se modificó la redacción de alguna pregunta. Los procedimientos usados para comprobar la validez y fiabilidad de los cuestionarios adaptados se han descrito previamente.

7.5.2. Respecto a los cuestionarios administrados a los médicos de familia.

Las 30 entrevistadoras contratadas contactaron con los 231 médicos de familia que participaron en el estudio, les hicieron entrega del cuestionario (ver anexo VI) y estos los auto-cumplimentaron. En aquellos pocos casos que el médico de familia tardaba demasiado en cumplimentarlos, las entrevistadoras lo administraron telefónicamente.

7.5.3. Respecto a los datos del centro de salud y el cuestionario administrado al director del centro de salud.

Las 30 entrevistadoras obtuvieron los datos del centro de salud a partir de los registros administrativos de los Distritos y Áreas de atención primaria. También contactaron con los 41 directores de los centros de salud participantes en el estudio, les hicieron entrega del cuestionario (ver anexo VII) y estos los auto-cumplimentaron. En aquellos pocos casos que el director del centro de salud tardaba demasiado en cumplimentarlos, las entrevistadoras lo administraron telefónicamente.

7.5.4. Respecto a la adquisición de la información de las variables de la interacción médico-organización-paciente.

Se contrataron a 7 médicos de familia independientes de los pacientes participantes en el estudio, de tal forma que ellos nunca recogieron información de las HCAP de sus propios pacientes para evitar el sesgo de deseabilidad social, ya que lo deseable socialmente es que los médicos de familia detectaran a todos los pacientes con depresión y sus pautas de atención cumplieran los criterios de las guías de práctica clínica. La información requerida se extrajo de las HCAP y se volcó en un aplicativo informático instalado en un ordenador portátil. La construcción del aplicativo se justifica por el hecho de que tuvimos que recoger información de HCAP de diferentes comunidades autónomas, cuyo formato y prestaciones tenían diferencias incompatibles con la homogenización de la recogida de los datos. El proceso de diseño y desarrollo del aplicativo duró casi un año y terminó con un pilotaje de las versiones alfa y beta en cada comunidad autónoma. Con la versión definitiva del aplicativo (versión 1.0) se hizo un curso de formación de 10 horas para todos los médicos de familia contratados para la extracción de datos de las HCAP. Una vez obtenido los datos de las HCAP en cada centro de salud, el aplicativo facilitaba la exportación y la fusión de los datos a una base de datos compatible con los paquetes estadísticos usados en este estudio.

7.6. Aspectos éticos.

El estudio PredictD-España fue aprobado por los comités de ética de todas las provincias participantes y por los respectivos gerentes de las Áreas o Distritos Sanitarios donde se desarrolló el estudio. También se solicitó el permiso de los directores de todos los centros de salud participantes.

Se ha asegurado la confidencialidad de los datos de todos los pacientes seleccionados para participar en el estudio, recogidos en la ficha del primer contacto (anexo III). Todos los pacientes entrevistados firmaron el formulario de consentimiento informado para participar en el estudio (anexo IV). La solicitud de consentimiento informado se transmitió a los pacientes de tres formas diferentes: 1) por la explicación de su médico de familia y por la explicación de la entrevistadora; 2) por un folleto informativo (anexo V); y 3) por el propio consentimiento informado. Este es el único documento en el que figuran los datos de identificación personal de los pacientes entrevistados, el cual se guardó separado del resto de la información recogida en los cuestionarios. Los cuestionarios se identificaron mediante un número asignado a cada paciente del estudio.

El estudio predict-Servicios (estudio anidado en el predictD-España) fue aprobado por los comités de ética pertinentes de las provincias participantes y los respectivos gerentes de las Áreas o Distritos Sanitarios donde se realizaron la consulta de los datos de las HCAP. En el programa informático donde se volcaba la información recogida de las HCAP, los datos de los pacientes se encontraban identificados por el código asignado a la persona para el estudio, con el fin de preservar la confidencialidad de la información.

Los médicos junto con los centros de salud participantes fueron contactados previamente al comienzo del estudio para su colaboración en el proyecto de investigación. Tanto a los centros de salud como a los médicos de familia que aceptaron participar

en el estudio se les asignó un código con el fin de preservar la confidencialidad de los datos.

7.7. Control de calidad de los datos.

A continuación se detalla el control de calidad de los datos que se llevó a cabo en el estudio:

Respecto a la calidad de los datos de la información obtenida a través de los cuestionarios: cada entrevistadora debía comprobar que los instrumentos habían sido completados adecuadamente y en su totalidad. Los investigadores de campo coordinadores cada provincia se reunieron con los entrevistadores una vez a la semana para comprobar la adherencia al CIDI y el resto de cuestionarios, se revisaron las entrevistas completadas y se corrigieron los posibles errores.

Respecto a la calidad de los datos sobre la información recogida de las HCAP, el propio aplicativo informático limitaba las posibilidades de errores en la introducción de los datos, lanzando llamadas y mensajes sobre el problema detectado y bloqueando la colección de los datos hasta que el problema se resolviese. Los investigadores coordinadores del trabajo de campo, en el centro coordinador de Málaga, depuraron las bases de datos mediante un proceso de detección de errores estándar. Cuando se detectaron errores, se requirió al médico de familia responsable de los mismos una nueva revisión de los datos de la HCAP del paciente en cuestión. Por ejemplo, un error relativamente frecuente fue la discrepancia entre el código diagnóstico CIAP-2 con el texto libre del diagnóstico registrado en el aplicativo.

Para comprobar la calidad de las bases de datos finales, se estimó el porcentaje de errores de codificación o transcripción que se habían podido cometer (Rial, Varela y Rojas, 2001). Para ello, un 10% de los casos registrados en cada provincia fueron sometidos al control de calidad de “doble entrada”. Los investigadores revisores de

errores encontraron 191 errores en los 118.398 ítems comprobados pertenecientes a 480 pacientes estratificados por provincia, lo que representaba un porcentaje de error del 0,16%. El porcentaje de error detectado en el estudio resultó aceptable según la literatura (Rial, Varela y Rojas, 2001).

7.8. Análisis estadístico.

Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico STATA, versión 14 (StataCorp LP, 2015).

7.8.1. Tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra fue calculado con el comando “*power cox*” de STATA. En este estudio dispusimos de 1025 episodios de depresión mayor, mientras que la probabilidad de detección por el médico de familia fue del 11%. Teniendo en cuenta un error alfa de 0,05 y una potencia del 80%, se consiguió detectar un tamaño del efecto (considerado clínicamente relevante) definido por un hazard ratio de 1,70 asociado a un incremento de un punto en una determinada covariable de interés, con una desviación estándar de 0,55, y para un test de dos colas en la regresión de Cox. Se asumió además que la covariable de interés podía ser explicada por el resto de covariables del modelo con un R^2 de 0,18.

7.8.2. Análisis exploratorio y descriptivo.

Se ha realizado el análisis descriptivo de todas las variables estudiadas mediante el estudio de frecuencias (Morales, 2006). Siguiendo a Amón (1997), se utilizaron las siguientes medidas según el tipo de variable:

- *Variables cuantitativas discretas y continuas*: Medidas de tendencia central (media aritmética o mediana), medidas de dispersión (desviación típica, DT y rango intercuartílico). Los intervalos de confianza (IC) se calcularon al 95%. Algunas

variables cuantitativas fueron transformadas mediante transformaciones “de potencia” que son simples reexpresiones que conservan el orden de los datos en las series generales, preservan los valores letras, son funciones continuas y normalmente vienen especificadas por funciones elementales (Freixa et al., 1992). Para ello se usó el comando “*ladder*” de STATA, comprobando la normalidad de las variables transformadas mediante el test de simetría y curtosis de Royston.

- *Variables cualitativas o categóricas*: Distribución de frecuencias y porcentajes por categorías de respuesta.

7.8.3. Análisis de la correlación intracluster.

A priori asumimos una estructura jerárquica en los datos analizados en este estudio: episodios anidados en pacientes, éstos en médicos de familia y estos últimos en centros de salud. Para comprobar esta asunción construimos una serie de modelos multinivel de análisis de supervivencia paramétrica con el comando “*mestreg*” de STATA. Tomamos como variable dependiente la detección del episodio depresivo por el médico de familia (si/no) y consideramos en los modelos el tiempo desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección o fin del episodio o seguimiento. En estos modelos no se incluyeron variables independientes (fueron modelos nulos o vacíos). En primer lugar, se comprobó cual era la mejor distribución que ajustaba el modelo de supervivencia paramétrica sin efectos aleatorios. La distribución Weibull fue la que produjo el mayor descenso del parámetro BIC (Bayesian Information Criterion), obteniendo por tanto el mejor ajuste (ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución de ajuste del modelo de supervivencia paramétrica sin efecto aleatorio.

Modelo	Observaciones	Modelo	DF	AIC	BIC
Exponential	1.025	-981.8408	1	1965.682	1970.614
Gamma	1.025	-978.828	2	1961.656	1971.521
Weibull	1.025	-488.2044	2	980.4088	990.2737
Loglog	1.025	-978.5654	2	1961.131	1970.996
lognormal	1.025	-978.0276	2	1960.055	1969.920

Modelo=log likelihood; df= degree freedom; AIC= Akaike's information criterion; BIC= Bayesian information criterion.

Posteriormente, asumiendo una distribución Weibull, se comprobó si un modelo que incluyera un efecto aleatorio (para un determinado cluster o nivel) ofrecía un mejor ajuste que el modelo sin él. La chi cuadrado del test de razón de verosimilitudes para los modelos con el cluster de pacientes (episodios anidados en pacientes) fue cero y la del modelo con el cluster de médicos (episodios anidados en médicos) también fue cero. Sin embargo, la chi cuadrado para el cluster de centros de salud (episodios anidados en centros de salud) fue 2,03 ($p= 0.0770$), que aunque no fue significativo, mostró indicios; por lo que se decidió usar el cluster del centro de salud como efecto aleatorio en todos nuestros modelos de análisis.

7.8.4. Regresión de Cox

Se construyeron modelos de regresión de Cox definiendo su estructura mediante el comando “*stset*” de STATA. La unidad de estudio fue el episodio (1.025 episodios de 985 pacientes). El evento de interés (*failure*) fue la detección del episodio de depresión por el médico de familia y la variable tiempo fue el número de días desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección del episodio por el médico de

familia o el fin del episodio o seguimiento. El mínimo tiempo hasta la detección fue cero días y el máximo tiempo de fin de seguimiento de un episodio fue de 535 días. Esta variable tiempo hasta la detección se aproximó a una distribución normal según el test de simetría y kurtosis de Royston (Chi cuadrado=2,49; $p=0,2881$).

Usamos el comando “*stcox*” de STATA para la regresión de Cox y su opción “*shared*” para incluir al centro de salud como efecto aleatorio. En este modelo se incluyó cada variable independiente, una a una, para el análisis bivariante. Para el análisis multivariante, se incluyeron en el modelo todas aquellas que en el análisis bivariante alcanzaron una $p \leq 0,20$. Posteriormente para alcanzar un modelo más parsimonioso se fueron extrayendo del modelo, una a una, aquellas que obtuvieron una $p \leq 0,10$. Para comprobar la asunción de la proporcionalidad de los riesgos se usó el correspondiente test (comando “*estat phtest*” en STATA), el cual da un test global del modelo y también para cada variable independiente incluida. Además, se exploró la interacción de las covariables con la variable tiempo hasta la detección usando la opción “*tv*”. Se comparó el modelo con y sin la interacción mediante el test de razón de verosimilitudes y si éste fue significativo ($p < 0,05$), se incluyó la interacción en el modelo. Finalmente, mediante el comando de post-estimación “*stcurve*” de STATA, realizamos curvas de supervivencia de cada covariable del modelo ajustada por el resto de covariables.

7.8.5. Imputaciones múltiples

Para manejar los valores faltantes en las variables independientes usamos imputaciones múltiples mediante ecuaciones encadenadas, por medio del comando “*ice*” de STATA (Royston, 2005). Se asumió un patrón “*missing at random (MAR)*” porque los valores faltantes dependieron de un conjunto de variables medidas en la línea base, aunque no es posible distinguir entre un patrón MAR y otro MNAR (*missing not at random*) sólo con los datos observados (White et al., 2011). Generamos

21 ficheros de datos diferentes y combinamos sus hazard ratios usando las reglas de Rubin (Rubin, 1999) mediante el comando “*mim*” de STATA.

7.8.6. Análisis de sensibilidad.

Para comprobar la robustez de nuestro análisis primario (regresión de Cox, incluyendo el centro de salud como componente aleatorio y usando la imputación múltiple de los datos faltantes de las covariables), realizamos tres análisis de sensibilidad:

- En primer lugar, realizamos un análisis semejante a nuestro análisis primario pero sólo con casos completos (sin imputaciones múltiples de las covariables).
- En segundo lugar, para comprobar el impacto de los pacientes perdidos (no entrevistados o entrevistados con la CIDI como dato faltante en algún punto de evaluación del seguimiento) sobre los resultados, realizamos un análisis de supervivencia paramétrica multinivel, tomando el centro de salud como componente aleatorio y ponderando la regresión por el IPW (*Inverse Probability Weighting*) o inverso de la probabilidad de permanecer en el estudio. Para calcular esta última se llevó a cabo una regresión logística multinivel, tomando al médico y al centro de salud como componentes aleatorios, e incluyendo aquellas variables medidas en la línea base que fueron predictivas de permanecer o perderse del estudio. Una vez obtenido este modelo, se le calcula a cada paciente la probabilidad de permanecer en el estudio mediante el comando “*predict*” de STATA y se la transforma por el inverso ($1/p$). El uso del IPW, tal como se indica aquí, controla de forma eficiente el sesgo de las pérdidas (*attrition bias*) siempre que se cumpla la asunción MAR (*missing at random*) o MCAR (*missing completely at random*) y que el modelo para predecir las pérdidas sea suficientemente explicativo (área bajo la curva ROC > 0,70 o 0,75) (Hernán et al., 2004). Se usó el análisis de supervivencia paramétrica multinivel frente a la regresión de Cox porque aquél

permite usar pesos en la regresión y la de Cox no.

- En tercer lugar, realizamos un análisis asumiendo una definición ampliada de episodio de depresión mayor detectado. En este caso, consideramos que el médico de familia también detectó un episodio de depresión cuando el paciente recibió una prescripción de antidepresivos entre el inicio de los síntomas y el fin de episodio o de seguimiento, aunque no cumpliera el resto de criterios que definimos previamente para la detección. Admitiendo por tanto que algunos episodios de depresión, aunque no estuvieran en la HCAP registrados como tales, algunos médicos de familia, en determinadas circunstancias (especialmente por la falta de tiempo), no registran el seguimiento o el diagnóstico, pero queda constancia de la prescripción del antidepresivo registrada automáticamente en la HCAP, siempre que ésta se hiciera por el ordenador.

RESULTADOS

8.1. Análisis descriptivos.

8.1.1. Tasa de participación en el estudio.

Se abordaron 7.777 pacientes consultantes de atención primaria entre las 7 provincias españolas, de los cuales 1.251 (16,1%) fueron excluidos. De los 6.526 pacientes abordados que no fueron excluidos, 1.084 (16,6%) rechazaron participar en el estudio (ver figura 7).

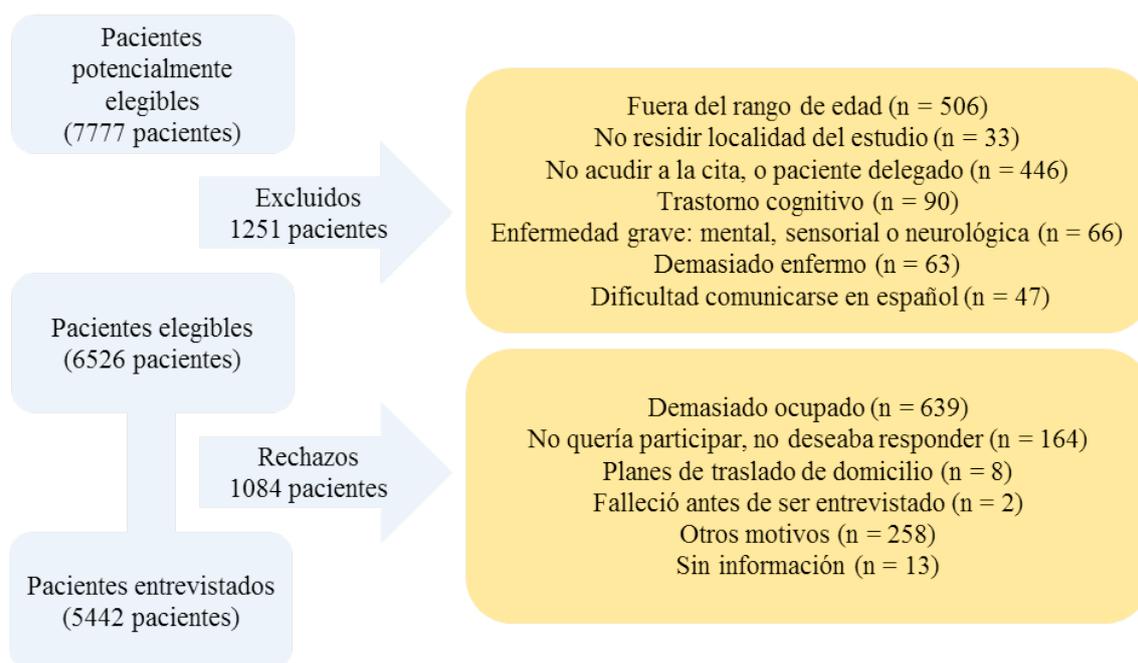


Figura 7. Flujograma de la selección de la muestra del estudio.

Después de descartar los pacientes excluidos y los que rechazaron, se entrevistaron a 5.442 (83,4% de pacientes elegibles). La distribución de participantes en el estudio por provincias se detalla en la tabla 10.

Tabla 10. Participantes en el estudio por provincias.

Provincias	Centros de Salud (médicos)	Nº de pacientes abordados	Nº de pacientes excluidos (%)	Nº de pacientes elegibles	Nº pacientes que rechazaron participar (%)	Total de pacientes entrevistados
Málaga	9(57)	Sin información	Sin información	1478	202 (13,7)	1276
Granada	7(35)	1254	302(24,1)	952	169(17,7)	783
Zaragoza	6(30)	958	71(7,41)	887	130(14,6)	757
Madrid	5(35)	1251	312(24,9)	939	168(17,9)	771
La Rioja	6(26)	976	97(9,9)	879	127(14,4)	752
Mallorca	5(31)	1159	314(27,1)	845	127(15,0)	718
Las Palmas	3(17)	701	155(22,1)	546	160(29,3)	386
Totales	41(231)	7777*	1251(16,1)	6526	1083(16,6)	5442

*No están incluidos los pacientes excluidos de Málaga

De los 1.084 pacientes que rechazaron participar en el estudio, 780 dieron su consentimiento para analizar los datos sobre su edad y sexo. Los análisis mostraron una mayor proporción de varones entre los que rechazaron, 360 (46,1%), frente a los que aceptaron participar, 1756 (32,3%), ($p < 0.001$); así como una menor edad media entre los que rechazaron (46,9 años [95% IC: 45,7 - 48,0]) frente a los que aceptaron participar (48,5 años [95% IC: 48,1 - 48,9]), $p = 0,018$.

De los 5.442 pacientes entrevistados en la línea base, 3.804 (70%) volvieron a ser entrevistados a los 6 meses del seguimiento y 3567 (66%) a los 12 meses del seguimiento (ver tabla 11).

Tabla 11. Pacientes entrevistados por provincias durante el seguimiento.

Provincia	Total entrevistados en la línea base	Total entrevistados a los 6 meses (%)	Total entrevistados a los 12 meses (%)
Málaga	1276	1008 (79.0)	922 (72.3)
Granada	783	598 (76.5)	564 (72.0)
Zaragoza	757	588 (77.7)	504 (66.6)
Madrid	771	473 (61.4)	477 (61.9)
La Rioja	752	524 (69.7)	561 (74.6)
Mallorca	718	374 (52.1)	328 (45.7)
Las Palmas	386	239 (61.9)	211 (54.7)
Todas las provincias	5442	3804 (70)	3567 (66)

Durante el seguimiento se identificaron 1084 episodios de depresión mayor correspondientes a 1.044 pacientes:

- De los 5.442 pacientes que se entrevistaron en la línea base, 742 tuvieron depresión mayor según la CIDI (742 primeros episodios de depresión mayor, PEDM).
- A los 6 meses, 200 pacientes que no estaban deprimidos en la línea base fueron diagnosticados de depresión (200 primeros episodios de depresión mayor, PEDM).
- A los 12 meses de seguimiento, 102 pacientes no deprimidos ni en la línea base, ni a los 6 meses, tuvieron depresión (102 primeros episodios de depresión mayor, PEDM).
- Por último, a los 12 meses de seguimiento, 40 pacientes deprimidos en la línea base y no deprimidos a los 6 meses, volvieron a deprimirse a los 12 meses de seguimiento (40 segundos episodios de depresión mayor, SEDM).

En la figura 8 se muestra información detallada sobre el seguimiento de pacientes y la construcción de los episodios de depresión.

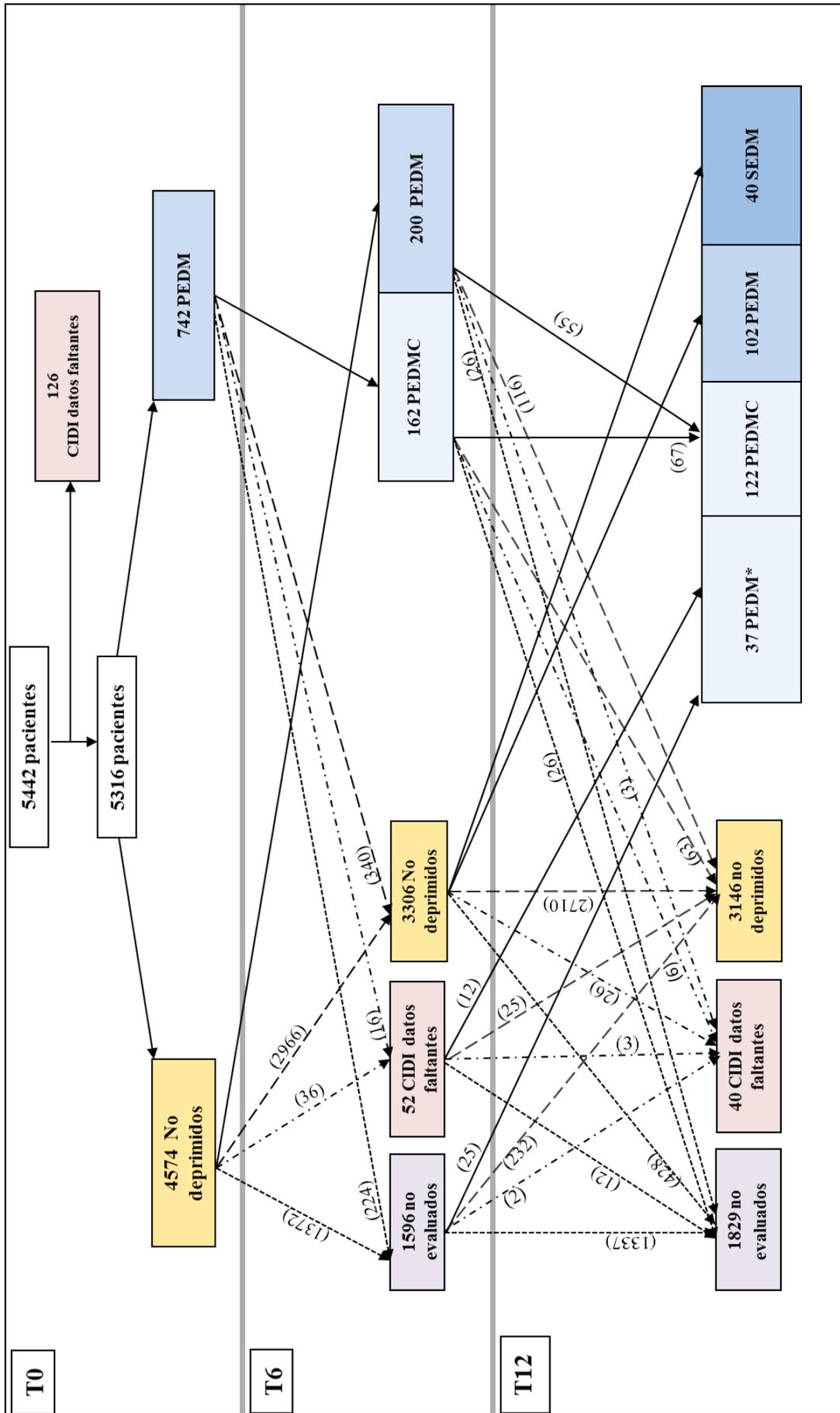


Figura 8. Flujoograma.

PEDM: Primer episodio de depresión mayor. PEDMC: Primer episodio de depresión mayor en continuación. SEDM: Segundo episodio de depresión mayor. CIDI: Composite International Diagnostic Interview. T0: evaluación en línea base. T6: evaluación a los 6 meses. T12: evaluación a los 12 meses. *De pacientes sin información en T6.

8.1.2. Detección de la depresión.

De los 1.084 episodios de depresión, en 59 no se obtuvieron datos de su detección (HCAP no localizada, ausencia de datos de los seguimientos, etc.). Por tanto, se obtuvieron datos de detección en 1025 episodios, de 985 pacientes, los cuales estaban adscritos a 219 médicos de familia pertenecientes a 41 centros de salud. De los 1025 episodios, los médicos de familia detectaron 113 (11,02%): 111 primeros episodios de depresión mayor y 2 segundos episodios de depresión mayor. Se quedaron sin detectar 912 episodios de depresión (88,97%), de los cuales 38 fueron segundos episodios de depresión mayor (ver tabla 12). La mediana de días desde el inicio de los síntomas depresivos hasta su detección fue 92 (rango intercuartílico 43-184). La mediana del número de visitas desde el inicio de síntomas hasta la detección fue de 3 (rango intercuartílico 2-8).

Tabla 12. Distribución por provincias de la detección de episodios de depresión mayor.

Provincia	Nº total de episodios de depresión N(%)	Nº episodios sin datos de detección N(%)	Nº episodios con datos de detección. N(%)	Nº episodios detectados. N(%)	Nº episodios no detectados. N(%)
Málaga	329(30,4)	6(1,82)	323(98,17)	49(15,17)	274(84,82)
Granada	225(20,8)	2(0,88)	223(99,11)	18(8,07)	205(91,92)
Zaragoza	115(10,6)	12(10,43)	103(89,56)	9(8,73)	94(91,26)
Madrid	127(11,7)	16(12,59)	111(87,40)	12(10,81)	99(89,18)
La Rioja	81(7,5)	11(13,58)	70(86,41)	6(8,57)	64(91,42)
Mallorca	106(9,8)	5(4,71)	101(95,28)	11(10,89)	90(89,10)
Las Palmas	101(9,3)	7(6,93)	94(93,06)	8(8,51)	86(91,48)
Todas las provincias	1084(100)	59(5,44)	1025(94,55)	113(11,02)	912(88,97)

8.1.3. Variables sociodemográficas de los pacientes.

De los 985 pacientes deprimidos con datos de detección, 773 (78,5%) fueron mujeres. La media de edad fue 45,65 años (DT=14,28). Respecto al país de nacimiento

879 (89,2%) fueron españoles y 66 (6,7%) extranjeros. El 91,6% de los pacientes pertenecían a la raza blanca y el 2,9% tenían otras razas. La mayoría de los pacientes estaban casados o conviviendo en pareja (55,8%). Sobre el nivel de estudios, el 42,7% habían finalizado los estudios de primaria y el 21,9% tenían estudios primarios incompletos o eran analfabetos. El 32,6% de los pacientes tenían dificultades económicas o muchas dificultades económicas. El resto de variables sociodemográficas de los pacientes se describe en la tabla 13 del apéndice.

8.1.4. Variables psicosociales y relacionadas con la salud mental y física de los pacientes.

De los 985 pacientes deprimidos con datos de detección, según el cuestionario LTE (Brugha et al., 1985; Brugha y Cragg, 1990), el 75,8% de los pacientes tuvieron uno o más eventos vitales estresantes. El 28,6% de los pacientes estaban insatisfechos o muy insatisfechos con el trabajo remunerado, mientras que el 43,9% se encontraban insatisfechos o muy insatisfechos con el trabajo no remunerado. El 21,4% de los pacientes estaban insatisfechos (ni satisfecho/ni insatisfecho, bastante insatisfecho o muy insatisfecho) con la zona en la que vivían. En referencia a la Escala de Apoyo Social de Familiares y Amigos (Blaxter, 1990), el 42,8% de los pacientes percibieron poco apoyo. El 22,7% percibieron al menos un motivo de discriminación. El 20,4% de los pacientes sufrieron abusos psicológicos en la infancia, físicos en el 13,1% y sexuales en el 6,3%. El 16,1% de los pacientes se mostraron insatisfechos con sus relaciones sentimentales y el 23,8% con las relaciones sexuales con su pareja. Los pacientes indicaron un 12,8% y 26,4% de problemas psicológicos en su padre y su madre respectivamente. El resto de variables psicosociales se muestran en la tabla 14 del apéndice.

De los 985 pacientes deprimidos, el 68,2% refirieron de 7 a 9 síntomas de depresión de los que considera el DSM-IV. La comorbilidad de síndromes ansiosos

según el cuestionario PRIME-MD (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999) fue: ansiedad generalizada 20%, ataques de pánico 18,2% y ansiedad no específica 13,3%. Según el cuestionario AUDIT (Pérula-de-Torres et al., 2005), el 4,1% de los pacientes tuvieron un consumo de alcohol abusivo y el 2,2% fueron bebedores dependientes. Los pacientes tuvieron una pobre calidad de vida relacionada con la salud mental (puntuación media en SF-12 de 35,7) y física (puntuación media en SF-12 de 39,83) y el 59,3% padecían de alguna enfermedad, minusvalía o dolencia crónica, ver tabla 15 en el apéndice.

8.1.5. Variables del médico.

De los 219 médicos de familia, 13(5,9%) no cumplimentaron el cuestionario. El 46,6% de los médicos de familia fueron mujeres. La edad media fue 51,38 (DT=5,75). El 59,2% se licenciaron entre el año 1961 al 1982. El 48,1% llevaban 7 o más años trabajando en el centro de salud, el 92,2% lo hacían en el centro de salud base y el 73,3% tenían la plaza en propiedad. El 59,2% estaban acreditados para tutorizar a residentes de medicina de familia y el 64,1% fueron médicos de familia vía MIR.

De los 206 médicos de familia que contestaron los cuestionarios, el 68,9% refirieron dedicar un promedio entre 7 a 10 minutos por paciente, independientemente del tiempo asignado en la agenda. El 36,3% manifestaron problemas de comunicación con el equipo de salud mental y el 24,3% con la trabajadora social. El 81% se mostraron cómodos o muy cómodos en el uso de antidepresivos. El rango de cada una de las tres dimensiones del cuestionario de práctica profesional fue de 4 a 20 puntos (a mayor puntuación mayor satisfacción laboral, percepción de carga, y orientación biomédica). Las puntuaciones medias de los médicos de familia fueron: satisfacción laboral 15,9 (DT=2,31), percepción de carga laboral 15,2 (DT=3,22) y orientación biomédica (frente a la psicosocial) 11,5 (DT=3,22) (ver tabla 16 en el apéndice).

8.1.6. Variables del centro de salud.

Se incluyeron 41 centros de salud y el 24,4% se encontraban en municipios con un tamaño entre 200.001 a 500.000 habitantes. La media de población a la que daban cobertura los centros de salud fue de 24.438,6 habitantes (DT=10.837,33). La media de médicos de familia por centro de salud fue 14,1 (DT=6,64), 14,13 (DT=6,64) de enfermeros, 2,49 (DT=1,90) de auxiliares de clínica y 7,64 (DT=3,49) de administrativos y personal de admisión. El 58,5% de los centros de salud tenían un trabajador social compartido con al menos otro centro de salud y el 4,9% no tenían trabajador social.

El 46,1% de los directores de los centros de salud, estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el médico de familia tenía un papel activo con los problemas de salud mental. El 41,5% de los centros de salud no recibían visitas del equipo de salud mental y el 39,1% recibían poca actividad formativa del equipo de salud mental (1 sesión cada 3-12 meses), ver tabla 17 en el apéndice.

8.1.7. Variables de la interacción médico-organización-paciente.

Teniendo en cuenta los 1084 episodios de depresión, en las “listas de problemas” se registraron un 21,8% de problemas de ansiedad, 1,8% de problemas con el alcohol y un 15,3% de otros diagnósticos psicológicos; mientras que también se registraron una media de 2,43 problemas de salud física crónicos por paciente. En cuanto a las prescripciones farmacológicas registradas en las HCAP: en el 48,4% de los episodios de depresión, en algún momento del seguimiento, se prescribió un antidepresivo, en el 64,9% benzodiacepinas y en el 13,3% otros psicofármacos. En el 33,7% de los episodios se prescribieron tanto antidepresivos como benzodiacepinas (ver tabla 18 en el apéndice).

Entre los 113 episodios detectados, en el 37,1% ya se habían prescrito antide-

presivos antes de la detección y continuaron después de esta, mientras que en el 19,4% de los episodios detectados, no se prescribieron antidepresivos antes de la detección y fueron prescritos después de esta. En el 24,7% de los episodios se dejó de prescribir benzodiazepinas después de la detección y en el 2,6% se dejó de prescribir otros psicofármacos después de la detección (ver tabla 19 en el apéndice).

8.2. Análisis de los episodios excluidos por datos faltantes de la detección de la depresión en la HCAP.

Del total de 1084 episodios de depresión se excluyeron 59, pertenecientes a 59 pacientes (todos ellos primeros episodios), por datos faltantes de la detección en la HCAP. Por lo tanto, se incluyeron en los análisis 1025 episodios de depresión. En los análisis bivariantes entre los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP, las siguientes variables tuvieron una asociación estadísticamente significativa con los episodios sin datos de detección: “Provincia, vive con “otros”, personas sin dificultades económicas, abusos psicológicos en la infancia, número de hermanos (hombres) que se han suicidado, calidad de vida relacionada con la salud física, sentirse discriminado por algún motivo y problemas psicológicos en la madre,”. Estos resultados se muestran en las tablas 13, 14 y 15 del apéndice.

Se llevó a cabo un análisis multivariante mediante regresión logística multinivel tomando como variable dependiente la exclusión del episodio por datos faltantes (si/no) de la detección en la HCAP e incluyendo el centro de salud como componente aleatorio. En este modelo, las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con los episodios excluidos fueron: pertenecer a la provincia de Granada, Zaragoza, Madrid, tener prescripciones de antidepresivos antes del inicio de síntomas, la dependencia alcohólica, sentirse bastante seguro cuando se entra o sale de casa, mayor calidad de vida relacionada con la salud físico, menor calidad de vida relacionada con la salud mental, la insatisfacción con la convivencia en el

hogar, tener dificultades para relacionarse con la gente, haber consumido alguna vez cannabis y sufrir discriminación por su orientación sexual. Estos resultados se recogen en la tabla 20 del apéndice.

8.3. Análisis de los pacientes perdidos durante el seguimiento.

De los 742 PEDM que fueron incluidos en la línea base, 224 no fueron entrevistados a los 6 meses y 16 fueron entrevistados pero tuvieron datos faltantes en la CIDI, por lo que 240 (32,34%) pacientes se perdieron a los 6 meses. De los 200 PEDM que fueron incluidos en el seguimiento en la evaluación de los 6 meses, 26 no fueron entrevistados a los 12 meses y 3 fueron entrevistados pero tuvieron datos faltantes en la CIDI, por lo que 29 (14,5%) pacientes se perdieron en la evaluación de los 12 meses. El resto de los 142 episodios depresivos (102 PEDM + 40 SEDM) que se incluyeron en la evaluación de los 12 meses se siguieron hasta los 18 meses sin pérdidas en cuanto a los datos de las HCAP. Ver la figura 8.

Para obtener un modelo predictivo de las pérdidas, se llevó a cabo una regresión logística multinivel incluyendo al médico y el centro de salud como componentes aleatorios e introduciendo como efectos fijos aquellas variables que fueron significativas al nivel de $p < 0,15$ en los análisis bivariantes. Las variables incluidas en esta regresión que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con las pérdidas durante el seguimiento al nivel de $p < 0,05$ fueron (ver tabla 21): la provincia, ser mujer, mayor nivel cultural, mayor insatisfacción con la convivencia en el hogar, no ser derivado a la trabajadora social desde el inicio de los síntomas depresivos hasta la detección, no tomar otros psicofármacos (diferentes a los antidepresivos y ansiolíticos) antes del inicio de los síntomas depresivos y tomar antidepresivos después de la detección de depresión por el médico de familia. Este modelo consiguió predecir las pérdidas con un área bajo la curva ROC de 0,80 (I.C. al 95%: 0,77 – 0,83).

Tabla 21. Regresión logística múltiple para predecir las pérdidas del seguimiento.

Variables	Niveles de las variables	OR	IC95%	p
Provincia	Málaga			
	Granada	0,623	0,328 - 1,183	0,148
	Zaragoza	0,401	0,193 - 0,833	0,014
	Madrid	0,255	0,127 - 0,510	0,000
	La Rioja	0,619	0,266 - 1,441	0,266
	Mallorca	0,228	0,112 - 0,464	0,000
	Las Palmas	0,195	0,090 - 0,423	0,000
Edad		1,010	0,997 - 1,024	0,108
Sexo	Mujer			
	Hombre	0,566	0,381 - 0,842	0,005
Derivación a trabajador social entre el inicio de los síntomas y la detección	Si	0,069	0,005 - 0,944	0,045
Derivación a salud mental después de la detección	Si	6,048	0,716 - 51,064	0,098
Prescripción de psicofármacos antes del inicio de síntomas	Si	0,260	0,094 - 0,717	0,009
Prescripción de antidepresivos después de la detección	Si	4,811	1,538 - 1,009	0,052
Consumo experimental de heroína	Si	0,272	0,738 - 1,009	0,052
Problemas con el alcohol a lo largo de la vida	Si	0,560	0,266 - 1,180	0,128
Satisfacción con la convivencia en el hogar	Muy satisfecho			
	Bastante satisfecho	0,940	0,609 - 1,453	0,784
	Ni satisfecho/ni insatisfecho	0,911	0,582 - 1,426	0,686
	Bastante insatisfecho	0,424	0,221 - 0,815	0,010
	Muy insatisfecho	0,674	0,336 - 1,350	0,266
Nivel de estudios	Doctorado/licenciado/ diplomado			
	Bachiller/COU/FP2	0,533	0,271 - 1,048	0,068
	Primaria(EGB/ESO/FP1)	0,437	0,231 - 0,825	0,011
	analfabeto/ sólo leer y escribir	0,344	0,167 - 0,706	0,004
Se siente seguro dentro de casa	Muy seguro			
	Bastante seguro	1,419	0,933 - 2,158	0,101
	No muy seguro/nada seguro	1,252	0,732 - 2,143	0,411

*Regresión logística múltiple incluyendo el médico y el centro de salud como componente aleatorio.

8.4. Análisis bivariantes.

Los análisis bivariantes de las variables del paciente se muestran en las tablas 22, 23 y 24 del apéndice, las variables del médico en la tabla 25 del apéndice, las variables del centro de salud en la tabla 26 del apéndice y las variables de la interacción médico-organización-paciente en la tabla 27 del apéndice.

8.5. Análisis multivariante.

En el modelo de regresión de Cox multivariante (con los datos faltantes de las covariables imputados y 21 ficheros de datos), se incluyó el centro de salud como efecto aleatorio y como efectos fijos se incluyeron 12 variables y una interacción:

- Siete variables fueron de los pacientes: convivir con “otros” (menor detección); referir alguna enfermedad, minusvalía o dolencia de largo tiempo (menor detección); referir problemas graves en algún familiar, amigo, o vecino (LTE) (menor detección); mayor intensidad de la concepción religiosa-espiritual de la vida (mayor detección); padecer un trastorno de ansiedad generalizado (PRIME-MD) (mayor detección); mayor calidad de vida relacionada con la salud mental (SF-12) (menor detección); y el número de síntomas depresivos DSM-IV (CIDI) (mayor detección).
- Otras dos variables fueron de los médicos: referir mayor tiempo por paciente (mayor detección) y mayor percepción de carga laboral (menor detección).
- Por último, otras tres variables y una interacción fueron variables de la interfase médico-paciente: mayor número de problemas físicos registrados en la lista de problemas de la HCAP (mayor detección); problema socio-familiar registrado en la lista de problemas de la HCAP (mayor detección); mayor número de visitas del paciente al médico de familia entre el inicio de síntomas y la detección de la

depresión o el fin de episodio-seguimiento (menor detección) y la interacción entre esta última variable con el tiempo hasta la detección o el fin de episodio-seguimiento (mayor detección en la 2ª visita). Ver tabla 28.

El test de la proporcionalidad de los riesgos (Schoenfeld, 1982) del modelo de Cox incluyendo las 12 variables (sin la interacción) fue significativo ($\chi^2=57,48$; $p=0,000$). La variable nº de visitas hasta la detección o el fin de episodio-seguimiento fue la única variable del modelo que incumplía el presupuesto de la proporcionalidad de riesgos, de tal forma que cuando ésta se extrajo del modelo el test fue claramente no significativo ($\chi^2=15,56$; $p=0,4837$). Ello sugirió una posible interacción de la variable nº de visitas con el tiempo hasta la detección o el fin de episodio-seguimiento que se confirmó mediante el test de las razones de verosimilitudes entre el modelo con y sin la interacción ($\chi^2(1) = 19.77$; $p<0.001$).

Tabla 28. Regresión de Cox para la detección de depresión (N=1025 episodios de depresión).

Factores	Variables	Niveles de las variables	HR	IC95%	p
Paciente	Vive con "otros"	No			
		Sí	0,315	0,766-1,297	0,109
	Enfermedad, minusvalía o dolencia de largo tiempo	No			
		Sí	0,510	0,333-0,781	0,002
	Problema grave en familiar, amigo o vecino cercano (LTE)	No			
		Sí	0,482	0,276-0,844	0,011
	Intensidad en la concepción religiosa-espiritual	Baja			
		Alta	1,562	0,962-2,539	0,071
		No creencias	1,060	0,583-1,922	0,848
	Padecer un trastorno de ansiedad generalizada (PRIME-MD)	Sin TAG			
		Con TAG	1,650	1,054-2,585	0,029
	Calidad de vida relacionada con la salud mental (SF-12)	Rango 0-100	0,452	0,265-0,770	0,004
	Nº de síntomas depresivos DSM-IV (CIDI)	5 síntomas			
		6 síntomas	1,963	0,799-4,819	0,141
		7 síntomas	1,924	0,804-4,606	0,141
8 síntomas		1,759	0,722-4,285	0,214	
9 síntomas		1,243	0,424-3,641	0,691	
Interfase médico-paciente	Nº de problemas físicos registrados en la lista de problemas de la HCAP (rango 1-10)	Rango 1-10	1,101	1,020-1,188	0,013
	Problema socio-familiar registrado en la lista de problemas de la HCAP	No			
		Sí	2,145	1,316-3,498	0,002
Nº de visitas al médico entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión o el fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)		0,481	0,351-0,660	0,000	
Médico	Percepción del carga laboral (elevada al cuadrado)		0,609	0,288-1,288	0,195
	Tiempo por paciente	De 1 a >10 minutos	1,125	1,001-1,265	0,048
Interacción con el tiempo hasta la detección o fin de episodio-seguimiento	Nº visitas al médico AP entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión o el fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)		1,003	1,001-1,005	0,000

*La variable centro de salud fue incluida como componente aleatorio ("Shared frailty") y los datos faltantes de las covariables fueron imputados obteniendo 21 ficheros de datos y combinando los valores de las estimaciones y sus errores estándar mediante las reglas de Rubin. HR: hazard ratio; IC95%: intervalo al 95% de confianza.

Se observó una relación inversa entre el número de visitas desde el inicio de los síntomas de depresión hasta su detección (tabla 28). Además de este efecto principal, se encontró una interacción entre el número de visitas y el tiempo hasta la detección. En la figura 9 se puede observar en las curvas de supervivencia ajustadas que la probabilidad de detectar a un paciente deprimido es mucho mayor en la segunda visita respecto de las otras. Por tanto se podría decir que si un paciente deprimido no es detectado en la segunda visita, la probabilidad de ser detectado se va reduciendo drásticamente en las siguientes visitas.

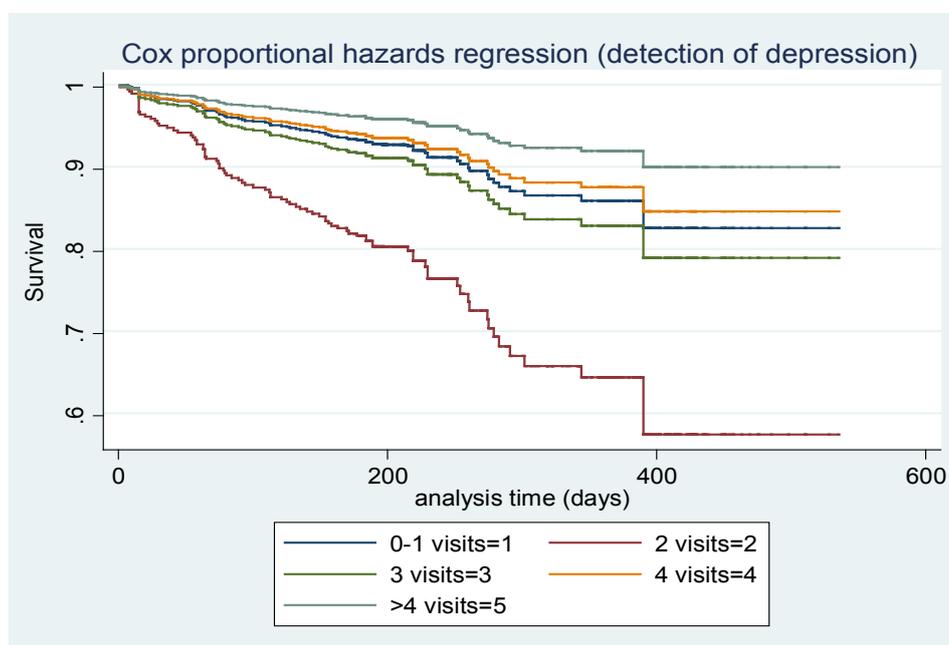


Figura 9. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de visitas del paciente entre el inicio de los síntomas depresivos y la detección o el fin del episodio-seguimiento.

La probabilidad de detectar un caso de depresión mayor aumentó un 12% por cada minuto que se incrementó el tiempo por paciente (tabla 28). En las figuras 10 y 11 se pueden observar las curvas de supervivencia ajustadas en función del tiempo por paciente categorizado en 3 y 7 niveles respectivamente.

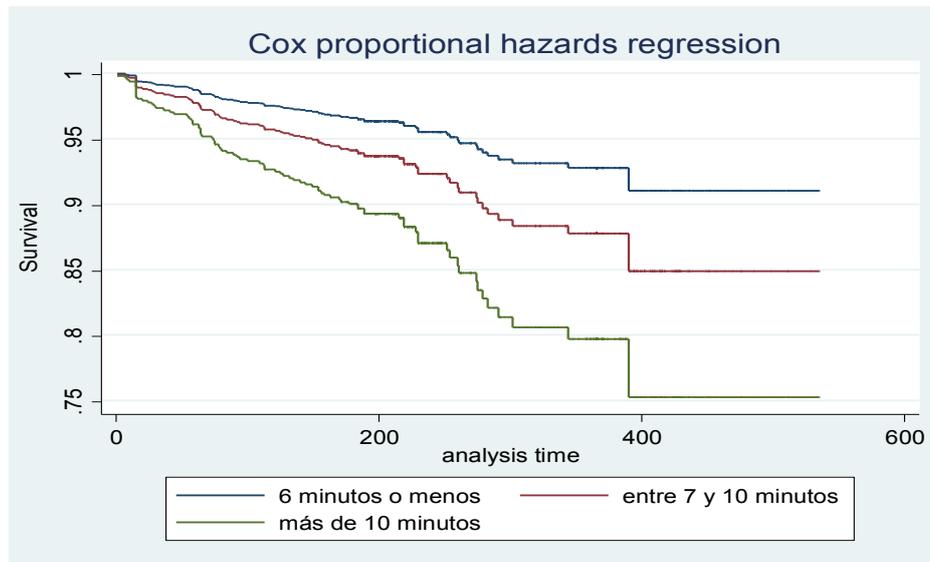


Figura 10. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del tiempo por paciente (3 niveles).

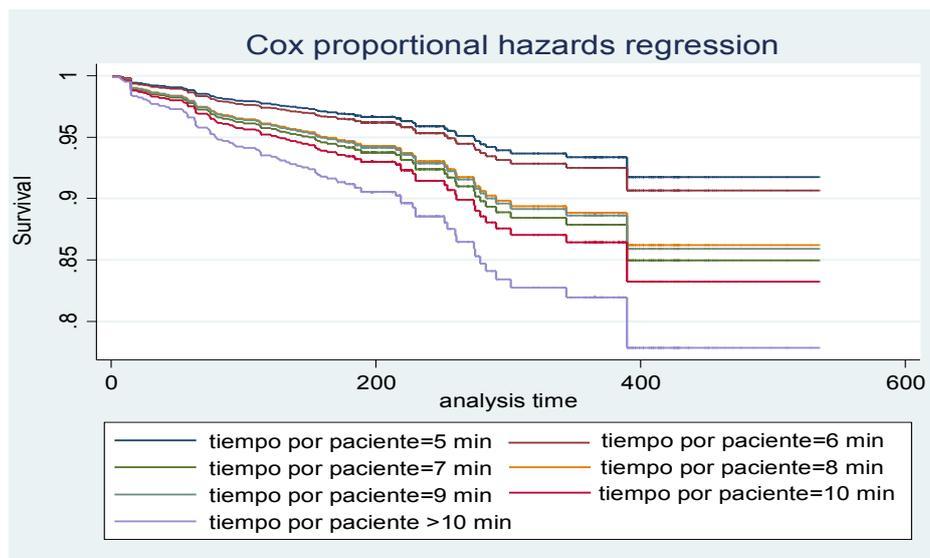


Figura 11. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del tiempo por paciente (7 niveles).

La mayor percepción de carga laboral por parte del médico se asoció a una menor detección de la depresión. En la figura 12 se puede observar la magnitud de esta asociación cuando se categorizó esta variable en 4 estratos.

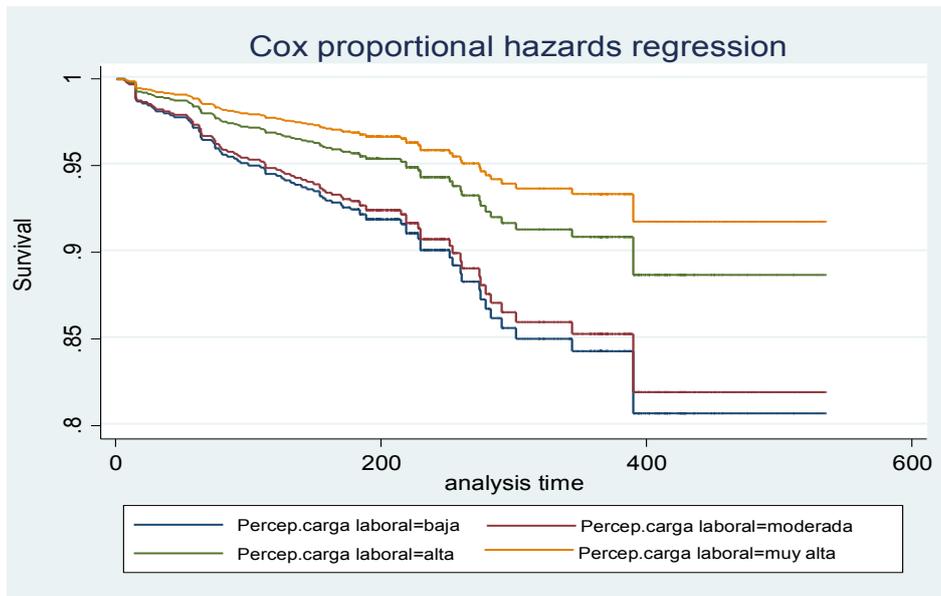


Figura 12. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de la percepción de carga laboral por el médico.

Por cada problema físico crónico registrado en la lista de problemas de la HCAP, la probabilidad de detectar de depresión se incrementó un 10% (tabla 28). En la figura 13 se puede observar que este incremento fue lineal.

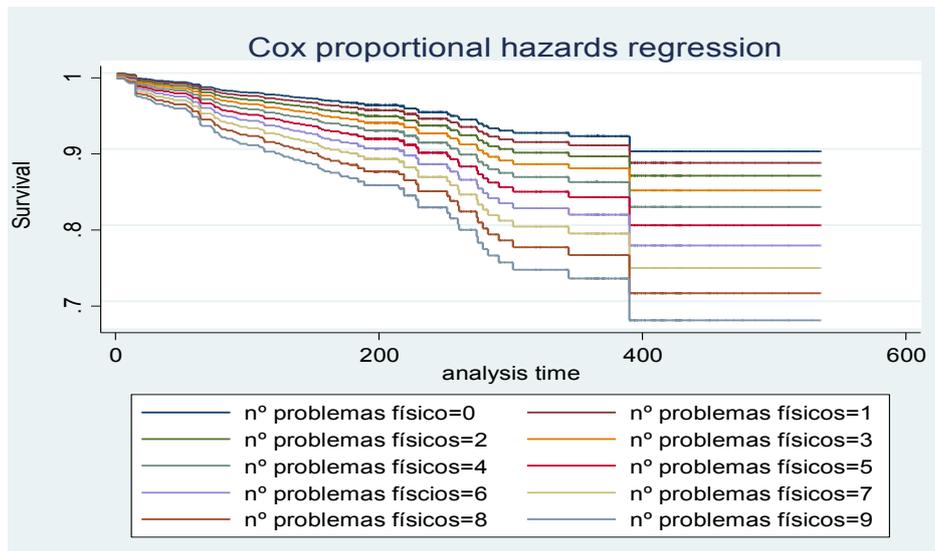


Figura 13. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de problemas físicos crónicos registrados en la lista de problemas de la HCAP.

El registro de algún problema socio-familiar en la lista de problemas de la HCAP multiplicó por dos la probabilidad de detectar depresión (Tabla 28 y figura 14)

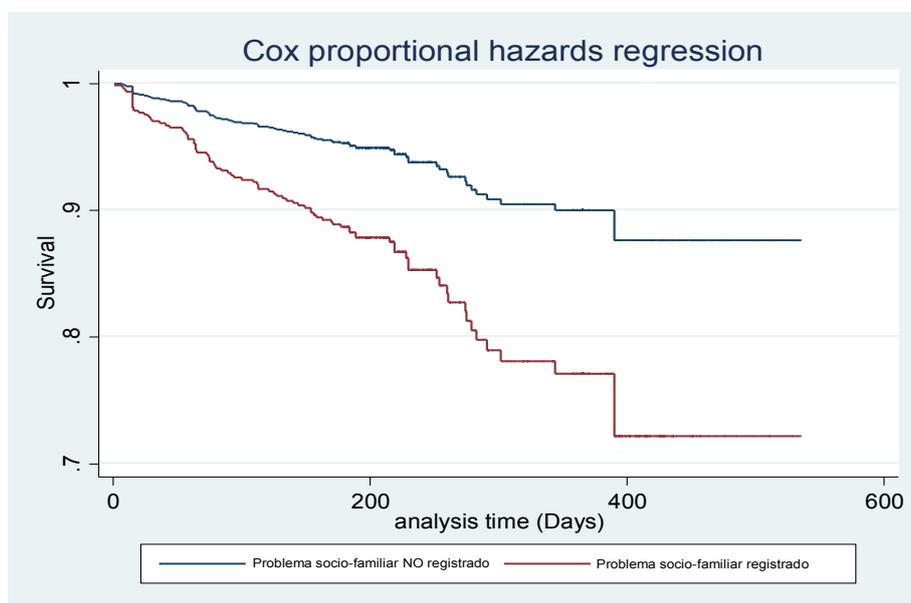


Figura 14. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del registro de algún problema sociofamiliar en la lista de problemas de la HCAP.

El mayor número de síntomas de depresión DSM-IV se asoció con la detección de depresión, aunque esta asociación no fue lineal, siendo de mayor magnitud con 6 síntomas (figura 15). Cuando el paciente con depresión mayor sufrió también un Trastorno de Ansiedad Generalizada, la probabilidad de detectar la depresión se incrementó en un 65% (tabla 22 y figura 16). También la mejor calidad de vida relacionada con salud mental se asoció menor detección de la depresión (tabla 22).

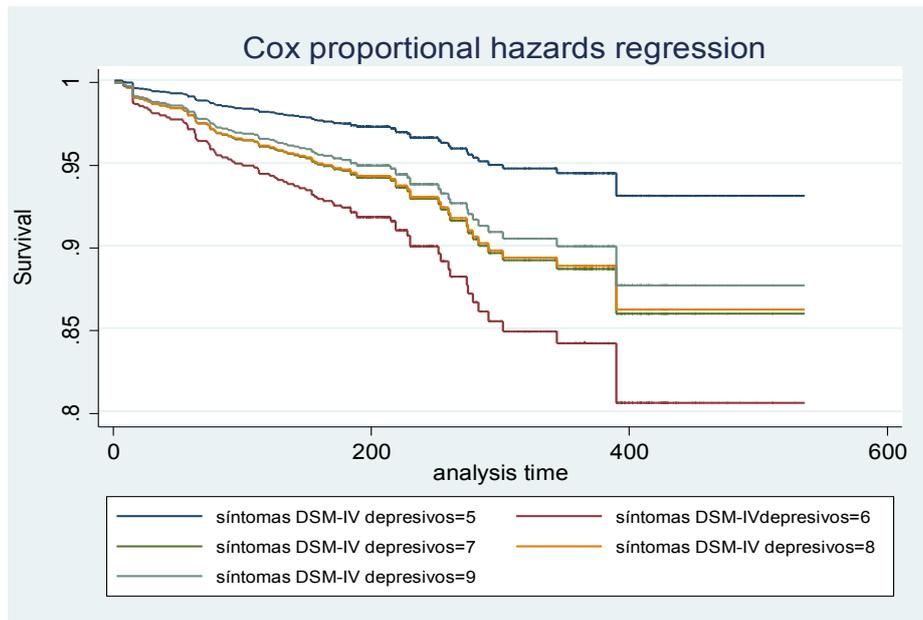


Figura 15. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función del nº de síntomas de depresión DSM-IV.

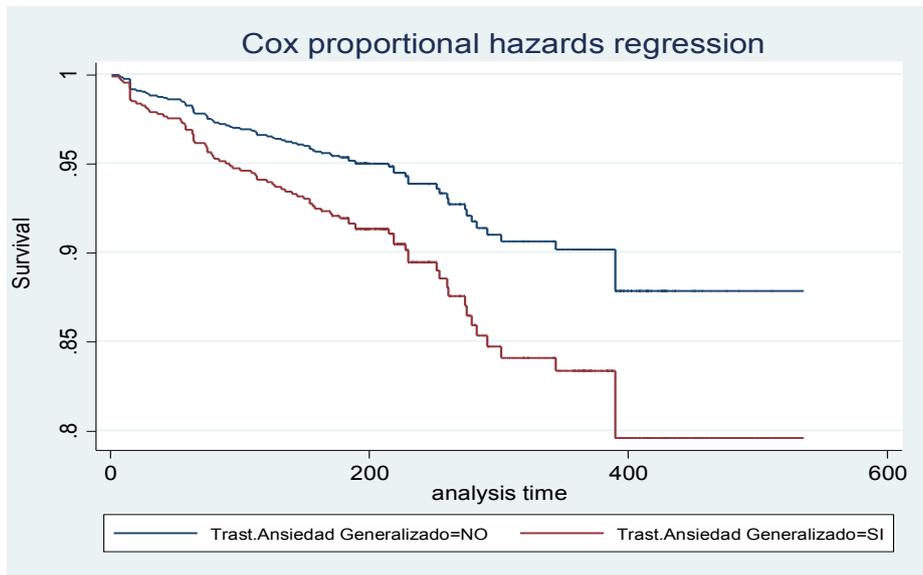


Figura 16. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de padecer a la vez un trastorno de ansiedad generalizado.

Sin embargo, cuando un paciente refirió padecer una enfermedad, minusvalía o dolencia que le afecte o vaya a afectarle durante un período largo de tiempo, la probabilidad de ser detectado de su depresión disminuyó un 49% (tabla 28 y figura 17).

También cuando el paciente refirió tener un problema grave en un familiar o persona cercana, disminuyó su probabilidad de ser detectada la depresión en un 52% (tabla 27 y figura 18). Sin embargo cuando el paciente reportó una intensidad alta en su concepción religiosa o espiritual de la vida, la probabilidad de detección aumentó un 56% (figura 19).

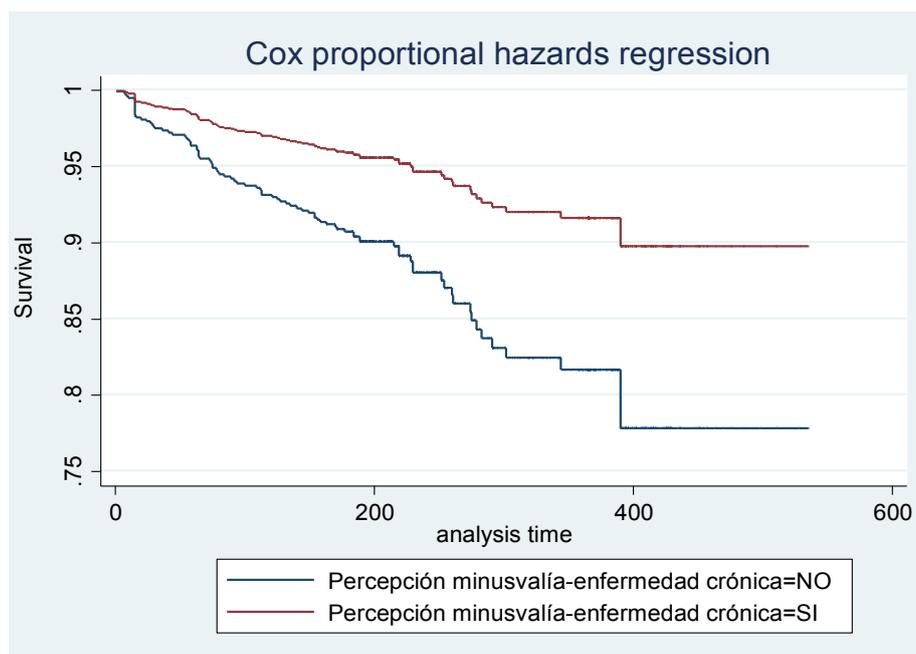


Figura 17. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de que el paciente refiera alguna enfermedad crónica o minusvalía.

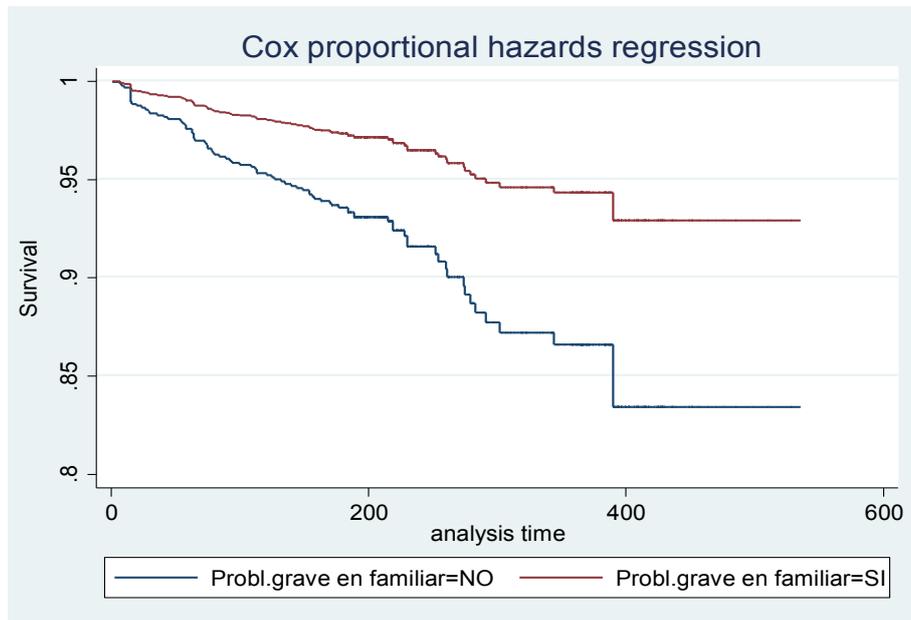


Figura 18. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de que el paciente refiera algún problema grave en familiar, amigo o vecino.

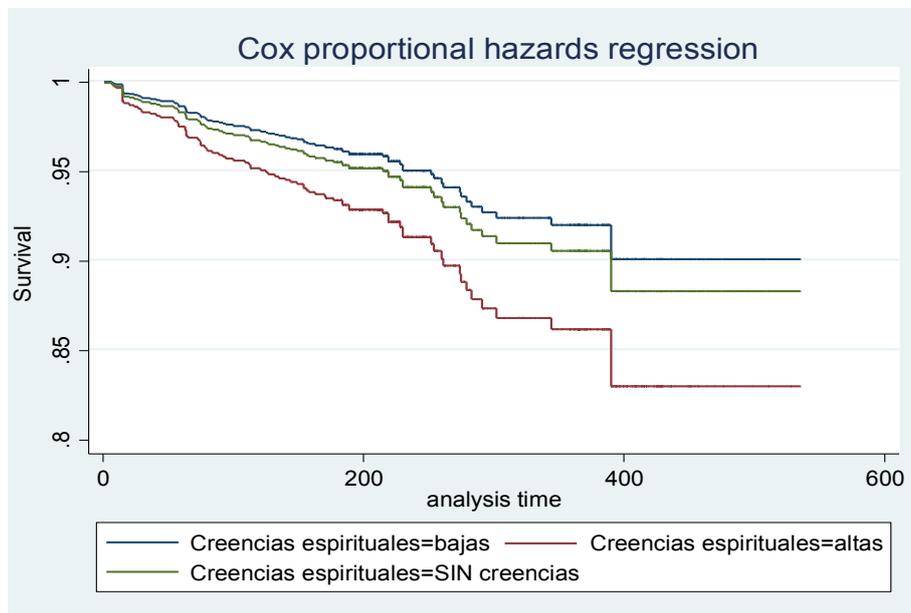


Figura 19. Curva de supervivencia ajustada para detectar la depresión mayor en función de la intensidad de las creencias religiosas o espirituales.

8.5. Análisis de sensibilidad.

8.5.1 Análisis con casos completos.

El análisis con casos completos (sin imputar los datos faltantes de las covariables) contó con 752 episodios de depresión. Los resultados del análisis con casos completos (regresión de Cox incluyendo el centro de salud como factor aleatorio y las mismas 12 variables y la interacción que se analizaron en el modelo de Cox con las imputaciones) están recogidos en la tabla 29. Ambos modelos, el de casos completos y el que incluye las imputaciones, obtuvieron resultados muy parecidos. Solamente hubo pequeñas diferencias, en la misma dirección, en las HR de tres variables: intensidad de las creencias religiosas-espirituales de la vida, número de síntomas depresivos DSM-IV y carga laboral percibida por el médico. Estas pequeñas diferencias aumentaron la significación estadística de estas variables en el modelo de casos completos.

Tabla 29. Regresión de Cox para detectar depresión (N=752 episodios de depresión mayor).

Factores	Variables	Niveles de las variables	HR	IC95%	p
Paciente	Vive con "otros"	No			
		Sí	0,241	0,056-1,023	0,054
	Enfermedad, minusvalía o dolencia de largo del tiempo	No			
		Sí	0,411	0,252-0,670	0,000
	Problema grave en familiar, amigo o vecino cercano (LTE)	No			
		Sí	0,426	0,226-0,801	0,008
	Intensidad en la concepción religiosa-espiritual	Baja			
		Alta	1,978	1,113-3,513	0,020
		No creencias	1,296	0,639-2,627	0,472
	Tener un trastorno de ansiedad generalizada (PRIME-MD)	Sin TAG			
		Con TAG	1,805	1,095-2,975	0,020
	Calidad de vida relacionada con la salud mental (SF-12)	Cada puntuación en la escala	0,453	0,232-0,882	0,020
	Nº de síntomas depresivos DSM-IV (CIDI)	5 síntomas			
6 síntomas		2,941	1,004-8,618	0,049	
7 síntomas		1,985	0,677-5,818	0,211	
8 síntomas		2,035	0,690-5,998	0,192	
9 síntomas		1,394	0,390-4,974	0,608	
Interfase médico-paciente	Nº de problemas físicos registrados en la lista de problemas de la HCAP	Rango 1-10	1,163	1,061-1,275	0,001
		Problema socio-familiar registrado en la lista de problemas de la HCAP	No		
	Sí	2,680	1,621-4,433	0,000	
	Nº de visitas al médico entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión o el fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)		0,336	0,220-0,513	0,000
Médico	Percepción de carga laboral (elevada al cuadrado)	Cada puntuación en la escal	0,997	0,994-0,999	0,016
	Tiempo por paciente	De menos de 1 minuto a más de 10 minutos	1,888	1,035-1,363	0,014
Interacción con el tiempo hasta la detección o fin de episodio-seguimiento	Nº de visitas al médico entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión o el fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)		1,004	0,002-0,006	0,000

* HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95% de confianza

8.5.2 Análisis de la influencia de las pérdidas durante el seguimiento en los resultados

Los resultados del análisis de supervivencia paramétrica multinivel pesando por el inverso de la probabilidad de permanecer en el estudio (IPW) fueron muy semejantes al mismo análisis sin pesar por el IPW, ver tabla 30. Esto quiere decir que las pérdidas durante el seguimiento no introducen ningún sesgo en los resultados. El IPW se obtuvo mediante regresión logística multinivel (incluyendo el médico y el centro de salud como efectos aleatorios) tomando como variable dependiente permanecer en el estudio (si/no) e incluyendo como efectos fijos un conjunto de variables estadísticamente asociadas (ver tabla 21).

Tabla 30. Modelo de supervivencia paramétrica multinivel pesado y sin pesar por el IPW*

Variables	Modelo pesado			Modelo sin pesar		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
Vive con “otros”						
No						
Sí	0,258	0,689-0,965	0,044	0,241	0,056-1,023	0,054
Enfermedad, minusvalía o dolencia crónica						
No						
Sí	0,415	0,243-0,711	0,001	0,411	0,252-0,670	0,000
Problema grave en familiar, amigo o vecino						
No						
Sí	0,447	0,240-0,832	0,011	0,426	0,226-0,801	0,008
Intensidad religiosa-espiritual						
Baja						
Alta	1,968	1,084-3,573	0,026	1,978	1,113-3,513	0,020
No creencias	1,095	0,487-2,461	0,824	1,296	0,639-2,627	0,472
Trastorno de ansiedad generalizada						
Sin TAG						
Con TAG	1,81	1,115-2,932	0,016	1,805	1,095-2,975	0,020
Calidad de vida relacionada con la S.mental						
(rango 0-100)	0,448	0,233-0,861	0,016	0,453	0,232-0,882	0,020
Nº de síntomas depresivos DSM-IV						
5 síntomas						
6 síntomas	3,049	1,045-8,895	0,041	2,941	1,004-8,618	0,049
7 síntomas	2,095	0,718-6,110	0,176	1,985	0,677-5,818	0,211
8 síntomas	2,155	0,733-6,337	0,163	2,035	0,690-5,998	0,192
9 síntomas	1,597	0,450-5,661	0,468	1,394	0,390-4,974	0,608
Nº problemas físicos crónicos en la HCAP	1,138	1,038-1,247	0,006	1,163	1,061-1,275	0,001
Problema socio-familiar en la HCAP						
No						
Sí	2,582	1,573-4,238	0,000	2,680	1,621-4,433	0,000
Visitas al médico entre el inicio de los síntomas depresivos y la detección o fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)	0,710	0,558-0,903	0,005	0,336	0,220-0,513	0,000
Carga laboral percibida						
Cada puntuación en la escala	0,997	0,994-0,999	0,021	0,997	0,994-0,999	0,016
Tiempo dedicado por paciente en consulta						
De menos de 1 minuto a más de 10 minutos	1,171	1,026-1,336	0,019	1,888	1,035-1,363	0,014

* Análisis de supervivencia paramétrica multinivel (asumiendo la distribución Weibull e incluyendo el centro de salud como efecto aleatorio) pesado y sin pesar por el inverso de la probabilidad de permanecer en el estudio (Inverse Probability Weighting, IPW). HR:hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

8.5.3 Análisis de sensibilidad ampliando la definición de episodio detectado

Cuando se amplía la definición de episodio de depresión mayor detectado incluyendo (además de los casos registrados en la HCAP como detectados) aquellos casos no registrados como tal en la HCAP, pero que tuvieron una prescripción de antidepresivos (registrada en la HCAP) entre el inicio de los síntomas depresivos y el fin de episodio o de seguimiento; entonces de los 1025 episodios, los médicos de familia detectaron 251 (24,5%): 241 (23,5%) primeros episodios de depresión mayor y 10 (0,97%) segundos episodios de depresión mayor. Se quedaron sin detectar 774 (75,5%), de los cuales 30 (2,92%) fueron segundos episodios de depresión mayor. La mediana de días desde el inicio de los síntomas depresivos hasta su detección fue entonces 85 (rango intercuartílico 29-177). La mediana del número de visitas desde el inicio de síntomas hasta la detección fue 3 (rango intercuartílico 1-7).

Cuando se ajustó la regresión de Cox con esta definición de episodio detectado ampliada, en general los resultados fueron parecidos a los de la definición primaria de episodio detectado, ver tabla 31. Sin embargo, existieron algunas diferencias:

- Desapareció la interacción del número de visitas con el tiempo hasta la detección (o fin de episodio-seguimiento), y el efecto de la asociación del número de visitas hasta la detección con la detección cambió de dirección, mostrando que por cada visita aumentaba la detección de depresión un 21%.
- Hubo tres variables del modelo que pasaron a tener una asociación claramente no significativa: convivir con “otros; referir un problema grave en familiar, amigo o vecino; y el tiempo por paciente.

Tabla 31: Regresión de Cox para la detección de depresión con la definición ampliada de detección.

Factores	Variables	Niveles de las variables	HR	IC95%	p
Paciente	Vive con "otros"	No			
		Sí	0,972	0,554-1,704	0,923
	Enfermedad, minusvalía o dolencia de largo del tiempo	No			
		Sí	0,708	0,514-0,975	0,035
	Problema grave en familiar, amigo o vecino cercano (LTE)	No			
		Sí	1,047	0,743-1,474	0,792
	Intensidad en la concepción religiosa-espiritual	Baja			
		Alta	1,463	1,018-2,101	0,039
		No creencias	1,294	0,828-2,023	0,257
	Tener un trastorno de ansiedad generalizada (PRIME-MD)	Sin TAG			
		Con TAG	1,528	1,087-2,147	0,015
	Calidad de vida relacionada con la salud mental (SF-12)	Cada puntuación en la escala	0,629	0,411-0,961	0,032
	Nº de síntomas depresivos DSM-IV (CIDI)	5 síntomas			
		6 síntomas	2,148	1,106-4,169	0,024
7 síntomas		1,624	0,839-3,143	0,150	
8 síntomas		1,771	0,919-1,091	0,088	
9 síntomas		1,654	1,008-1,463	0,209	
Interfase médico-paciente	Nº de problemas físicos registrados en la lista de problemas de la HCAP	Rango 1-10	1,055	0,994-1,120	0,074
	Problema socio-familiar registrado en la lista de problemas de la HCAP	No			
		Sí	1,715	1,189-2,473	0,004
	Nº de visitas al médico entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión o el fin de episodio-seguimiento (raíz cuadrada)		1,214	1,008-1,463	0,040
Médico	Percepción de carga laboral (elevada al cuadrado)	Cada puntuación en la escala	0,998	0,996-1,000	0,088
	Tiempo por paciente	De menos de 1 minuto a más de 10 minutos	1,001	0,918-1,091	0,980

* Regresión de Cox incluyendo el centro de salud como efecto aleatorio ("shared frailty"). HR: hazard ratio; IC95%: intervalo de confianza al 95%



DISCUSIÓN

En nuestro estudio la detección de los episodios de depresión mayor en atención primaria fue muy baja, entre un 11 y 25%. Hemos obtenido un modelo explicativo de la detección de la depresión mayor por los médicos de familia que incluyó factores del paciente, del médico de familia, de la organización y de la interacción de estos tres factores, teniendo en cuenta la estructura jerárquica de los datos y modelando adecuadamente el tiempo hasta la detección. Estos resultados fueron robustos cuando se modificaron algunos parámetros en los análisis de sensibilidad.

9.1. Fortalezas.

En nuestro estudio dispusimos de una muestra de gran tamaño, con un **número elevado de pacientes, médicos y centros de salud**, con una amplia variabilidad geográfica y cultural de nuestro país; lo cual contribuyó a incrementar la validez externa de nuestros resultados.

Nuestra unidad de análisis fue **el episodio de depresión**. Este enfoque nos permitió estudiar el fenómeno de la detección de la depresión considerando **su historia natural en función del tiempo**, desde el inicio de los síntomas de depresión hasta la detección por el médico de familia durante el episodio o el final del seguimiento. El hecho de modelar adecuadamente la variable tiempo hasta la detección y la variable número de visitas hasta la detección (co-dependiente del tiempo) es otra fortaleza a considerar, ya que casi la totalidad de los estudios de detección de la depresión no lo hicieron, lo cual puede producir un sesgo de “*residual confounding*”. Se pueden generar asociaciones estadísticamente significativas, que realmente no lo son o viceversa, debido únicamente al “*residual confounding*” (Fewell et al., 2007). Además, no se trata solo de un asunto epidemiológico o/y estadístico,

que también, es importante porque la detección precoz de la depresión, siempre que se trate correctamente, mejora el pronóstico y los resultados (Kamphuis et al., 2012; Simons et al., 1999). Es decir, interesa saber si el médico detecta o no la depresión, pero todavía interesa más **conocer el tiempo hasta la detección**. El **ajustar por las visitas hasta la detección** además aporta un hecho incuestionable, no se puede detectar la depresión por el médico de familia si el paciente no lo visita. Asimismo, es bastante probable que las visitas previas hasta la visita de detección condicionen la detección. En nuestro análisis primario encontramos un resultado que ilustra esto último: “si el médico no detecta la depresión en la 2ª visita, entonces la probabilidad de detectarla va disminuyendo progresivamente (figura 9). Más adelante hablaremos de ello con más detalle. El enfoque episódico también nos permitió estudiar dos episodios de depresión por paciente durante el período de seguimiento, si bien su proporción fue pequeña en comparación con los primeros episodios de depresión.

Se han evaluado un **número considerable de variables del paciente, del médico de familia, del centro de salud y de la interacción** de los tres tipos. Ello ha contribuido a que el modelo explicativo de la detección de la depresión que hemos obtenido fuera más exhaustivo y global. Además la combinación de fuentes de información (cuestionarios a pacientes, médicos y directores de los centros de salud, así como los datos obtenidos de las HCAP y los registros administrativos de las Áreas y Distritos de salud), nos ha permitido un mejor conocimiento de los factores asociados a la detección de la depresión y de la detección en sí misma.

Los **médicos y pacientes** dieron su consentimiento informado, tanto para ser entrevistados como para la revisión de sus datos en las HCAP; sin embargo, **ninguno de ellos fueron conscientes de que iban a ser observados en cuanto a la detección de la depresión**. Esto posiblemente evitó el sesgo del cambio de conducta al sentirse observado o efecto *Hawthorne* (McCambridge et al., 2014). Es conocido que los estudios de detección de la depresión, en los que se pide a los médicos que detecten

depresión en determinados pacientes que les consultan, reportan cifras de detección más elevadas que los estudios en los que los médicos son observados sin saberlo (Mitchel et al., 2009; Cepoiu et al., 2008). Además, al no sentirse observados, todas las conductas de los médicos asociadas a la detección, antes y después de la misma (prescripciones, derivaciones, visitas, seguimientos, etc.), también estuvieron menos influenciadas por el efecto *Hawthorne* y el sesgo de “deseabilidad social”. Este último haría que los médicos de familia forzaran sus decisiones y conductas hacia lo que ellos piensan que deberían hacer según la “norma social” en general y las guías de práctica clínica en particular. Esto último sería en cualquier caso muy deseable; sin embargo, sería una conducta forzada que no tiene por qué corresponder con lo que realmente ocurre, de forma natural, como consecuencia de la interacción médico-paciente-organización. Si los pacientes fueran conscientes de que son observados, en cuanto a la detección de su posible depresión por sus médicos, es posible que también cambiaran sus conductas, aunque en este caso es más difícil saber en qué sentido. Quizás en la línea de referir a sus médicos más síntomas emocionales y de forma temprana en la entrevista, considerando con más frecuencia la atribución psicológica de sus síntomas y comunicándolo a su médico con mayor asiduidad y asertividad. Si esto fuera cierto, se aumentaría la proporción de casos detectados (Aragónés et al., 2004; Mitchel, et al., 2009 y Fernández et al., 2010).

Los estudios de detección de la depresión requieren de un “*gold standard*” que asegure con la mayor validez y fiabilidad posible que los pacientes efectivamente sufren depresión y ésta puede localizarse en el tiempo pertinente. Nosotros hemos usado la CIDI, la cual se considera uno de los “*gold standard*” para diagnosticar depresión (WHO, 1997); aplicándolo además cada 6 meses para una mejor caracterización y temporalización del episodio depresivo.

La gran mayoría de los **cuestionarios** que hemos usado para medir las variables independientes estuvieron ya **validados** en nuestro país y en nuestro

medio, la atención primaria. Cuando esto no fue así, fueron validados en estudios independientes, como por ejemplo se hizo con el cuestionario de eventos estresantes LTE (Motrico et al., 2013) o el de insatisfacción con el trabajo remunerado y no remunerado (Bellón et al., 2008). Además se midieron la estabilidad de las respuestas en el tiempo para todos los cuestionarios y preguntas usados en nuestro estudio (fiabilidad test-retest) tanto para la administración de los cuestionarios con entrevistador como para los autoadministrados. Casi la totalidad de los cuestionarios y preguntas usada tuvieron coeficientes de **fiabilidad test-retest óptimos**. Cuando esto no fue así, como por ejemplo ocurrió en las preguntas sobre el consumo actual de drogas de la CIDI (Bellón et al., 2008), no se usaron en el estudio.

Obtuvimos evidencias de la estructura jerárquica de nuestros datos, por lo que se hizo necesario un análisis riguroso del efecto clúster mediante **regresiones multinivel**. Tales análisis garantizaron una estimación insesgada de los coeficientes y sus errores estándar (Rabe-Hesketh y Skrondal, 2008).

9.2. Limitaciones.

Después de conocer las fortalezas de esta investigación, citaremos y comentaremos algunas limitaciones.

9.2.1. Limitaciones del diseño.

Aunque en nuestra investigación se han evaluado un gran número de variables, el hecho de que se trate de un **estudio secundario** limitó la selección de las variables independientes a las disponibles en los dos estudios de referencia (el predictD-Europa, el predictD-España: Bellón et al., 2008 y 2011; King et al., 2006). Por lo tanto, variables relevantes para la detección como, por ejemplo, las habilidades comunicativas involucradas en la entrevista médico-paciente (Bensing et al., 2000; Fuertes et al., 2010) y el procesamiento de información y razonamiento que realiza

el médico a la hora de realizar el diagnóstico de depresión (Schumann et al., 2012; Flores, et al., 2014) no se tuvieron en cuenta; por lo que, como se comentó antes, también es posible un sesgo de “*residual confounding*”.

9.2.2. Sesgos de selección, de no respuesta y de pérdidas.

La selección de los centros de salud y de los médicos no se realizó al azar. De hecho los médicos seleccionados en nuestro estudio tuvieron mayor formación, más tiempo por paciente, y quizás mejor calidad asistencial (acreditación docente) que, por ejemplo, una muestra representativa de médicos de familia, urbanos y rurales, de Andalucía (Martínez-Cañavate, 2007). Cuando se pide colaboración a los médicos de familia “sin dar nada a cambio” para que participen en las investigaciones, es habitual que aquellos que aceptan tengan un perfil parecido al que hemos obtenido en nuestro estudio, por lo que la **generalización de los resultados** al conjunto de los centros de salud y médicos de familia está limitada y es posible que si nuestra muestra, de médicos familia y centros de salud, hubiera sido representativa de la generalidad en España, los resultados de detección de la depresión serían aún peores, ya que las posibles diferencias señaladas se relacionan con aquellos factores del profesional asociados a la mayor detección.

La selección de pacientes fue aleatoria; sin embargo, debido al método de reclutamiento de la población consultante, es posible que los pacientes que acuden a la consulta con menos frecuencia estén **infra-representados** (Lee, Yano, Wang, Simon y Rubenstein, 2002). Aproximadamente un 16% de los pacientes seleccionados, que no tenían criterios de exclusión, **rechazaron participar en el estudio**. Aunque se trata de un porcentaje pequeño, es posible que ello contribuyera a un sesgo de selección, ya que al menos en edad y sexo sabemos que fueron diferentes a los que aceptaron participar. Hubo además un pequeño porcentaje de **episodios de depresión (5,4%) de los que no dispusimos datos de detección** de la depresión

en la HCAP. Esta proporción fue bastante pequeña; aunque pudimos constatar que el perfil de los pacientes, de estos episodios excluidos del estudio, fue diferente al de aquellos que fueron incluidos. Este posible sesgo de selección iría en la dirección de excluir episodios con pacientes “más cargados” de factores potencialmente relacionados con la aparición o/y gravedad de los mismos. Por ejemplo, los episodios excluidos frente a los incluidos, pertenecieron a pacientes con una peor calidad de vida relacionada con la salud mental. Esta característica se encuentra asociada a una mayor probabilidad de ser detectado por el médico de familia (Kamphuis et al., 2012), por lo que la proporción de episodios detectados podría haber sido mayor si hubiéramos incluido los 59 episodios sin información sobre la detección. En este caso también podría ocurrir que algunos coeficientes de las covariables incluidas en el modelo se modificaran de forma relevante.

A los 6 meses de seguimiento se perdieron (“**no fueron entrevistados**”) un 32,3% de pacientes y a los 12 meses un 4,5%. Aunque en los modelos de regresión hemos incluido a los pacientes fueran o no entrevistados en algún punto de las evaluaciones, el hecho de limitar su tiempo de seguimiento por este motivo puede introducir un sesgo, ya que la variable tiempo hasta la detección o fin de episodio o seguimiento se vio acortada y como consecuencia de ello condicionó el estatus de episodio detectado o no detectado. Al conseguir predecir estas pérdidas mediante una regresión logística multinivel multivariante con una validez predictiva óptima (área bajo la curva ROC=0,80), pudimos ponderar nuestros análisis de la detección de la depresión por el IPW. Este método, bajo la asunción MAR de los datos faltantes, nos permitió controlar el sesgo de las pérdidas de forma eficiente (Hernan et al., 2004). El hecho de que el modelo ajustado por las pérdidas (pesado por el IPW) obtuviera unos coeficientes prácticamente idénticos al modelo sin pesar, indicó que los pacientes perdidos no influyeron en los resultados de nuestro estudio.

Los **datos faltantes**, en algunas de las covariables incluidas en nuestros

modelos multivariantes para la detección de la depresión, redujeron el número de episodios a analizar de 1025 a 752. El análisis con casos completos, con los 752 episodios, tiene dos inconvenientes: 1) disminuye la potencia de la muestra y 2) puede introducir un sesgo de selección al prescindir de episodios de depresión. Actualmente el método preferido para evitar estos dos inconvenientes es la imputación múltiple. Si la asunción MAR de datos faltantes es plausible y el proceso de imputación se hace correctamente (en cuanto a la selección de las variables incluidas en los modelos para imputar, el número de ficheros de datos es el apropiado y el cálculo de las estimaciones combinadas de los coeficientes y sus errores estándar sigue las recomendaciones de Rubin), los análisis con imputaciones múltiples producen estimaciones insesgadas de los coeficientes y sus errores estándar (White et al; 2011). No obstante, el análisis con casos completos fue bastante parecido al análisis con imputaciones múltiples (ver más adelante).

9.2.3. Sesgo de clasificación e información.

El diagnóstico de depresión en los paciente de nuestro estudio se evaluó con la sección de depresión (sección E) de la CIDI (WHO, 1997). Aunque esta entrevista estructurada ha demostrado excelentes índices de validez y fiabilidad en muchos países, incluido España (Wittchen et al., 1998), como todo instrumento de medida, puede tener sesgos de clasificación (falsos positivos y negativos). Además, la medida del inicio de los síntomas depresivos en la CIDI es poco discriminativa al tener pocas opciones de respuesta, definiendo intervalos de tiempo relativamente amplios. Es por eso que nosotros redujimos el tiempo del inicio de los síntomas depresivos a los últimos 6 meses, en vez de en el último año. Asimismo, es conocida la dificultad en general que tienen los pacientes deprimidos en recordar el inicio de sus síntomas (Bromet et al., 2011). Del mismo modo, al depender de la memoria para responder a la pregunta de inicio de los síntomas, en algunos pacientes sus respuestas pudieron estar sesgadas (p.e. en los de mayor edad). A esto hay que añadirle el sesgo del

redondeo que inevitablemente hay que usar ante la medida del tiempo mediante intervalos.

Aunque, como ya hemos comentado antes, se midió la estabilidad en el tiempo (fiabilidad test-retest) de todos los cuestionarios y preguntas que se usaron para medir las variables independientes (Bellón et al., 2008), no se midió la fiabilidad intra-observador e inter-observador cuando las entrevistas fueron hetero-administradas, lo cual pudo contribuir al sesgo de información y clasificación (Streiner y Norman, 2008).

Respecto a la recogida de la información de las HCAP, nos encontramos con ciertas limitaciones que citaremos a continuación:

El registro de los datos de los pacientes en la HCAP varía entre los médicos de familia aunque su contexto organizativo sea el mismo (Bellón et al., 1993). Es decir, en las mismas circunstancias unos médicos tienden a registrar más que otros. Asimismo, la falta de registro puede estar causada por fallos en el sistema informático de la HCAP, lo cual es más frecuente en los primeros años de instauración del sistema y también puede variar entre los centros de salud y las comunidades autónomas, ya que cada comunidad tiene un sistema informático de HCAP diferente. Toda esta variabilidad intra-profesional y organizacional contribuyó al sesgo de información.

Como ya hemos comentado antes, las **cifras de detección de depresión son más bajas cuando se extraen los datos de las historias clínicas** que cuando se les pide que detecten directamente a los pacientes que consultan (Cepoiu et al., 2008). Esto puede deberse en parte a la ausencia del efecto *Hawthorne* y el sesgo de deseabilidad social entre los médicos y pacientes, pero también puede ocurrir por fallos informáticos y otros factores ligados a la estructura y funcionamiento de la HCAP y otros factores organizacionales. Cuando ampliamos la definición de episodio detectado sumando la prescripción de antidepresivos, la proporción de detectados subió casi al 25%, lo

cual también ocurrió con similares porcentajes en otro estudio (Kamphuis et al., 2012). En la mayoría de las HCAP el registro de las prescripciones es automático y no requiere esfuerzo adicional por parte del médico. Por tanto, en circunstancias de mayor carga asistencial y menor tiempo por paciente, el médico tiende a minimizar o suprimir los registros clínicos en un intento (por cierto, infructuoso) de gestionar mejor su tiempo (Bellón et al., 1995b; Bellón, 2007)

Aunque diseñamos un **aplicativo informático** para estandarizar y controlar la calidad de los datos recogidos de la HCAP, este aplicativo tenía una serie de puntos críticos que podían ser susceptibles de errores de información. Uno de ellos fue por ejemplo la codificación de la detección de la depresión a partir de los registros de “texto libre” en los seguimientos clínicos. Estas opciones de texto libre fueron estandarizadas en el manual de normas; no obstante, obligamos a los técnicos que recogieron la información de las HCAP que hicieran un doble registro, anotando el código de depresión y también el texto libre de forma literal. De ese modo, se realizó un control de calidad, detectando contradicciones entre el texto libre y el código registrado que fueron analizadas una a una.

Por último realizamos otro control de calidad general sobre la entrada de los datos en las bases mediante el método de la **doble entrada**. El porcentaje de error de transcripción de datos fue del 0,16%, inferior al recomendado en la literatura (Rial et al., 2001).

9.3. Discusión de los resultados.

9.3.1. Del perfil de pacientes, médicos y centros de salud.

Los pacientes consultantes de atención primaria, que padecieron depresión mayor, y fueron incluidos en nuestro estudio fueron en su gran mayoría mujeres (78,5%), lo cual se puede explicar por tres razones: 1) la prevalencia de depresión

mayor en las mujeres respecto a los hombres es del doble (King et al., 2008a), 2) las mujeres consultan a sus médicos de familia más que los hombres (Bellón et al., 1995a) y 3) las mujeres deprimidas frecuentan las consultas de atención primaria más que los hombres (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000). La media de edad de los pacientes de nuestro estudio, 45 años, fue tres puntos inferior a la media de la población consultante en atención primaria (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 2007); lo cual también es explicable porque los picos de mayor frecuencia de la depresión en población consultante de atención primaria se encuentran entre los adultos jóvenes y los de edad media (King et al., 2008a).

Aproximadamente el 47% de los médicos de familia incluidos en nuestro estudio fueron mujeres. Esta proporción de médicos mujeres fue ligeramente superior a la de los médicos de familia andaluces (Instituto de Estadística de Andalucía, 2004). Sin embargo, en la muestra de médicos de nuestro estudio la proporción de médicos con más de 6 minutos por consulta, de médicos de familia vía MIR, de tutores acreditados para la docencia de postgrado y de médicos con residente de familia asignado fue claramente superior a la de una muestra representativa de médicos de familia andaluces, urbanos y rurales (Martínez-Cañavate, 2007). Se trata por tanto de un perfil de médico de familia posiblemente sesgado hacia médicos con mayor formación, más tiempo por paciente y quizás mejor calidad asistencial; probablemente como consecuencia de que la muestra de centros de salud y médicos de familia no fue aleatoria y al propio proceso de autoselección de los médicos interesados en participar.

En cuanto a los centros de salud, aunque hubo un 27% de centros de salud ubicados en municipios con menos de 30.000 habitantes, la gran mayoría fueron urbanos. Llama la atención que en el 42% de los centros de salud, los profesionales del equipo de salud mental no los visitaran en el último año, que solo el 34% tuvieran trabajadora social a tiempo completo y que el 81% de los directores de los centros

de salud opinaran que la enfermera no tienen un papel activo con los pacientes que presentan problemas de salud mental. Aunque la colaboración de los equipos de salud mental con los centros de salud ha mejorado en los últimos años, el perfil de centro de salud de nuestro estudio fue el de la escasez de recursos profesionales y organizacionales para un adecuado abordaje multiprofesional de los problemas psicosociales de los pacientes de atención primaria, encontrándose el médico de familia bastante aislado en esta tarea. Funk et al. (2008) encontraron que uno de los principales problemas en la asistencia a las personas con depresión fue la escasa relación entre los médicos de familia y los profesionales de salud mental. Además, un reciente meta-análisis puso de manifiesto que la colaboración entre el equipo de salud mental y los profesionales del centros de salud en la atención a las personas con depresión es predominantemente baja o dudosa (Calderón Gómez, et al., 2014). Los médicos de familia también opinaron que se debe aumentar la realización de actividades conjuntas con el equipo de salud mental (sesiones clínicas y seguimientos de los pacientes) (Martín-Águeda, et al., 2007). Además las buenas relaciones con el equipo de salud mental es una variable que mejora la detección de la depresión (Calderón Gómez et al., 2009).

La media de visitas al médico familia de los pacientes con depresión mayor durante los dos años del seguimiento fue 17,24. La media anual de visitas por paciente en los centros de salud españoles fue 5,6 en 2009 (Ministerio de Sanidad y Políticas sociales, 2010), luego si ésta frecuencia fuera homogénea, en dos años sería 11,2; lo cual es bastante menos que la de los pacientes deprimidos de nuestro estudio. Como decíamos antes, es bien conocida la relación entre depresión e hiperfrecuentación (Dowrick et al., 2000; García-Huidobro et al., 2012). Sin embargo, el promedio de visitas a enfermería de los pacientes deprimidos de nuestra muestra fue muy parecida a la de los pacientes de los centros de salud españoles (Ministerio de Sanidad y Políticas sociales, 2010). Además, llama la atención que en sólo el 0.4% de los episodios depresivos la trabajadora social participara en su atención. Por tanto,

estos últimos datos también hablan de la pobre implicación de otros profesionales del centro de salud, diferentes al médico de familia, en la atención a los pacientes deprimidos. Las cifras de derivaciones a salud mental por episodio de depresión mayor, un 6% desde que se inician los síntomas, son bajas si se las compara con el 10% de derivaciones por caso de depresión desde AP, registradas por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). No obstante hay que tener cuidado en su interpretación porque posiblemente haya un infra-registro de las derivaciones en la HCAP y pueden existir derivaciones a salud mental fuera del tiempo de seguimiento del episodio (a causa de la depresión o por otros problemas de salud mental).

9.3.2. De la proporción de pacientes deprimidos detectados.

Los médicos de nuestro estudio detectaron el 11,02% (113 episodios de 111 pacientes) de los 1025 episodios de depresión que se incluyeron en nuestro estudio. Este resultado se sitúa dentro del rango descrito en el meta-análisis de Mitchell et al. (2009), donde encuentran proporciones que van desde el 6,6% hasta el 78,8%. No obstante, como ya hemos comentado, los estudios que recogieron los datos de detección de las HCAP, obtuvieron cifras más bajas de detección (Cepoiu et al. 2008). Cuando ampliamos la definición de episodio detectado, incluyendo aquellos casos que tuvieron una prescripción de antidepresivos entre el inicio de síntomas y el fin de episodio o seguimiento, la proporción de detectados aumentó hasta el 24,5%. Kamphuis et al. (2012), haciendo lo mismo que nosotros, hallaron un aumento en las cifras de detección del 25% al 36%, cuando incluyeron a los pacientes con prescripción de antidepresivos en su definición de detectados. Este resultado puede deberse simplemente a que el médico detectó depresión pero no lo registró en la HCAP, mientras que sí registró la prescripción del antidepresivo. Esto es así, porque en la mayoría de las HCAP el hecho de prescribir un medicamento deja su registro de forma automática en el repositorio de las prescripciones, incluso aunque el médico de familia no escriba ningún dato clínico del encuentro médico-paciente. Otra

posible explicación sería que el médico haya detectado sintomatología depresiva sin considerarlo un trastorno y haya prescrito un antidepresivo para tratar los síntomas (Bushnell, et al., 2004; Martín-Águeda et al., 2005). Por último, también es posible que el médico haya detectado otro problema de salud mental comórbido y haya prescrito el antidepresivo para ello (por ejemplo, un trastorno de ansiedad generalizada o ataques de pánico) o que haya prescrito el antidepresivo para un problema de salud comórbido principalmente físico (p.e. como coadyuvante al dolor crónico).

Por un lado se conoce que, en general, detectar la depresión mejora el pronóstico del paciente (Simon et al., 1995), ya que al identificar el problema, el médico comienza las acciones pertinentes para el tratamiento adecuado del paciente. Por otro lado, también es conocido que el 53% de los pacientes deprimidos no tratados remitirán sus síntomas en 12 meses (Whiteford et al., 2013). Estas cifras de recuperación espontánea al año, cuando se trata de depresiones severas no tratadas, disminuyen al 20-30% (Whiteford et al., 2013). Por consiguiente, la implicación de no detectar la depresión en AP puede tener una doble lectura, “*la del vaso medio lleno o medio vacío*”: el 50% de los pacientes deprimidos se recuperarán aún sin tratamiento o el 50% no se recuperarán si no se les detecta y se les trata. Quizás la clave estaría en detectar de forma precisa y eficiente a los pacientes deprimidos que tendrán un peor pronóstico si no se los tratara o lo que es lo mismo, “*la otra cara de la moneda*”, detectar a los pacientes deprimidos que tendrían un pronóstico muy favorable aún sin tratarlo. Esto último, más o menos, es lo que se dice en las guías de práctica clínica cuando se recomienda la “espera activa o espera vigilante” (*watchful waiting*) en los casos de depresión bajo el umbral y depresión leve (NICE, 2009); aunque se echa de menos algún instrumento predictivo (algoritmos predictivos o pronósticos) para este fin, que diera una probabilidad de riesgo, tuviera buena validez predictiva y fuera breve y fácil de usar en atención primaria; como, por ejemplo, los que ya existen para el inicio de los episodios depresivos (King et al., 2008b; Bellón et al., 2011). No obstante, además de aumentar las cifras absolutas y relativas de pacientes recuperados, interesa que

esta recuperación ser produzca lo antes posible, ya que todo el tiempo que el paciente permanezca libre de síntomas tendrá una mejor calidad de vida y posiblemente los costes también serán menores (Tiemens et al., 1999). Por ejemplo, en el meta-análisis de Whiteford et al. (2013), las cifras de recuperación espontánea de los pacientes deprimidos no tratados fueron 23% a los 3 meses, 32% a los 6 meses y 53% a los 12 meses. Aún en el caso de que la mayor detección de depresión, como podría ocurrir en los casos leves, lograra cifras parecidas de recuperación a los 12 meses a la de los casos no detectados (alrededor del 53%), cabría la posibilidad de que la proporción de recuperación a los 3 y 6 meses fuera sensiblemente superior; por tanto, todo ese tiempo en el que el paciente está libre de síntomas depresivos supondría una mejora de su calidad de vida y una de disminución de costes. Esto subraya la importancia de conocer, no solo si se detecta o no un episodio depresivo, sino el tiempo que pasa hasta la detección. Esto es una novedad que hemos introducido en nuestro estudio y que, hasta donde nosotros conocemos, no se ha publicado ningún estudio que lo hubiera abordado hasta ahora. Otro asunto diferente, aunque relacionado con lo que hablamos, sería cuestionarse por qué la diferencia en la proporción de pacientes deprimidos recuperados, entre los pacientes no detectados (y no tratados) y los detectados (y tratados), es tan pequeña en los estudios observacionales naturalísticos y no mucho mayor en los ensayos clínicos. Esto tiene que ver con la baja efectividad de los tratamientos de la depresión (especialmente en condiciones reales de la práctica clínica en atención primaria y en depresiones leves-moderadas) y la inesperada alta efectividad de los cuidados habituales (“*usual care*”) y el efecto placebo (Cuijpers y Cristea, 2015).

En resumen, la baja detección de episodios de depresión mayor obtenida en nuestro estudio puede deberse básicamente a 3 diferentes grupos de razones que venimos comentando en diferentes apartados de esta tesis doctoral: metodológicas (ausencia de efecto Hawthorne y de sesgo de deseabilidad social, sesgos de información, etc.), a factores relacionados con la HCAP y al registro que haga el

médico en la HCAP y a determinados factores del paciente, médico, organización y su interacción que iremos detallando en el siguiente apartado (9.3.1.3).

9.3.3. De los factores asociados a la detección.

El mayor **número de síntomas depresivos y la peor calidad de vida relacionada con la salud mental** son variables correlacionadas entre sí, aunque diferentes. La primera tiene una connotación fundamentalmente clínica y la segunda funcional. Ambas variables estuvieron asociadas a la mayor detección. En el caso del número de síntomas depresivos, su asociación con la detección de depresión no fue lineal. Cuando el número de síntomas fue 6 o 7, la probabilidad de detectar depresión, respecto a tener solo 5 síntomas, aumentó a más del 90%, mientras que cuando los síntomas fueron 8 o 9 esa probabilidad fue del 75% y 25% respectivamente. En el estudio de Aragonés et al. (2004) también se encontró asociación entre la gravedad de la depresión (medida por una escala de síntomas) y la detección, y la relación tampoco fue lineal, de tal forma que la detección fue mayor en la depresión moderada respecto a la leve, pero no hubo diferencias entre la depresión moderada y severa. Sin embargo, en este mismo estudio, además de encontrar asociación de la detección con la peor funcionalidad, sí hubo una relación lineal. Resultados parecidos se han encontrado en otros estudios (Liu et al., 2006; Kamphuis et al., 2012). El número de síntomas prescinde de la información cualitativa que aportan los diferentes síntomas depresivos DSM-IV y la frecuencia con la que cada síntoma específico o sus combinaciones son referidos por los pacientes a sus médicos de familia. Por ejemplo, los pacientes, de forma espontánea, expresan muy raramente pensamientos autodestructivos en las consultas de atención primaria; pero cuando aparecen, el médico de familia suele tener pocas dudas de que pueda tratarse de un episodio depresivo. Por otra parte, la atribución psicológica de síntomas considerados en la depresión como cansancio o falta de apetito-pérdida de peso, tanto por el paciente como por el médico, es infrecuente (Nijrolder et al., 2015). Se debe señalar que el

síntoma que con más frecuencia refieren los pacientes deprimidos en las consultas de atención primaria de nuestro país, no es ninguno de los 9 del DSM-IV, sino el dolor, lo cual ocurre en más del 80% (Caballero et al., 2008).

Si el paciente, además de su depresión mayor, tenía un **trastorno de ansiedad generalizada**, detectado o no, la probabilidad de que el episodio depresivo fuera detectado aumentó un 65%. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria, con una prevalencia entre el 5 y 8%, detectándose aún menos que la depresión mayor (Fernández et al., 2012b). En el estudio de Wittchen et al. (2002) se encontró que los pacientes de atención primaria que tienen depresión mayor, también sufren ansiedad generalizada en un 37% y que el padecer estos dos trastornos a la vez aumentaba la detección de la depresión mayor por el médico de familia. Se podría argumentar que la comorbilidad de trastornos mentales podría mejorar la detección de la depresión a través de otras variables, por ejemplo, por el empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud mental propio de la suma de trastornos mentales. Esto no es cierto, ya que el efecto de incremento de la detección fue independiente de esta variable, que fue incluida en el modelo multivariante. Además de la frecuente co-ocurrencia de depresión mayor y ansiedad generalizada, ambos procesos comparten la mayoría de sus factores de riesgo (Moreno-Peral et al., 2014), se ha encontrado un gen que explica tal comorbilidad (Molina et al. 2011), e incluso los antidepresivos son efectivos en ambos procesos. No obstante, todavía no se conoce bien por qué cuando ambos trastornos coinciden, los médicos de familia detectan más la depresión mayor. Quizás tenga que ver con la forma en que estos pacientes presentan sus síntomas y creencias de atribución a sus médicos o a determinados aspectos desconocidos que afecten a la forma en que los médicos toman la decisión de detectar o no el episodio depresivo.

Con respecto a los **problemas de salud física**, se incluyeron en la ecuación dos variables que pueden medir cosas parecidas relacionadas con enfermedad

crónica, pero desde dos puntos de vista diferentes. En una variable, la enfermedad crónica es referida por el paciente (morbilidad crónica e inespecífica percibida, si/no), mientras que la otra variable fue registrada en la lista de problemas por el médico de familia (morbilidad física crónica diagnosticada y tomada en cuenta para su control y seguimiento). Sin embargo su relación con la detección de la depresión fue opuesta, la primera redujo la detección un 49% y la segunda aumentó la detección un 10% por cada problema de salud físico crónico registrado, siendo esta asociación prácticamente lineal (figura 13). La comorbilidad de la depresión con otros problemas físicos crónicos es frecuente, el 23% de las personas con depresión, tienen además algún problema de salud física como artrosis-artritis, diabetes, angina de pecho o asma; con tendencia al incremento de esta proporción con la edad (Moussavi, et al., 2007). Los problemas de salud física crónicos que más a menudo se asocian a una depresión comórbida son las cardiopatías, los trastornos endocrinos / metabólicos como la diabetes, y el dolor crónico (Giner et al., 2014). En un estudio (Borowsky et al., 2000) encontraron resultados concordantes con los nuestros, los pacientes deprimidos diagnosticados por sus médicos de hipertensión y diabetes fueron detectados de la depresión con mayor probabilidad y cuando ocurrían las dos a la vez (diabetes e hipertensión), se duplicaba esta probabilidad. La relación entre problemas físicos crónicos y depresión puede ser bidireccional, de tal forma que la depresión puede contribuir al peor pronóstico de la enfermedad física y a su vez ser consecuencia de enfermedades físicas crónicas (Stepcoe, 2007). Este último hecho podría explicar que los médicos de familia interpreten la mayor comorbilidad física como un factor que incrementa la probabilidad de depresión. Sin embargo, resulta más difícil explicar que si el paciente se percibe como sufridor de una dolencia crónica, el médico detecte menos la depresión. Quizás esta pregunta (“¿Tiene alguna enfermedad, minusvalía o dolencia que le haya afectado o vaya a afectarle durante un periodo largo de tiempo?”) es demasiado inespecífica y tiene una interpretación que se nos escapa. Otra posibilidad sería que las relaciones entre morbilidad sentida (*illness*) y diagnosticada (*disease*), en cuanto a la detección de la depresión por los

médicos de familia, realmente tienen direcciones opuestas y sucede algo parecido a cuando el paciente refiere tener un problema grave en algún familiar (ver el siguiente párrafo).

Referir un **problema grave en algún familiar** o persona cercana, disminuyó la probabilidad de que el médico detectara la depresión en un 52%. Es conocido que los médicos de familia tienen dificultades para distinguir entre depresión mayor leve, depresión subclínica y trastorno adaptativo (Fernández et al., 2012a) y es posible que también tengan una mayor tendencia, junto a los pacientes, a minusvalorar el número y la gravedad de los síntomas depresivos cuando estos están asociados al evento estresante en cuestión (Thomas-MacLean et al., 2004). La pregunta a responder sería ¿por qué este evento (“problema grave en algún familiar o conocido”) y no otro? En nuestros análisis bivariantes hubo otro evento, “haber roto una relación estable”, que también fue estadísticamente significativo en la misma dirección (menor detección), aunque con menor fuerza, sin embargo después del ajuste por el resto de las variables desapareció la significación. Los restantes 10 eventos no tuvieron asociación con la detección y la variable suma de eventos en un mismo paciente tampoco.

Cuando en la lista de problemas de salud que requieren seguimiento se registró al menos un **problema socio-familiar** (aquellos codificados con la letra Z en la Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP) (WONCA, 1999), la probabilidad de detectar el episodio de depresión mayor se multiplicó por dos. Aquí se presenta de nuevo la dualidad entre la información obtenida a partir de las entrevistas a los pacientes (lista de eventos estresantes) y aquella información parecida registrada en la HCAP (problema socio-familiar codificado). La diferencia estaría básicamente en tres sucesos encadenados: 1) que el paciente lo refiera en un cuestionario administrado por un investigador no implica que se lo haya contado a su médico en la consulta, 2) que el paciente lo haya planteado en la consulta,

no implica que su médico lo “recogiera” (o respondiera adecuadamente a esta información) (Ring et al., 2005), y 3) el hecho de constar en la lista de problemas de la HCAP implica que el médico lo va a tener en cuenta cada vez que el paciente aparezca por la consulta. La lista de problemas de la HCAP aparece en primer plano cuando se abre la HCAP de un paciente y posiblemente es uno de los apartados de la HCAP que más ayuda al médico de familia a tomar decisiones sobre un determinado paciente y el problema que plantea en la consulta. Algunos médicos de familia tienen la costumbre de repasar la lista de problemas justo antes de que el paciente vaya a entrar en la consulta, mientras que la mayoría de los médicos de familia lo hacen en algún momento de la consulta de un paciente. Es una forma de recordar rápidamente aquello que se debería tener en cuenta en ese paciente, independientemente de que el paciente acuda a la consulta por otro asunto que no conste en la lista de problemas. Los médicos de familia que tienen una orientación psicosocial frente a la biomédica, derivan más pacientes a la trabajadora social y recogen en sus listas de problemas más problemas socio-familiares (Dowrick et al. 1996; Martínez-Cañavate, 2007); sin embargo, fue sorprendente que en nuestro estudio la orientación psicosocial-biomédica de los médicos no se asociara a la detección de depresión.

La **mayor intensidad de la concepción religiosa o espiritual de la vida**, aumentó la probabilidad de detectar un episodio depresivo en un 56%. Aunque se ha estudiado la influencia que tienen las creencias religiosas-espirituales en el inicio de los episodios depresivos y en su recuperación (Bonelli, et al., 2012; Vasegh, et al., 2012; Laurent, et al., 2013), no hemos encontrado estudios que lo hayan tenido en cuenta para explicar la detección de la depresión. Quizás los pacientes con mayor concepción religiosa-espiritual le den más importancia a los aspectos emocionales de la salud, o/y comuniquen a sus médicos los síntomas emocionales con mayor frecuencia, asertividad o intensidad.

La variable **convive con “otros”** se asoció con la menor detección de la

depresión. Esta pregunta sobre la convivencia con “otros” hay que entenderla en el contexto de que previamente se usan otras 11 preguntas sobre con quien convive (padres, hijos menores de 18 años, hijos mayores de 18 años, abuelos, etc.). Se trata por tanto de una última pregunta para recoger otras opciones no contempladas en las anteriores. En el enunciado de la pregunta se pone un ejemplo (perro) y cuando se contesta afirmativamente la entrevistadora tenía que recoger en texto libre qué tipo de “otros” es con quien convive. De los 61 pacientes que contestaron afirmativamente a esta pregunta, 57 añadieron que convivían con una mascota. Luego podría representar a los pacientes deprimidos que conviven con mascotas. Relacionar esto con la menor detección de la depresión por sus médicos de familia es algo inesperado e inexplicable. Se ha estudiado, por ejemplo, el efecto de la muerte de las mascotas sobre la salud mental (Kimura et al., 2014) o la mascota como coadyuvante (un tipo de apoyo social o/y emocional) al tratamiento de algunas enfermedades físicas y mentales, pero no se ha publicado nada relacionado con la detección de depresión por los médicos de familia. Puede que se trate de una asociación puramente estadística, como consecuencia del uso de múltiples variables y comparaciones o que haya una tercera variable implicada que relacione el convivir con mascota y la detección de la depresión. En cualquier caso, cuando extraíamos del modelo esta variable, se modificaban los otros coeficientes del modelo de forma relevante (más de un 15%), lo cual significa que, independientemente de su posible (o no posible) efecto sobre la detección, tenía un efecto de ajuste que justificó su permanencia en la ecuación.

Por cada minuto que se incrementó el **tiempo por paciente**, la probabilidad de detectar un episodio depresivo aumentó un 12%. Este incremento fue casi homogéneo, aunque presentó una diferencia más acentuada cuando se llegó a 7 minutos y cuando se pasó de 10 minutos (figura 11). Este patrón de incremento de la detección se vio más claro cuando se agrupó el tiempo por paciente en 3 categorías, 6 minutos o menos, entre 7 y 10 minutos y más de 10 minutos (figura 10). Es necesario señalar que esta variable se midió preguntando directamente al profesional

indicándole que respondiera independientemente del tiempo por paciente oficial (marcado en sus intervalos de agenda). Esto se hizo así porque algunos profesionales, aunque dispongan de 6 minutos o menos en su agenda, se retrasan sistemáticamente de tal forma que en realidad el promedio por paciente puede llegar a 8 o más minutos por paciente a costa, claro está, de acabar más tarde del horario previsto. La casi totalidad de los estudios que investigaron el tiempo por paciente encontraron una asociación significativa entre el mayor tiempo por paciente y la detección de la depresión (WHO, 2008; Pollock et al., 2007; Martín-Águeda et al., 2005 y 2007; Hutton & Gunn, 2007; Chin et al., 2014). El factor que más alarga el tiempo por consulta en atención primaria es el contenido psicosocial de la entrevista (Deveugele et al., 2002) y la orientación psicosocial del médico de familia es la variable del profesional-organización que mejor explica el mayor tiempo por paciente, incluso por encima de la presión asistencial (nº de pacientes que atiende el médico de familia en un día) (Flocke et al., 2002). A su vez se sabe que los problemas de salud mental de los pacientes es la variable que más fuertemente se asocia a la hipertutilización de las consultas de atención primaria, incluso por encima de la morbilidad física crónica (Bellón et al., 1999). Cuando se dispone de poco tiempo por paciente los médicos de familia tienden a usar con más frecuencia preguntas cerradas (sí/no) y menos las abiertas, disminuye la escucha activa y las actitudes y frases empáticas brillan por su ausencia (Jani et al., 2014). Ese contexto hace improbable que el paciente se sienta cómodo para contar a su médico sus problemas emocionales y sus síntomas potencialmente relacionados con la depresión (Dowrick, 2015).

La percepción de sobrecarga asistencial del médico de familia disminuyó en un 39% la probabilidad de detectar episodios depresivos. Este decremento (*hazard ratio* = 0,61) se produjo por cada una unidad de cambio en la escala, teniendo en cuenta que ésta fue transformada por x^2 . Esta variable correlaciona positivamente con el número de pacientes que un médico de familia atiende en su jornada laboral, sin embargo su coeficiente de correlación es pequeño. Es decir, hay médicos que

atienden muchos pacientes y tienen poca percepción de sobrecarga y viceversa. La percepción de sobrecarga asistencial también está relacionada inversamente con el tiempo por paciente. Sin embargo, también hay algunos profesionales que objetivamente tienen poco tiempo por paciente y además subjetivamente tiene poca percepción de sobrecarga. De hecho en el Reino Unido se ha incrementado el tiempo por paciente en las consultas de medicina de familia, pero la percepción de sobrecarga asistencial ha aumentado. David Mechanic (2001) para explicar esto sugirió que los profesionales estarían en una especie de rueda de hámster, donde por mucho que corran, siempre estarían en el mismo sitio. Es decir por mucho tiempo que tengamos, siempre encontraríamos más cosas que hacer para las que no tendríamos tiempo. En nuestro estudio, la percepción de sobrecarga asistencial se incluyó en el modelo aun después de ajustar por el tiempo por paciente. En los estudios cualitativos, cuando se pregunta a los médicos por las barreras para detectar depresión, es una constante el referir el poco tiempo por paciente y la sobrecarga asistencial (Schumann et al., 2012).

En nuestro análisis primario el efecto principal del **número de visitas** es contrario a la detección, a mayor número de visitas menor detección de la depresión, aunque también hubo un efecto añadido, una interacción antagónica, de tal forma que hasta la segunda visita la probabilidad de detección aumentó de forma relevante y a partir de la tercera visita se invierte el efecto para ir disminuyendo sustancialmente la probabilidad de detección (figura 9). Dicho de otra forma, si el médico de familia no detecta el episodio depresivo en la segunda visita, se hace muy improbable que lo haga en las siguientes (curvas de supervivencia muy planas). Un ejemplo para una situación estándar podría ser el siguiente: “Un paciente con depresión mayor acude a la consulta de su médico de familia, es su primera visita después de unos 30-60 días desde que se iniciaron los síntomas depresivos. En esta primera visita le cuenta a su médico fundamentalmente síntomas somáticos, especialmente algún tipo de dolor (de cuello o de espalda), cansancio y mareo. Quizás también pueda dar alguna pista

psicosocial verbal discreta (verbaliza algún estresor o algún síntoma emocional, pero de forma muy breve, poco asertiva y con timidez) o/y no verbal (discurso lento, voz monótona, mirada algo baja y triste, etc.). El médico, en función de estas pistas puede que intuya algún problema emocional o no, pero en cualquiera de los dos casos solo responderá a las quejas somáticas, explorando físicamente y pidiendo algunas pruebas (analítica, Rx, etc.) y/o prescribiendo un tratamiento sintomático (p.e. un tratamiento para el dolor). El paciente acude a la segunda visita y las pruebas complementarias son normales. Llegado a este punto de inflexión y en función de cómo responda el paciente ante esta situación, el médico tendrá dos opciones: 1) seguir respondiendo a las quejas somáticas (más pruebas, más tratamientos, quizás alguna derivación a algún especialista “somático”), lo cual quiere decir que la depresión se enquistará durante un tiempo, sumando otra serie de visitas infructuosas desde el punto de vista de la detección de la depresión; o 2) plantearse la hipótesis psicosocial, re-direccionar la entrevista y llegar al diagnóstico de depresión. El que el efecto principal del número de visitas sea contrario a la detección se produce, entre otras cosas, porque hay pocos episodios depresivos detectados (11%) y en estos pocos detectados, la mayoría se detectaron de forma temprana (en la segunda visita). Cuando en nuestro análisis de sensibilidad abrimos el criterio de detección a los episodios en los que se prescriben antidepresivos durante el episodio, el número de episodios detectados aumentó a más del doble (casi un 25%). Cuando ajustamos en este caso el modelo multivariante, la distribución de la variable tiempo hasta la detección o fin de episodio-segumiento se modificó de forma significativa, aumentó el número de episodios con tiempos cortos (hasta la detección) porque hubo más detectados, y disminuyó relativamente el número de tiempos largos (el de los pacientes no detectados). Esto hizo que se acertara la mediana de la variable tiempo hasta la detección o fin de episodio-seguimiento, desapareciera la interacción tiempo* número de visitas y que el efecto principal del número de visitas respecto a la detección fuera directo (a mayor número de visitas mayor detección). Los estudios de detección de la depresión suelen encontrar asociación entre el mayor número de

visitas y la detección de la depresión, recogiendo el número de visitas anterior a la fecha del diagnóstico. Sin embargo, como ya hemos señalado en distintas partes de la discusión, en ninguno de los estudios de detección que fueron de cohortes (en los transversales no se podría hacer) se modeló el tiempo y el número de visitas desde el inicio de los síntomas hasta la detección o fin del episodio-seguimiento.

9.4. Implicaciones prácticas y futuras líneas de investigación.

Nuestro estudio confirma la baja proporción de episodios de depresión mayor detectados por los médicos de familia, entre el 11 y el 25%. Este es un hecho constatado en la gran mayoría de los estudios de detección (Mitchell et al. 2009). Las implicaciones de la no detección sobre la pérdida de la calidad de vida de los pacientes y el aumento de los costes son evidentes (Kamphuis et al., 2012; Simons et al., 1999), aunque en el caso de la depresión leve requiere más estudios y de mejor calidad (Whiteford et al, 2013). Una de las soluciones planteadas a la baja detección ha sido el recomendar el screening de la depresión. En 2009 en Estados Unidos el *United States Preventive Services Task Force* recomendó el *screening* de la depresión en los sitios donde se dispusiera de recursos para el tratamiento (USPSTF, 2009). Sin embargo en 2010, en el Reino Unido, el *National Institute for Health and Clinical Excellence* llegó a la conclusión de que no había evidencias para hacerlo (NICE, 2010). En Canadá, en principio proclive a las recomendaciones de USA, en los últimos años se está cuestionando las evidencias para implantar el *screening* de la depresión (Thombs et al., 2012). Una idea que subyace en cualquier planteamiento que pretenda incrementar la detección de la depresión, es que sólo tiene sentido si los tratamientos para la depresión son accesibles para los pacientes y estos los aceptan y los profesionales que se encargan del 75 al 80% de la atención a los pacientes deprimidos, los profesionales de atención primaria, están suficientemente formados para aplicarlos siguiendo las guías de práctica clínica. La siguiente cuestión a plantear es si las intervenciones formativas, que pretenden mejorar la detección y tratamiento de la depresión por parte de los médicos de

familia, tienen algún impacto en reducir los síntomas depresivos de los pacientes afectados. En un meta-análisis que se planteó tal objetivo, se pudo comprobar que cuando las intervenciones fueron exclusivamente “formación para médicos de familia” no fueron efectivas. Sin embargo, sí lo fueron cuando las intervenciones fueron más complejas (multicomponentes y personalizadas) y cuando uno de sus componentes fue un programa de implementación de guías de práctica clínica (Sikorski et al., 2012). Los programas de implementación personalizados parten de una identificación previa de aquellos factores que hacen que un determinado centro de salud tenga dificultades para la implementación de la guía, teniendo en cuenta estas barreras identificadas se elabora el plan de formación personalizado que más se llevará a cabo y que será por tanto diferente (personalizado) en cada centro de salud. A partir de un estudio cualitativo (Gask et al., 2005) llegaron a la conclusión que un programas de formación para médicos de familia no tuvo impacto sobre los síntomas depresivos de los pacientes por tres motivos: 1) los médicos de familia no se creyeron que la formación tendría impacto sobre sus pacientes, 2) los profesionales consideraron que algunos aspectos de la formación no fueron apropiados y 3) el contexto organizacional en el que tenían que aplicar lo aprendido no permitió su implementación. Los autores concluyeron que la formación en abordaje biopsicosocial debería comenzar de forma más temprana, en el pregrado, y que la formación de postgrado debería ser personalizada y aplicada para un contexto organización que realmente permita aplicar lo aprendido.

Nuestro estudio encontró algunos factores que se podrían tener en cuenta a la hora de plantear modificaciones en los programas de formación para la detección y tratamiento de la depresión en atención primaria: incluir formación para la detección y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, incluir formación para la detección y manejo de problemas socio-familiares y su codificación y registro en la lista de problemas, incluir formación para la detección y manejo de la depresión en pacientes con múltiples problemas físicos crónicos.

Otra de los hallazgos de nuestro estudio que puede tener implicaciones prácticas, es la necesidad de disponer de más tiempo por paciente y de disminuir la percepción de sobrecarga asistencial. Este estudio añade un motivo más a los ya conocidos para conseguir más tiempo por paciente, mejorar la detección de la depresión. Otra asunto diferente es cómo conseguir realmente aumentar el tiempo por paciente y que no es motivo de esta tesis (Bellón et al., 2008b).

Finalmente sugeriremos algunos estudios que podrían tener interés para generar conocimiento nuevo y pertinente relacionado con la detección de la depresión en atención primaria:

- Estudios para conocer el impacto (calidad de vida y costes) de la detección de la depresión en depresión leve, los trastornos adaptativos y la depresión bajo el umbral.
- Estudios que profundicen en conocer aquellos aspectos de comunicación y de habilidades de entrevista (de médicos y pacientes) que influyen en la detección de la depresión.
- Desarrollo y validación de algoritmos de riesgo pronósticos de la recuperación de la depresión capaces de obtener la probabilidad de riesgo a partir de los datos de las HCAP de forma automática (en pocos segundos) y sin costes en tiempo para los médicos de familia.
- Evaluación de nuevas intervenciones multicomponentes, personalizadas y de implementación de guías de práctica clínica para la detección y manejo de la depresión.

9.5. Epílogo.

En esta tesis doctoral se han descrito un conjunto de factores del paciente, el médico, la organización y su interacción que pueden explicar la baja detección de los episodios de depresión mayor por los médicos de familia. Sin embargo, una de las limitaciones de nuestro estudio, aparte de las ya citadas en la discusión, es que no terminamos de explicar suficientemente las relaciones entre tales factores. Estas relaciones son complejas y en nuestro estudio faltan algunos factores asociados a la detección que son importantes. Para intentar explicar mejor esto y sin intención de ser exhaustivo, a continuación se expone una posible interpretación de un subconjunto de factores y sus potenciales relaciones e interacciones:

La formación del médico de familia en habilidades para el abordaje psicosocial es inapropiada y deficiente (Bellón, 2011). A esto le añadimos que la orientación psicosocial de la atención primaria es más retórica que realidad (Dowrick et al. 1996), de tal forma que, por ejemplo, más del 70% de los médicos de familia andaluces tienen una orientación biomédica (Martínez-Cañavate, 2007). Además, las habilidades de comunicación y entrevista clínica de los médicos cuando el paciente tiene un malestar emocional o incluso sufre depresión deja mucho que desear (Bensing et al., 2000; Ghods et al., 2008 Fuertes et al., 2010). Estas tres limitaciones de los médicos de familia podrían explicar por si mismas gran parte de la baja detección de la depresión, pero no es tan simple, ya que por ejemplo una variable que potencialmente debería estar asociada a la detección de la depresión, la orientación psicosocial-biomédica del médico de familia, no ha sido refrendada en nuestro estudio.

Otro de los factores del médico de familia asociado a la baja detección de la depresión es su dificultad para diferenciar entre trastorno adaptativo, depresión mayor leve y depresión subclínica o bajo el umbral. De hecho, los médicos de familia todavía detectan menos episodios de depresión cuando estos son leves (Mitchell et al,

2011). En los trastornos adaptativos se debe localizar en el tiempo un foco causante de los síntomas emocionales-conductuales y puede haber síntomas depresivos, pero sin criterios DSM-IV de depresión mayor. En nuestro estudio, si el paciente refería un problema grave en su familia, disminuía la probabilidad de que el médico de familia le detectara la depresión. En un estudio con una amplia muestra representativa de los pacientes y centros de salud de Cataluña (Fernández et al., 2011), de los 110 trastornos adaptativos diagnosticados por la entrevista SCID, solo 2 fueron detectados y registrados en las HCAP por los médicos de familia; sin embargo, el 40% de los 110 tenían prescritos psicotropos. Algo parecido podría ocurrir cuando los médicos de familia tienen que diferenciar entre depresión mayor leve y depresión subclínica o bajo el umbral (Cameron & Lawton, 2011). La diferencia puede estar en un solo síntoma de los 9 referidos en el DSM-IV, o en la interpretación del paciente de cómo le afecta ello a su vida habitual y de que esta información se haga explícita en la entrevista médico-paciente y, por último, de que el médico de familia recoja esta información y actúe en consecuencia. Los pacientes tampoco lo ponen fácil ya que la presentación más frecuente de la depresión en atención primaria son las quejas somáticas y sus creencias de atribución mayoritarias para estas quejas son también las físicas (Caballero et al., 2008); además en el razonamiento clínico del médico de familia pesa mucho el tener que descartar enfermedades físicas, a veces graves (Schumann et al., 2012). Estos últimos factores del paciente también deben explicar una parte importante de la baja detección de la depresión en atención primaria. En nuestro estudio hemos encontrado que la probabilidad de detectar la depresión se incrementa si los pacientes tienen peor calidad de vida mental, más síntomas depresivos, mayor morbilidad física crónica detectada, algún problema psicosocial registrado en la HCAP y un trastorno de ansiedad generalizado (detectado o no por el médico de familia). Pero si el médico de familia tiene poco tiempo por paciente y percibe mucha sobrecarga asistencial, entonces será más difícil que se le detecte la depresión. El médico de familia ante un posible trastorno depresivo podría decidir no registrar ninguna etiqueta diagnóstica para evitar equivocarse “de más”

(etiquetar de depresión mayor cuando no lo es, o falso positivo); lo cual es posible en algunos casos, pero no parece que lo haga con mucha frecuencia. En el meta-análisis de Mitchell et al. (2009) se comprobó que por cada 100 pacientes consecutivos que acuden a la consulta del médico de familia, 10 tenían depresión mayor, pero sólo 5 fueron detectados (verdaderos positivos), luego otros 5 fueron falsos negativos (no detectados); mientras que de los otros 90 que no tenían depresión mayor, 17 fueron detectados por los médicos como tal (falsos positivos). Es decir por cada 100 consultantes de atención primaria habría un 5% de falsos negativos (no detectados) y un 17% de falsos positivos (sobre-detectados). Por tanto, a la luz de estos datos, la justificación no registrar la detección de un posible episodio de depresión para evitar falsos positivos y la iatrogenia y el estigma asociado a ello, no parece muy plausible. Otra opción del médico de familia sería que siendo más o menos consciente de que el paciente pueda estar deprimido, no registrarlo en la HCAP y adoptar una actitud de “espera activa”. Esto último incluso podría ser una conducta razonable y estratégicamente correcta (NICE, 2009), ya que, según el meta-análisis de Whiteford et al. (2013), una proporción no despreciable de pacientes de atención primaria con depresión leve-moderada se curan a pesar de no aplicarles ningún tratamiento específico para la depresión. Es de suponer que esta evolución positiva, aún sin tratamiento específico, también ocurra en los trastornos adaptativos y en la depresión subclínica, incluso que la proporción de recuperación fuera mayor; aunque todavía no se dispone de suficientes evidencias sobre ello. Sin embargo, ante una actitud de espera activa, también sería necesario que, además de que el médico fuera consciente de ello, se lo comunicara al paciente, para facilitar que en caso de empeoramiento acudiera a la consulta. Sobre esto último no se disponen datos, aunque la hipótesis inicial es que esta conducta es infrecuente.

Tampoco se puede descartar que en determinadas circunstancias, los médicos de familia prefieran no “abrir la caja de pandora” de los síntomas emocionales, por la percepción de “no saber qué hacer con ello” o de “no tener tiempo para ello”, o por

ambas cosas. Esta “estrategia del avestruz” ha sido descrita en pacientes de atención primaria con MUS (*Medically Unexplained Symptoms*): pacientes con síntomas somáticos que después de 6 meses de exploraciones y pruebas no se encontraron datos que acreditaran el origen físico de sus quejas) (Ring et al., 2005). A partir de audio-grabaciones de 420 entrevistas de estos pacientes MUS con sus médicos de familia, se pudo comprobar que casi el 80% de los pacientes aportaron pistas verbales de malestar emocional, pero que el médico de familia no “recogió”. En un estudio con una amplia muestra de médicos de familia y pacientes de atención primaria españoles que tenían dolor crónico inexplicable en los últimos 6 meses, se comprobó que más del 70% de ellos sufrían algún tipo de trastorno depresivo (depresión mayor, depresión menor, distimia o trastorno bipolar) subyacente no diagnosticado por el médico de familia (Agüera et al., 2010).

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, y en relación a los objetivos planteados en este estudio, se desprenden las siguientes conclusiones:

1. En un contexto de baja detección de la depresión mayor, entre el 11% y el 25% de los episodios, hemos obtenido un modelo explicativo de la detección que incluyó 7 variables del paciente, 2 del médico de familia, y 3 de la interacción paciente-médico-organización, en el que se tuvo en cuenta la estructura jerárquica de los datos y se modeló adecuadamente el tiempo hasta la detección. Estos resultados fueron robustos cuando se modificaron algunos parámetros en los análisis de sensibilidad.
2. Las variables del paciente asociadas a una mayor detección fueron: un mayor número de síntomas depresivos, padecer un trastorno de ansiedad generalizada cómorbo, tener peor calidad de vida relacionada con la salud mental, y tener una alta concepción religiosa o espiritual de la vida. Mientras que las variables que se asociaron a una menor detección fueron: referir problemas graves en familiares o personas cercanas, referir alguna enfermedad, dolencia o minusvalía crónica y convivir con mascotas.
3. Las variables del médico de familia asociadas a una mayor detección fueron: percibir menor sobrecarga asistencial y referir mayor tiempo por paciente.
4. No se incluyeron en el modelo explicativo variables de la organización (centro de salud).
5. Las variables de la interacción paciente-médico-organización que se asociaron a la detección fueron: tener registrado en la lista de problemas de la HCAP al menos un problema sociofamiliar, el mayor número de problemas físicos crónicos registrados en la lista de problemas, y la segunda visita al médico de familia desde el inicio de los síntomas depresivos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Abril-Collado, R. O. y Cuba-Fuentes, M. S. (2013). Introducción a la medicina familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 31-36.
- Agüera, L., Failde I, Cervilla JA, Díaz-Fernández P, Mico JA. (2010). Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Family Practice*, 11,17.
- Alarcón, R., Muñoz R., Molinello, H., Umaña, C., González, C., Holguín, J., Téllez, J. y Castrillón, E. (2001). Depresión y Educación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 249-260.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., Arbabzadeh-Bouchez, S., Autonell, J., Bernal, M., Buist-Bouwman, M. A., Codony, M., Domingo-Salvany, A., Ferrer, M., Joo, S. S., Martínez-Alonso, M., Matschinger, H., Mazzi, F., Morgan, Z., Morosini, P., Palacín, C., Romera, B., Taub, N., Vollebergh, W. A.; ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*. (420), 21-7.
- Amón, J. (1997). *Estadística para psicólogos. I. Estadística descriptiva (15ª ed.)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed.)*. Washington: DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (5th ed.) Arlington: American Psychiatric Association.

Anderson R. J., Clouse R. E. Freedland K. E. y Lustman P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.

Andrews, G., Slade, T. y Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 306-314.

Aragonés, E., Piñol, J. L., Labad, A., Folch, S. y Mèlich, N. (2004). Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 34(4), 331-343

Aragonés, E., Labad, A., Pinol, J. L., Lucena, C. y Alonso, Y. (2005). Somatized depression in primary care attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 145-151.

Aragonés, E., Piñol, J.L., Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3), 363-8.

Arroll, B., Khin, N. y Kerse, N. (2003). Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *British Medical Journal*, 327, 1144-1146.

Asociación Mundial de Psiquiatría (2005). *WPA Bulletin on Depression*. [On line]. Available: <http://www.wpanet.org>.

Atienza, G, Bañeres, J. y Gracia, F. J. (2012). Clinical practice guidelines and primary care. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 113-117.

Ayuso, J.L. (1999). Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural*, 3, 1-6.

B

Baca, E., Saínz, J, Agüera, L., Caballero, L., Fernández Liria, A., Ramos, J., Gil, A., Magrinal, M., y Porras, A. (1999). Validación de la versión española del PRIME-MD: Un procedimiento para el diagnóstico de los trastornos mentales en Atención Primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6), 375-383.

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillermin, F. y Bosi-Ferraz, M. (2000). Guidelines for

the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3891.

Beck, A. T. y Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.

Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory -II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A., Guth, D., Steer, J. y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck depression inventory for primary care. *Behaviour, Research and Therapy*, 35 (8), 785-791.

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2000). *BDI Fast Screen for medical patients*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Béjean, S. y Sultan-Taïeb, H. (2005). Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *The European journal of health economics*, 6(1), 16-23.

Bellón, J.A., Hernando Mendíbil I, Taboada Sance P. (1993). Factors which affect the completion of the static register in primary care clinical notes. *Atención Primaria*, 12(5), 251-258.

Bellón Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D., Lardelli Claret, P. (1995a). Influence of age and sex on various types of utilization of the primary health care. *Gaceta Sanitaria*, 9(51), 343-353.

Bellón, J.A., Molina, F., Panadero, A. (1995b). El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Atención Primaria*, 15(7), 439-444.

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care, *Psychological Medicine*. 29(6), 1347-57.

Bellón JA. (2007). La gestión del tiempo en la consulta. En: Casajuana J. *Gestión del día a día en el equipo de atención primaria* (pp.139-152). Barcelona, Semfyc ediciones.

Bellón, J. A., Moreno-Küstner, B., Torres-González, F., Montón-Franco, C., Gil de Gómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M. A., Vicens, C., Luna, J., Cervilla, J. A., Gutiérrez, B., Martínez-Cañavate, M. T., Oliván-Blázquez, B., Vázquez-Medrano, A., Sánchez-Artiaga, M. S., March, S., Motrico, E., Ruiz-García, V. M., Brangier-Wainberg, P., Muñoz-García, M. M., Nazareth, I., King, M. y Predict-

group (2008). Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. *BMC Public Health*, 8, 256-265.

Bellón, J.A., Rodríguez-Bayón, A., de Dios Luna, J., Torres-González, F. (2008b). Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *British Journal General Practice*, 58(550), 324-330

Bellón, J. A., Luna, J., King, M., Moreno-Küstner, B., Nazareth, I., Montón-Franco, C., Gil de Gómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M. A., Vicens, C., Cervilla, J. A., Svab, I., Maaros, H. I., Xabier, M., Geerlings, M. I., Saldivia, S., Gutiérrez, B., Motrico, E., Martínez-Cañavate M. T., Oliván-Blázquez, B., Sánchez-Artiaga, M. S., March, S., Muñoz-García, M. M., Vázquez-Medrano, A., Moreno-Peral, P. y Torres-González, F. (2011). Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychological Medicine*, 5, 1-14.

Berardi, D., Leggieri, G., Ceroni, G.B., Rucci, P., Pezzoli, A., Paltrinieri, E., Grazian, N. y Ferrari, G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 19,397-400.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34.

Bernet, S., Matschinger, H., Alonso, J., Haro, J.M., Brugha, T.S., Matthias, C., (2009). Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry research*, 168(2):137-144

Bensing, J. M., Verhaak, P. F. M., van Dulmen, A. M. y Visser A. (2000). Communication: the royal pathway to patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 1-3.

Belzer, K. y Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: Issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 296-306.

Bijl D., van Marwijk H. W., de Haan M., van Tilburg W. y Beekman A. J. (2004). Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and

treatment of depression in primary care. *European Journal of General Practice*, 10, 6–12.

Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGoragle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, (151), 979-986.

Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Routledge: London.

Böhm, D. y Taubmann, D. (2004). Das informations system der gesundheitsberichterstattung des bundes. Federal Statistical Office. *Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz*. 47, 457-463.

Bonelli, R., Dew, R.E., Koenig, H.G., Rosmarin, D.H., Vasegh, S. (2012). Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. *Depression research and treatment*, 962860. doi: 10.1155/2012/962860.

Borowicz, L. Jr., Royall, R., Grega, M., Selnes, O., Lyketsos, C. y McKhann, G. (2002). Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*, 43(6), 464-471.

Borowsky SJ, Rubenstein LV, Meredith LS, Camp P, Jackson-Triche M, Wells KB. (2000). Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General and Internal Medicine*, 15, 381–88.

Bottomley, C., Nazareth, I., Torres-González, F., Svab, I., Maarros, H. I., Geerlings, M. I., Xavier, M., Saldivia, S., King, M. (2010). Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 13-7

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang. I., Sampson, N. A., Alonso. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M.E., Browne, M. O., Posada-Villa J., Viana, M. C., Williams, D. R., Kessler, R.C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, (26) 9-90.

Brugha, T. S., Bennington, P., Tennant, C., Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine* 15, 189-194.

Brugha, T. S. y Cragg, D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 77-81.

Buchwald, A. y Rudick-Davis, D. (1993). The Symptoms of Major Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (2), 197-205.

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinne, S., et al. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA approach. *International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 913-923.

Burcusa, S. L. y Iacono, W. G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985.

Bushnell, J., y el MaGPIe Research Group. (2004). Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *British Journal General Practice*, 54(508), 838-843.

C

Caballero, L., Aragonès, E., García-Campayo, J., Rodríguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J.L., Polavieja, P., Gómez-Utrero, E., Romera, I., Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49(6), 520-529.

Cacioppo, J., Berntson, G., Sheridan, J. y McClintock, M. (2000). Multilevel Integrative Analyses of Human Behavior: Social Neuroscience and the Complementing Nature of Social and Biological Approaches. *Psychological Bulletin*, 126(6), 829-843.

Calderón Gómez, C., Mosquera Metcalfe, I., Balagué Gea, L., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe de la Hera, A., Belaunzaran Mendizabal, J., Iruin Sanz, A., García Moratalla, B., (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 88, 113-133.

Calderón Gómez, C., Retolaza Balsatequi, A., Bacigalupe de la Hera, A., Payo Gordón, J., Grandes Odriozola, G. (2009). Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Atención Primaria*, 41(1), 33-40.

- Cameron, I.M., Lawton, K., Reid, I.C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care. *Journal Affective Disorder*, 130, 99-105
- Carlsen, B., Glenton C. y Pope, C. (2007). Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal General Practice*, 57(545), 971-978.
- Casas Patiño, D., Rodríguez Torrés, A. y Casas Patiño, I. (2013). Primary health care, concept or utopia. *Medwave*, 13(4), 5667.
- Cepoiu M., McCusker J., Cole M. G, Sewitch M., Belzile, E. y Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians-a systematic literature review and metaanalysis. *Journal General Internal Medicine*, 23, 25-36.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Madrid: Editorial médica panamericana.
- Chin, W.Y., Chan, K.T., Lam, C.L., Wong, S.Y., Fong, D.Y., Lo, Y.Y., Lam, T.P., Chiu, B.C. (2014). Detection and management of depression in adult primary care patients in Hong Kong: a cross-sectional survey conducted by a primary care practice-based research network. *BMC Family Practice*, 12,15-30.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. (1999). *Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2*. Barcelona: Masson.
- Coyne J. C., Klinkman M. S., Gallo J. J. y Schwenk T. L. (1997). Short-term outcomes of detected and undetected depressed primary care patients and depressed psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry*, 19, 333-343.
- Cox, J. L., Holden, J. M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cuijpers P., Smit F. y van Straten A. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 434-441.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Schaik, A., Andersson, G. (2009). Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *British Journal General Practice*, 59(559), e51-60.

- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J. y Penninx, B. W. (2014). Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *The American journal of psychiatry*, 171(4), 453-62.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A. (2015). What if a placebo effect explained all the activity of depression treatments? *World Psychiatry*, 14(3), 310-311.
- Curran, C., Knapp, M., McDaid, D., Tomasson, K. y el grupo mheen. (2007). Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. *Journal of Mental Health*, 16(2), 195 – 209
- Currie, S. R., Patten, S. B., Williams, J. V., Wang, J., Beck, C. A., El-Guebaly, N. y Maxwell, C. (2005). Comorbidity of Major Depression With Substance Use Disorders. *Canadian journal of psychiatry*, 50(10), 660-666.

D

- Davis, L. L., Rush, J. A., Wisniewski, S. R., Rice, K., Cassano, P., Jewell, M. E., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Balasubramani, G. K., Husain, M. M., Quitkin, F. M. y McGrath, P. J. (2005). Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Comprehensive psychiatry*, 46(2), 81-89.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A. y Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *The American journal of psychiatry*, 159(4), 620-629.
- Depression in Primary Care. Volume 1. Detection and Diagnosis; Volume 2. Treatment of Major Depression. (1993). (No. AHCPR Publication Nos. 93-0550 y 93-0551): Rockville, MD: U.S. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *British Medical Journal*, 325(7362), 472.
- Dowrick, C.F., Bellón, J.A., Gómez, M.J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *British Journal General Prac-*

tice, 50(454), 361-655.

Dowrick, C., May, C., Richardson, M., Bundred, P. (1996). The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *British Journal of General Practice*. 46(403), 105-107.

Dowrick, C. (2009). When diagnosis fails: A commentary on McPherson & Armstrong. *Social Science & Medicine*, 69(8), 1144-1146.

Dowrick, C. (2015). Therapeutic consultations for patients with depressive symptoms. *British Journal General Practice*. 65(639), 550-551.

Durà-Vilà, G., Littlewood, R. y Leavey, G. (2013). Depression and the medicalization of sadness: Conceptualization and recommended help-seeking. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 165-175.

E

Eaton, W. W., Martins, S. S., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Clarke, D. y Alexandre, P. (2008). The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*, 30, 1-14.

Engel, G. (1977). The Need Medical Model: A Challenger for Biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

F

Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J. L., Fullana, M. A. y Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain. *Journal affective disorder*, 96(1-2), 9-20.

Fernández, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., de Girolamo, G., Bernert, S., Lépine, J. P. y Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.

Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., Palao, D. J., Peñarrubia, M. T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J. V. y Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital*

Psychiatry, 32(2), 201-209. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.11.015.

Fernández, A, Mendive, J. M, Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza A, Haro, J.M., Palao, D.J., Bellón, J.A., Serrano-Blanco, A., DASMMap investigators. (2012a). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *British Journal Psychiatry*. 201, 137-42.

Fernández, A., Rubio-Valera, M., Bellón, J.A., Pinto-Meza, A., Luciano, J.V., Mendive, J.M., Haro, J.M., Palao, D.J., Serrano-Blanco, A. DASMMap investigators. (2012b). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMMap study. *General hospital psychiatry*, 34(3), 227-233.

Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T. y Whitford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(3), 471-81.

Fewell, Z., Davey Smith, G, Sterne, J.A. (2007). The impact of residual and unmeasured confounding in epidemiologic studies: a simulation study. *American Journal Epidemiology*, 166(6), 646-55.

Fink, L. A, Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1329-1335.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders* (Research version; Patient edition). New York: Biometrics Research.

Flocke, S.A., Miller, W.L, Crabtree, B.F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *Family Practice*, (10), 835-40.

Flores, A., Cobos, P.L., López, F.J., Godoy, A., (2014). Detecting fast, online reasoning processes in clinical decision making. *Psychological Assessment*, 26(2), 660-665.

Freixa, M., Salafranca, L., Guaridia, J., Ferrer, R., Turbani, J. (1992). *Análisis exploratorio*

de datos: nuevas técnicas estadísticas. Barcelona: PPU.

Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. y König, H.H. (2005). The direct costs of depressive disorders in Germany. *Psychiatrische Praxis*. 32(3):113-21.

Fuller-Thomson, E. y Nimigon, J. (2008). Factors associated with depression among individuals with chronic fatigue syndrome: findings from a nationally representative survey. *Family practice*, 25(6), 414-422.

Fuertes, J. N., Boylan, L. S. y Fontanella, J. A. (2008). Behavioural Indices in Medical Care Outcome: The Working Alliance, Adherence, and Related Factors. *Journal of General Internal Medicine*, 24(1), 80-85.

Funk, M., Ivbijaro, G., Saraceno, B., Freeman, M., Epping Jordan, J., Faydi, E., et al. *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Singapore: WHO Press; 2008.

G

Gabarrón Hortal, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., Boix Soriano, I., Jover Blanca, A. y Arenas Prat, M. (2002). *Atención Primaria*, 29(6), 329-36.

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., Codony, M. y Haro, J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, 129(13), 494-500.

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. y Alonso, J. (2010). Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *Journal of affective disorders*, 120(1-3), 76-85.

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. (1997). *Estudio sociosanitario Libro Blanco. La calidad asistencial de la depresión en España*. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.

Gandek B., Ware, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepke, A., Prieto, L., Sullivan, M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Jour-*

nal of Clinical Epidemiology 51, 1171–1178.

García-Campayo, J., Ayuso-Mateos, J.L., Caballero, L., Romera, I., Aragonés, E., Rodríguez Artalejo, F., Quail, D., y Gilaberte, I. (2008). Relationship of somatic symptoms with depression severity, quality of life, and health resources utilization in patients with major depressive disorder seeking primary health care in Spain. *The Primary Care Companion - Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 355-362.

García Campayo, J., Lou Arnal, S. (2004). Detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria. *Revista "Claves en salud mental"*

García-Herrera Pérez Bryan, J.M., Noguera Morillas V., Muñoz Cobos, F., Morales y Asensio, J.M. (2011). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya"*. Málaga.

García-Huidobroa, D., León, T., Vidal, G., Pobletea, F. y Rojas, P. (2012). Mayor morbilidad y uso de servicios médicos en atención primaria en pacientes con trastorno depresivo mayor y sus familiares: un estudio de cohorte retrospectivo. *Atención Primaria*, 44(8), 471-477.

Gask, L., Dixon, C., May, C., Dowrick, C. (2005). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal General Practice*, 55, 854–9.

Ghods, B.K., Roter, D.L., Ford, D.E., Larson, S., Arbelaez, J.J., Cooper, L.A. (2008). Patient-physician communication in the primary care visits of African Americans and whites with depression. *Journal of General Internal Medicine*, 23(5), 600-606.

Gil de Gómez, M. J., Bellón, J. A., Vázquez-Medrano, A., Torres-González, F., Díaz-Barreiros, M. A. y Sánchez-Celaya, M. (2007). Validación de una escala de percepción de apoyo social de la familia y los amigos (PSS-FF). *Comunicación presentada al XXVII Congreso Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria, Valladolid*.

Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological*

Medicine, 36, 287-297.

Gilbody, S.H., House A.P., y Sheldon, T.A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: a systematic review. *British Medical Journal*, 322, 406-409.

Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. y Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 1596-1602.

Giner, J., Saiz Ruiz, J., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., Rico-Villademoros, F., Álamo, C., Cervilla, J.A. Ibañez Cuadrado, A., Ibañez Guerra, E., López, S., Morán, P., Palao, D.J., Romacho, M., y grupo para el desarrollo de recomendaciones sobre salud física en el paciente con depresión. (2014). Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 195-207.

Grimshaw, J. M., Thomas, R. E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C. R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. y Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment*, 8(6), 1-72.

Goldberg D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.

Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.

Goldberg D., Privett M., Üstün B., Simon G. y Linden M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48, 1840-1804.

Goldberg, D., Williams, P. (1991). *A user's guide to the general health questionnaire*. Windsor: NEFR Nelson.

H

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal affective disorder*, 147(1-3):17-28
- Hamilton, M. (1969). A rating scale for depression. *Journal of Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Henriques, S.G., Fráguas, R., Iosifescu, D.V., Menezes, P. R., Lucia, M. C., Gattaz, W. F., Martins, M. A. (2009). Recognition of depressive symptoms by physicians. *Clinics (Sao Paulo)*, 64(7), 629-35.
- Henkel, V., Mergl, R., Kohnen, R., Maier, W., Möller H. J. y Hegerl, U. (2003). Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *British Medical Journal*, 326(7382), 200-201.
- Hernán, M. A., Hernández-Díaz, S. y Robins, J. M. (2004). A structural approach to selection bias. *Epidemiology* 15, 615-625.
- Hollon, S.D. (2010). En *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*, editado por Castonguay, Louis G., Muran, J. Christopher, Angus, Lynne, Hayes, Jeffrey A., Ladany, Nicholas, Anderson, Timothy, 63-74. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2008). An epidemic of depression: major depressive disorder or normal sadness? *Psychiatric Time*, 25 (13), 44-45.
- Hutton, C., Gunn, J. (2007). Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review. *BMC Health Service Research*, 17, 7-71.

I

- International Classification Committee of WONCA (1998). *ICPC-2 International Classification of Primary Care, second edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Institute for clinical systems improvement, ISCI. (2010). *Health Care Guideline: major depression in adults in primary care*. 11th ed. Bloomington, MN: ISCI.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (2004). Anuario estadístico de

Andalucía, recursos sanitarios y salud de la población.

Izquierdo Elizo, A. (2011). *Validación de la versión española del BDI-FS: un instrumento para la detección de la depresión en atención primaria*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

J

Janca A., Üstün T. B., Early T. S. y Sartorius, N. (1993). The ICD-10 symptom checklist: a companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 239-242.

Jani, B., Bikker, A.P., Higgins, M., Fitzpatrick, B., Little, P., Watt, G.C., Mercer, S.W. (2012). Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *British Journal General Practice*, 601, e576-81.

Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., Vollebergh, W., McKenzie, K., van Os, J. (2003). Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry*, 182, 71-76.

K

Kamphuis, M. H, Stegenga, B. T., Zuithoff, N. P., King, M., Nazareth, I., de Wit N. J., y Geerlings, M. I. (2012). Does recognition of depression in primary care affect outcome? The PREDICT-NL study. *Family practice*, 29(1), 16-23.

Karasek, R. A., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books: New York.

Kendler, K. S. (2005). "A Gene for...": The Nature of Gene Action in Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, (162): 1243-1252.

Kendrick, T. (2000). Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of the guidelines themselves. *British Medical Journal*. 320(7229), 200-201.

Kendrick, T., King, F., Albertella, L. y Smith, P.W.F. (2005). GP treatment decisions for

patients with depression: an observational study. *British Journal General Practice*, 55, 280-286.

Kenneth, S., Kendler M. D., Neale M., Kessler, R., Heath A. y Eaves, L. (1993). A twin study of recent life events and difficulties. *Archives of General Psychiatry*, (50): 789-796

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., D. E. Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B. E., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji, S. y Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168-76.

Kessler, R. (1997). The effects of stressful life events on depression. In J. Spence, J. Darley, y D. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 191-214). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Kessler D., Bennewith O., Lewis G. y Sharp D. (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *British Medical Journal*, 325, 1016-1017.

Kessing, L.V. (2007). Epidemiology of subtypes of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (suplemento s433), 85-89.

Kessler, R., C., Birnbaum H., Bromet E., Hwang I., Sampson N. y Shahley, V. (2010). Age differences in major depression: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Psychological medicine*, 40, 225-237

Kimura, Y., Kawabata, H., Maezawa, M., (2014). Frequency of neurotic symptoms shortly after the death of a pet. *The Journal of veterinary medical science*, 76(4), 499-502.

King, M., Speck, P., Thomas, A. (1995). The Royal Free interview for religious and spiritual beliefs: development and standardization. *Psychological Medicine*, 25, 1125-134.

King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, J.A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaros, H.I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M.I., Xavier, M., de Almeida, M.C., Correa, B., Torres-

- Gonzalez, F. (2008a). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-7.
- King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., Bellón-Saameño, J. A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaros, H. I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., Carraça, I., Gonçalves-Pereira, M., Vicente, B., Saldivia, S., Melipillan, R., Torres-Gonzalez, F. y Nazareth, I. (2008b). Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1368–1376.
- King, M., Weich, S., Torres-González, F., Isav, I., Maaros, H. I., Neeleman, J., Xavier, M., Morris, R., Walker, C., Bellón-Saameño, J. A., Moreno-Kústner, B., Rotar, D., Rifel, J., Aluoja, A., Kalda, R., Geerlings, M. I., Carraca, I., de Almeida, M. C., Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P. y Nazareth, I. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*, 6, 6-18.
- King, M., Speck, P. y Thomas, A. (2001). The Royal Free Interview for spiritual and religious beliefs: Development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*, 31, 1015-1023.
- King, M., Bottomley, C., Bellón-Saameño, J., Torres-Gonzalez, F., Svab, I., Rotar, D., Xavier, M y Nazareth, I. (2013). Predicting onset of major depression in general practice attendees in Europe: extending the application of the predictD risk algorithm form 12 to 24 months. *Psychological medicine*, 43(9), 1929-1939.
- Kirmayer L., Robbins J., Dworkind M. y Yaffe M. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150 (5), 734-741.
- Kleine-Budde, K., Müller, R., Kawohl, W., Bramesfeld, A., Moock, J. y Rössler, W. (2013). The cost of depression – A cost analysis from a large database. *Journal of Affective Disorders*, 147, 137–143.
- Klinkman, M.S., Coyne, J.C., Gallo, S. y Schwenk, T.L. (1998). False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Archive of Family Medicine*, 7, 451–461.
- Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 509-521.

Kroenke K., Spitzer R.L. y Williams J.B. (2003). The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292.

Kroenke, K., Strine, T., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., y Mokhad, A.H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114, 163-173.

L

Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. y Penninx, B. W. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of clinical psychiatry*. 72(3): 341-348.

Lamberts, H., Wood, M. (1990). *Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP)*. Barcelona: Masson/SG.

Laurent, B., Nazareth, I., Bellón-Saameño, J., Geerlings, M.I., Maarros, H., Saldivia, S., Svab, I., Torres-González, F., Xavier, M., King, M. (2013). Spiritual and religious beliefs as risk factors for the onset of major depression: an international cohort study. *Psychological Medicine*, 43(10), 2109-2120.

Lee, M. L., Yano, E. M., Wang, M., Simon, B. F. y Rubenstein, L. V. (2002). What patient population does visit-based sampling in primary care setting represent? *Medical Care*, 40, 761-770.

Leventhal, A.M. (2008). Sadness, Depression, and Avoidance Behavior. *Behavior Modification* (32), 759-779.

Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. y Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRESS (depression research in European society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 19-29.

Lehti, A., Hammarstrom, A., Mattsson, B. (2009). Recognition of depression in people of different cultures: A qualitative study. *BMC Family Practice*, 10, 53.

Lewinsohn, P.M., Moerk, K.C. y Klein, D.N. (2000). Epidemiology of adolescent depression. *Economics Neuroscience*, 2(7), 52-68.

Linárez Mendez, R.P., y Espinet, A. (2007). Factores que dificultan el diagnóstico de

la depresión en los servicios de Atención Primaria. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 53(109), 6-13.

Linárez, R. (2005). *El reconocimiento de la depresión en atención primaria*. (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Cota: TAWM171 L55 2004 (434). Resumen recuperado de: http://www.kriptia.com/PSICOLOGÍA/PSICOLOGIA_EXPERIMENTAL/ANALISIS_EXPERIMENTAL_DE_LA_CONDUCTA/1#118531.

Liu, C.F., Campbell, D.G., Chaney, E.F., Li, Y.F., McDonell, M. y Fihn, S. D. (2006). Depression diagnosis and antidepressant treatment among depressed VA primary care patients. *Administration and policy in mental health*. 33(3), 331-341.

Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H. y Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29-43.

Luppa M., Heinrich S., Angermeyer M. C., König H. H. y Riedel-Heller S. G. (2008). Healthcare costs associated with recognized and unrecognized depression in old age. *International psychogeriatrics*, 20(6), 1219-1229.

Lustman, P. J. y Clouse, R. E. (2004). Section III: Practical Considerations in the Management of Depression in Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 17, 160-166.

M

Maj, M. (2010). Depression vs. “understandable sadness”: is the difference clear, and is it relevant to treatment decisions? *Asian Journal of Psychiatry*, 3, 96-98.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 ed. Atención Primaria (DSM-IV-AP). (1997). Barcelona: Masson.

Martín-Águeda, B., López-Muñoz, F., Rubio, G., Guerra, J.A., Silva, A., Álamo, C. (2005a). Management of depression in primary care: a survey of general practitioners in Spain. *General Hospital Psychiatry*, 27,305-312.

Martín-Águeda, B., López-Muñoz, F., Álamo, C., García-García, P., Silva, A., Rubio, G., (2005b). Situación actual de la depresión en España en el ámbito de la atención primaria: aspectos asistenciales, clínicos y terapéuticos. *Atención Primaria y Salud Mental (APySAM)*, 4, 166-177.

- Martín-Águeda, B., López-Muñoz F., Silva A., García-García P., Rubio G. y Álamo C. (2007). Aspectos diferenciales del manejo de la depresión en España entre la atención psiquiátrica especializada y la atención primaria. *Actas Española de Psiquiatría* 35(2), 89-98.
- Martínez-Cañavate T. *Modelo explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía*. Tesis Doctoral: Universidad de Granada, 2007.
- Menchetti, M., Belvederi Murri, M., Bertakis, K., Bortolotti, B., Berardi, D. (2009). Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *Journal of psychosomatic research*, 66(4), 335-41.
- Mathers, C. D. y Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 3(11), e442.
- Marquet, R. L., Bartelds, A. I. M., Kerkhof, A. J. F. M., Schellevis, F. G. y Van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983 - 2003. *BMC Family Practice*, 6, 1-7.
- McPherson, S. y Armstrong, D. (2012). General Practitioner Management of Depression: A Systematic Review. *Qualitative Health Research*. 22(8) 1150–1159.
- McCambridge J., Witton J. y Elbourne D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *Journal Clinical Epidemiology*, 67(3), 267-77.
- Manchetti M., Belvederi Murri M., Bertajus K., Bortolotti B. y Berardi D. (2009). Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 335-341.
- Mechanic, D. (2001). How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *British Medical Journal*. 323(7307), 266-8.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en salud mental en el sistema nacional de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Políticas sociales. (2010). *Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP): Actividad ordinaria en centros de atención primaria*. Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Manual de referencia CIE 10 PCS. Traducción de la normativa oficial americana para ICD10PCS correspondiente al año fiscal 2013.*
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*; Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
- Mitchell, A. J., Vaze, A. y Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374(9690), 609-19. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5.
- Mitchell, A. J., Rao, S. y Vaze, A. (2011). International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *British Journal of General Practice*, 61(583), e72-80
- Mitchell, J., Trangle, M., Degnan, B., Gabert, T., Haight, B., Kessler, D., Mack, N., Malen, E., Novak, H., Rossmiller, D., Setterlund, L., Somers, K., Valentino, N. y Vincent, S. (2013). *Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Depression in Primary Care*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- Möller, H. J. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (418): 73-80.
- Molina, E., Cervilla, J., Rivera, M., Torres, F., Bellón, J.A., Moreno, B., King, M., Nazareth, I., Gutiérrez, B. (2011). Polymorphic variation at the serotonin 1-A receptor gene is associated with comorbid depression and generalized anxiety. *Psychiatric Genetics*, 21(4), 195-201.
- Morales, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación (3ª edición revisada)*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Üstün, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851-8.
- Motrico, E., Moreno-Küstner, B., de Dios Luna, J., Torres-González, F., King, M., Nazareth, I., Montón-Franco, C., Gil de Gómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M.,

Díaz-Barreiros, M. Á., Vicens, C., Moreno-Peral, P., Bellón, J. Á. (2013). Psychometric properties of the List of Threatening Experiences--LTE and its association with psychosocial factors and mental disorders according to different scoring methods. *Journal of Affective Disorders*, 150, 931-940.

Mouchet-Mages, S. y Baylé, F. j. (2008). Sadness as an integral part of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10 (3), 321-327.

Munitz, H., Valevski, A., Weizman, A., Prilipko, L., Baudis, P., Skoda, C., Boussaid, F., Boussaoul, D., Belyanchikova, M.A., Bobrov, A. E., Tsirkin, S., Yifang, G., (2002). Recognition and treatment of depression in primary care settings in 6 different countries: a retrospective file analysis by WHO. *European Journal Psychiatry*, 14(2), 85-93.

Murray, C. J. y López, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-1504.

Murray, C. J. L. y Lopez, A. D. (1996). *Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 1. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.

N

National institute for clinical excellence. (2004). *Management of depression in primary and secondary care*. NICE. Recuperado de <http://www.nice.org.uk>.

National Institute of Mental Health. Depression [Internet]. Rockville (MD): NIMH; 2011. De <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/complete-index.shtml>.

National institute for clinical excellence, NICE. (2009). *Depression: management of depression in primary and secondary care - NICE GUIDANCE*. Londres: The British Psychological society and the royal college of psychiatrists. National Institute for clinical excellence, NICE.

National Collaborating Center for Mental Health. (2010). *The NICE guideline on the management and treatment of depression in adults* (updated edition). London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence.

- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International journal of epidemiology*, 30(1), 154-62.
- New Zealand Guidelines group, NZGG. (2008). *Identification of common mental disorders and management of depression in primary care*. Wellington, NZ: New Zealand Guidelines group.
- Nijrolder, I., Leone, S.S., van der Horst, H.E. (2015). Explaining fatigue: an examination of patient causal attributions and their (in) congruence with family doctors' initial causal attributions. *European Journal General Practice*. 21(3), 164-169.
- Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F., Schellevis F.G. Groenewegen P.P. y Van den Bos G.A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35(8), 1185-1195.

O

- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B. CDBE 2010 study group; European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European journal of neurology*, 19(1), 155-62.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: Medito.
- Ormel, J., Van den Brink, W., Koeter, M. W. J., Giel, R., Van der Meer, K., Van de Willige, G. y Wilink, F. W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychological medicine*, 20, 909-923.

P

- Paykel, E. S., Brugha, T. y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-423.
- Pérula-de-Torres, L. A., Fernández-García, J. A., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E. y Ruiz-Moral, R. (2005). Validity of AUDIT test for detection of disorders related with alcohol consumption in women. *Medicina Clínica*, 125, 727-730.
- Pignone M. P., Gaynes B. N., Rushton J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D. y Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136, 765-76.
- Pinto-Meza, A., Fernández A., Serrano-Blanco A. y Haro J. M. (2008). Adequacy of antidepressant treatment in Spanish primary care: a naturalistic six-month follow-up study. *Psychiatric Services*, 59(1), 78-83. doi: 10.1176/appi.ps.59.1.78.
- Pollock, K., Grime, J. (2002). Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *British Medical Journal*, 325(7366), 687.

Q

- Qureshi, N., Bethea, J., Modell, B., Brennan, P., Papageorgiou, A., Raeburn, S. et al. (2005). Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. *Family Practice*, 22, 663-669.

R

- Rabe-Hesketh, S. y Skrondal, A. (2008). *Multilevel and longitudinal modelling using STATA* (2ª ed.). Texas: STATA Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Thase, M. E., Houck, P. R., Jennings, J. R., Howell, J. R., Lil-

ienfeld, S. O., Kupfer, D. J. (1988). Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a Brief Sexual Function Questionnaire for men. *Psychiatry Research*, 24, 231–250.

Rial, A., Varela, J. y Rojas, A.J. (2001). *Depuración y análisis preliminares de datos en SPSS*. Madrid: RA-MA Editorial.

Riedel, H. P. R., Heiby, E. M. y Kopetskie, S. (2001). Psychological behaviourism theory of bipolar disorder. *The Psychological Record*, 51, 507-532.

Ring, A., Dowrick, C. F., Humphris, G. M., Davies, J. y Salmon, P. (2005). The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Social science & medicine*, 61(7), 1505-15.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R. y Regier, D. A. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Royston P. (2005). Multiple imputation of missing values: update of ice. *Stata Journal*, 5, 527–536.

Rubin, D. B. (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. Wiley, New York.

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C. y Santodomingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.

Rubio-Stipek, M. y Bravo, M. (1991). La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): Un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 37, 191-204.

S

Salize, H.J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Härter, M., Berger, M., Gaebel, W. y Schneider, F. (2004). Cost of care for depressive disorders in primary and specialized care in Germany. *Psychiatrische Praxis*. 31(3), 147-56.

- Saltini A., Mazzi M. A., Del Piccolo L. y Zimmermann C. (2004). Decisional strategies for the attribution of emotional distress in primary care. *Psychological Medicine*, 4, 729–739.
- Schumann, I., Schneider, A., Kantert, C., Löwe, B., Linde, K. (2012). Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family Practice*, 29, 255-263.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M. y Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (45), 201–210.
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8, 350-353.
- Scott, J., Eccleston, D., Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161, 633-637.
- Sicras-Mainar, A., Mauriño, J., Cordero, L., Blanca-Tamayo, M. y Navarro-Artieda, R. (2012). Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. *Atención Primaria*, 44(11), 667-675.
- Simon, G. E. y VonKorff, M. (1995). Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiologic Review*, 17, 221–227.
- Simon G. E., Goldberg D., Tiemens B.G. y Üstün T. B. (1999). Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 21, 97–105.
- Simon, G. E., Katon, W. J., VonKorff, M., Unutzer, J., Lin, E. H., Walker, E. A., Bush, T., Rutter, C., y Ludman, E. (2001). Costeffectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1638–1644.
- Sikorski, C., Luppá, M., König, H.H., van den Bussche, H., Riedel-Heller, S.G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and metaanalysis. *BMC Health Services Research*, 12, 10.

- Schoenfeld, D. (1982). Residuals for the proportional hazards regression model. *Biometrika*, 69(1), 239-241.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., de Gruy, F. V. III, Hahn, S. R., Brody, D., Johnson, J.G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA*, 272, 1749-1756.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282, 1737-1744.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J.B.W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ primary care estudy. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (18): 1737-1744.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J. y Rehnberg, C. (2006). Cost of Depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 87-98.
- Sproston, K., y Primatesta, P. (2003). *Health Survey for England 2002: A survey carried out behalf of the Department of Health. Volume 1: The health of children and young people*. London: The Stationery Office.
- Stamm, K., Reinhard, I. y Salize H.J.(2010). Kosten und Kostenverläufe von Versicherten mit Depressionsdiagnose und ohne psychische Störung im Vergleich – eine Sekundäranalyse von Routinedaten einer Betriebskrankenkasse. *Neuropsychiatrie*, 24, (2), 99-107.
- Starfield, B. (2002). *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud servicios y tecnología*. Barcelona: Masson.
- StataCorp LP. (2015). STATA-Release 14.Texas, Stata Press.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J.W., Patel, V. y Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-93.
- Stepcoe, A. (2007). *Integrating clinical with behavioral studies of depression and physical illness*. En: Stepcoe A, editor. Depression and physical illness. New York: Cambridge University Press.
- Stegenga, B. T., Geerlings, M. I., Torres-González, F., Xavier, M., Svab, I., Penninx, B. W., Nazareth, I., King, M. (2013). Risk factors for onset of multiple or long major depressive episodes versus single and short episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1067-1075

- Stewart, R. E., Vroegop S., Kamps G. B., van der Werf G. T. y Meyboom-de Jong B. (2003). Factors influencing adherence to guidelines in general practice. *International journal of technology assessment in health care*, 19(3), 546-54.
- Street, H., Sheeran, P. y Orbell, S. (1999). Conceptualizing Depression: An Integration of 27 Theories. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 175-193.
- Streiner, D. L. (2003). Staring at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80, 99-103.
- Streiner, D. L. y Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (4TH edition). New York: Oxford University Press.

T

- Thomas, C. M. y Morris, S. (2003). Cost of depression among adults in England in 2000. *The British journal of psychiatry*, 183, 514-519.
- Thomas-MacLean, R. y Stoppard, J.M. (2004). Physicians' constructions of depression: inside/outside the boundaries of medicalization. *Health (London)*, 8, 275-293.
- Thombs, B.D., Coyne, J.C., Cuijpers, P., de Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J.P.A. Johnson, B.T., Patten, S.B., Turner, E.H., Ziegelstein, R.C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association journal*, 184(4), 413-418.
- Thompson, C., Ostler, K., Peveler, R. C., Baker, N. y Kinmonth, A. L. (2001). Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care. The Hampshire Depression Project 3. *British Journal of Psychiatry*, 179, 317-323.
- Tiemens, B.G., VonKorff, M., Lin, E.H.B. (1999) Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview. Understanding discordance. *General Hospital Psychiatry*, 12, 87-96.
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. y Szucs, T. D. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31, 237-250.
- Tondo, L., Isacson, G. y Baldessarini, R., (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder.

der: risk and prevention. *CNS Drugs* 17, 491-511.

Tyrer P. (1990). Personality disorder and social functioning. En *Measuring Human Problems. A Practical Guide* (ed. D. F. Peck and C. M. Shapiro), Wiley & Sons: Chichester. 119–142.

U

Undurraga, J., Baldessarini, R.J., Valenti, M., Pacchiarotti, I. y Vieta, E. (2012). Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 73,778–782.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2009). Screening for depression in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals Internal Medicine*, 151(11), 784-792.

Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. y Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British journal of psychiatry*, 184, 386-392.

V

Van Os, T. W., van den Brink, R. H., Tiemens, B. G., Jenner, J. A., van der Meer, K. y Ormel, J. (2005). Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *Journal affective disorder*, 84(1), 43-51.

Vasegh, S., Rosmarin, D.H., Koenig, H.G., Dew, R.E., Bonelli, R.M. (2012). Religious and spiritual factors in depression. *Depression research and treatment*, 298056. doi: 10.1155/2012/298056.

W

Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. y Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian journal of psychiatry*. 49(2), 124-138.

Westert, G. P., Schellevis, F. G., de Bakker, D. H., Groenewegen, P. P., Bensing, J. M. y

- van der Zee, J. (2005). Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health*, 15(1), 59-65.
- Weich, S., Lewis, G., Churchill, R., Mann, A. (1997). Strategies for the prevention of psychiatric disorder in south London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 304-309.
- Weich, S. y Lewis, G. (1998). Poverty, unemployment, and common mental disorders: Population based cohort study. *British Medical Journal*, 317, 115-119.
- White, I. R., Royston, P., Wood, A. M. (2011). Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine*, 30, 377-399.
- Whiteford, H.A., Harris, M.G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J.J., Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(8), 1569-85.
- Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 57-84.
- Wittchen, H. U., Höfler, M. y Meister, W. (2001). Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 121-35.
- Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal Clinical Psychiatry*. 63 Suppl 8, 24-34.
- Whooley, M. A. (2006). Depression and Cardiovascular Disease Healing the Broken-Hearted. *JAMA*, 295(24), 2874-2881.
- Whooley, M. A., de Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M., Ali, S., Dowray, S., Na, B., Feldman, M. D., Schiller, N. B. y Browner, W. S.(2008). Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *JAMA*, 300(20), 2379-2388.
- World Health Organization. Declaration of Alma Ata (1978). *Report on the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata*. U.S.S.R. WHO. Geneva.
- World Health Organization. (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 2.1*. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World Health Organization: Geneva.

World Health organization. (2004). *World report on Knowledge for Better Health. Strengthening Health Systems*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Constitution of world health organization*. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement.

World Health Organization. (2008). *Integrating mental health into primary care. A global perspective. (pp 1-224)*. Singapore: WHO and WONCA editors. Recuperado en [http:// www. who. Int / mental – health / policy / mentalhealth+ primarycare-20finalowres120109.pdf](http://www.who.int/mental-health/policy/mentalhealth+primarycare-20finalowres120109.pdf).

World Health Organization. (2013). *Plan de acción sobre salud mental: 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wykes, T., y Callard, F. (2010). *Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. Journal mental health*, 19 (4), 301-304.

Y

Yesavage, J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Adey M.B. y Leirer V.O. (1983) *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Journal of psychiatric research*, 17, 37-49.

Z

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Zung, W.W.K. (1965). *A self-rating depression scale. Archive General Psychiatry*, 12, 63-70.

Zuithoff, N.P., Vergouwe, Y., King, M., Nazareth, I., Hak, E., Moons, K.G., Geerlings, M.I. (2009). *A clinical prediction rule for detecting major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. Family practice*, 26(4), 241-50





CUESTIONARIO PREDICT

Toda la información que se recoja en estos cuestionarios es completamente confidencial

Número identificación del paciente en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Provincia				<input type="checkbox"/>							
Nombre del Centro de Salud			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Nombre del médico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Nombre de la entrevistadora			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Nº evaluación				<input type="checkbox"/>							
Fecha de la entrevista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>				

I. INFORMACIÓN GENERAL

GEN

La primera parte trata sobre sus datos personales. Por favor, marque la casilla que corresponda

1. ¿Cuál es su sexo?	Mujer <input type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2																
2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>									Día	-	Mes	-	Año			
Día	-	Mes	-	Año													
3. ¿Cuál es su estado civil actual? MARQUE SOLO UNA CASILLA	Casado/a <input type="checkbox"/> 1 Separado/a <input type="checkbox"/> 3 Viudo/a <input type="checkbox"/> 4 Divorciado/a <input type="checkbox"/> 5 Soltero/a <input type="checkbox"/> 6																
4. Actualmente ¿está usted...? MARQUE SOLO UNA CASILLA	Contratado o trabaja como autónomo/a <input type="checkbox"/> 1 En paro y buscando empleo <input type="checkbox"/> 2 Jubilado/a <input type="checkbox"/> 3 Incapacitado/a para trabajar por una enfermedad o discapacidad de larga duración <input type="checkbox"/> 4 Cuidando de la familia o el hogar <input type="checkbox"/> 5 Estudiando o en formación a jornada completa <input type="checkbox"/> 6 Otros, especifique..... <input type="checkbox"/> 7																
5. Si no tiene un trabajo remunerado ni trabaja por cuenta propia ¿Cuándo tuvo por última vez un empleo remunerado? MARQUE SOLO UNA CASILLA	6. ¿Cuál es su empleo actual? Por favor, indique profesión, categoría y especialidad en su ramo 6 OCCUP <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																
SI CONTESTÓ 5 A LA PREGUNTA 5, PASE A LA PREGUNTA 7																	
5A. ¿Cuál fue su último empleo? Por favor, indique profesión, categoría y especialidad en su ramo 5A OCCUP <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																	



11. Por favor, lea la lista de nivel académico y SEÑALE EL NIVEL MÁS ALTO ALCANZADO.

POR FAVOR SEÑALE SÓLO UNO

- Analfabeto 1
- Sabe leer y escribir pero no tiene estudios 2
- Primaria (8ºEGB/ESO/FP1) 3
- Secundaria (Bachiller/COU/FP2) 4
- Diplomado (Enfermería, Terapia ocupacional, Magisterio, etc) 5
- Licenciado 6
- Doctorado 7
- Otros: especifique..... 10

12. En su hogar, ¿cómo diría que se administra la economía últimamente? ¿Diría que...?

MARQUE SÓLO UNA CASILLA

- Se Vive muy bien? 1
- Se Vive bien? 2
- Se tienen dificultades económicas? 3
- Se tienen muchas dificultades económicas? 4

7. ¿La vivienda en la que usted vive actualmente está en régimen de alquiler o de propiedad?

MARQUE SÓLO UNA CASILLA

- En propiedad con hipoteca 1
- En propiedad, sin pagos pendientes 2
- Alquilada 3
- Residencia 4
- Alojamiento para estudiantes 5
- Otro, 6
- especifique.....

8. ¿ Con quién comparte la vivienda en este momento?

MARQUE TANTAS CASILLAS COMO CORRESPONDA

- Vive solo/a A
- Pareja o cónyuge B
- Uno o más de sus hijos menores de 18 años C
- Uno o más de sus hijos mayores de 18 años E
- Si los hijos no son suyos, sino de su pareja: Uno o más hijos de su pareja menores de 18 años D

- Uno o más hijos de su pareja mayores de 18 años F
- Sus padres (uno o ambos) G
- Los padres de su pareja (uno o ambos) H
- Su/s hermano/a/s I
- Su/s abuelo/a/s J
- Otros familiares (tíos, primos, nietos) K
- Otros adultos (amigos, compañeros de piso, inquilinos, empleada de hogar) L
- Otros, especifique (ej: perro)..... M

9. Volviendo a la pregunta 8 ¿hasta qué punto está satisfecho/a con la convivencia que hay en su hogar?
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

Muy satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	1
Bastante satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	2
Ni satisfecho/a, ni insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	3
Bastante insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	4
Muy insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	5

10 A. País de nacimiento, por favor especifique

 B. País de nacionalidad, por favor especifique

C. ¿Cuál es su raza o grupo étnico?
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

Blanco	<input type="checkbox"/>	1
Asiático	<input type="checkbox"/>	2
Mestizos	<input type="checkbox"/>	6
Gitano	<input type="checkbox"/>	8
Negro	<input type="checkbox"/>	9
Indios	<input type="checkbox"/>	10
Otros, especifique.....	<input type="checkbox"/>	7

13. En su hogar, ¿con qué frecuencia se tiene dinero suficiente para adquirir la clase de comida o ropa que su familia debería tener?
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

Siempre	<input type="checkbox"/>	1
A menudo	<input type="checkbox"/>	2
A veces	<input type="checkbox"/>	3
Rara vez	<input type="checkbox"/>	4
Nunca	<input type="checkbox"/>	5

14. ¿Tiene alguna enfermedad, minusvalía o dolencia que le haya afectado o vaya a afectarle durante un periodo largo de tiempo?
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

SI	<input type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	0

15. En su hogar, ¿con qué dificultad se realiza el pago de las facturas de la casa y los otros gastos?
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

Con mucha dificultad	<input type="checkbox"/>	1
Con bastante dificultad	<input type="checkbox"/>	2
Con alguna dificultad	<input type="checkbox"/>	3
Con ligera dificultad	<input type="checkbox"/>	4
Con muy poca dificultad	<input type="checkbox"/>	5
Sin dificultad	<input type="checkbox"/>	6



II. ACONTECIMIENTOS VITALES IMPORTANTES

LE

¿Ha tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas durante los últimos 6 meses?

1. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
2. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
3. Ha muerto uno de sus padres, hijos o su pareja/cónyuge.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
4. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos).	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
5. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
6. Ha roto una relación estable.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
7. Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
8. Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
9. Le han despedido de su trabajo.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
10. Ha tenido una crisis económica grave.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
11. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
12. Le han robado o ha perdido algún objeto de valor.	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

III. TRABAJO NO REMUNERADO

Esta parte está relacionada con el trabajo **NO REMUNERADO** que realizan la mayoría de las personas (trabajo doméstico, voluntariados, ayuda a familiares o amigos). En cada pregunta elija la respuesta que mejor describa cómo ha solucionado los problemas surgidos en su trabajo **no remunerado** durante los últimos 6 meses. Estas preguntas son aplicables al trabajo realizado dentro y fuera del hogar.

MARQUE SÓLO UNA CASILLA.

1. En su trabajo NO REMUNERADO

UW K

a. ¿ Tiene tiempo suficiente para hacerlo todo?	A menudo <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Rara vez <input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca <input type="checkbox"/>	4

b. ¿Puede elegir CÓMO desea realizar su trabajo?	A menudo <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Rara vez <input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca <input type="checkbox"/>	4

c. ¿ Puede elegir QUÉ desea hacer en su trabajo?	A menudo <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Rara vez <input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca <input type="checkbox"/>	4

2. ¿Tiene dificultades en su trabajo NO REMUNERADO?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

SI HA CONTESTADO **NO** A LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE ESTA CASILLA
Y PASE A LA PREGUNTA 3

a. En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia recibe ayuda y	A menudo	1
<input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Rara vez <input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca <input type="checkbox"/>	4

3. ¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación sobre su trabajo NO REMUNERADO?

a. Considerando todos mis esfuerzos y logros, recibo todo el respeto y reconocimiento que merezco	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

SI HA CONTESTADO **SI** A LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE ESTA CASILLA

Y PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

b. Si ha contestado NO a la pregunta anterior, ¿hasta qué punto está usted molesto por ello?	En absoluto <input type="checkbox"/>	1
	Algo <input type="checkbox"/>	2
	Bastante <input type="checkbox"/>	3
	Mucho <input type="checkbox"/>	4

IV. TRABAJO REMUNERADO

En esta sección las preguntas son sobre el trabajo REMUNERADO (por el que recibe ingresos y que puede realizar en casa, en una oficina, etc.). En cada pregunta elija la respuesta que mejor describa la forma en que ha solucionado los problemas surgidos en su trabajo **remunerado** durante los últimos 6 meses.

SI NO REALIZA TRABAJO REMUNERADO, MARQUE ESTA CASILLA Y PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

MARQUE SÓLO UNA CASILLA EN CADA PREGUNTA

1. En su trabajo REMUNERADO

a. ¿ Tiene tiempo suficiente para hacerlo todo?	A menudo	<input type="checkbox"/>	1
	A veces	<input type="checkbox"/>	2
	Rara vez	<input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca	<input type="checkbox"/>	4

b. ¿ Puede elegir CÓMO quiere realizar su trabajo?	A menudo	<input type="checkbox"/>	1
	A veces	<input type="checkbox"/>	2
	Rara vez	<input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca	<input type="checkbox"/>	4

c. ¿ Puede elegir QUÉ desea hacer en su trabajo?	A menudo	<input type="checkbox"/>	1
	A veces	<input type="checkbox"/>	2
	Rara vez	<input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca	<input type="checkbox"/>	4

2. ¿ Tiene dificultades en su trabajo REMUNERADO?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

SI HA CONTESTADO **NO** A LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE ESTA CASILLA Y PASE A LA PREGUNTA 3

a. En caso afirmativo, ¿ con qué frecuencia recibe ayuda y apoyo?	A menudo	<input type="checkbox"/>	1
	A veces	<input type="checkbox"/>	2
	Rara vez	<input type="checkbox"/>	3
	Casi nunca/Nunca	<input type="checkbox"/>	4

3. ¿ Está de acuerdo con la siguiente afirmación sobre su trabajo REMUNERADO?

a. Considerando todos mis esfuerzos y logros, recibo todo el respeto y reconocimiento que merezco	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

SI HA CONTESTADO **SI** A LA PREGUNTA ANTERIOR, MARQUE ESTA CASILLA Y PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

b. Si ha contestado NO a la pregunta anterior, ¿ hasta qué punto está usted molesto por ello?	En absoluto	<input type="checkbox"/>	1
	En cierta forma	<input type="checkbox"/>	2
	Bastante	<input type="checkbox"/>	3
	Mucho	<input type="checkbox"/>	4

V. INGRESOS

¿Qué ingresos TOTALES NETOS ANUALES, incluyendo todas las fuentes de ingresos familiares recibe (descontando impuestos y otras deducciones)?

Si desconoce los ingresos en euros, indíquelos en pesetas. Y si desconoce los ingresos anuales indique los mensuales.

Ingresos ANUALES en euros (pesetas)	Ingresos MENSUALES en euros (pesetas)	Códigos
Menos de 3.600 euros (598.990)	Menos de 300 euros (50.000)	25
Entre 3.600 y 12.960 euros (599.156 - 2.156.363)	Entre 300 y 1.080 euros (50.000-179.697)	24
Entre 12.961 y 15.000 euros (2.156.529 - 2.495.790)	Entre 1.081 y 1.250 euros (179.711-207.938)	23
Entre 15.001 y 30.000euros (2.495.956 - 4.991.580)	Entre 1.251 y 2.500 euros (208.149-415.965)	4
Entre 30.001 y 45.000 euros (4.991.746 - 7.487.370)	Entre 2.501 y 3.750 euros (416.131-623.948)	6
Entre 45.001 y 60.000 euros (7.487.536 - 9.983.160)	Entre 3.751 y 5.000 euros (624.114-831.930)	8
Entre 60.001 y 70.000euros (9.983.326 - 11.647.020)	Entre 5.001 y 5.833 euros (832.096-970.530)	10
Entre 70.001 y 90.000 euros (11.647.186 - 14.974.740)	Entre 5.834 y 7.500 euros (970.197-1.247.895)	12
Entre 90.001 y 100.000 euros (14.974.906 - 16.638.600)	Entre 7.501 y 8.333 euros (1.247.895-1.387.550)	14
Entre 100.001 y 115.000 euros (16.638766 - 19.134.390)	Entre 8.334 y 9.583 euros (1.386.564-1.594.532)	16
Entre 115.001 y 130.000 euros (19.134.556 - 21.630.180)	Entre 9.584 y 10.833 euros (1.594.546-1.802.515)	18
Entre 130.001 y 140.000 euros (21.630.346 - 23.294.040)	Entre 10.834 y 11.666 euros (1.802.529-1.941.170)	20
Más de 140000 euros (más de 23.294.040)	Más de 11.666 euros (más de 1.941.170)	22
No sabe, no contesta		99

VI. LUGAR DE RESIDENCIA

LENV

Las siguientes preguntas están relacionadas con su lugar de residencia. Responda a todas las preguntas marcando la casilla que corresponda.

1. ¿Está usted satisfecho/a con la zona en la que vive?	Muy satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	1
	Bastante satisfecho/a	<input type="checkbox"/>	2
	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	3
	Bastante insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	4
	Muy insatisfecho/a	<input type="checkbox"/>	5
	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>	6

2. En general, ¿se siente usted seguro/a cuando está dentro de casa?	Muy seguro/a	<input type="checkbox"/>	1
	Bastante seguro/a	<input type="checkbox"/>	2
	No muy seguro/a	<input type="checkbox"/>	3
	Nada seguro/a	<input type="checkbox"/>	4
	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>	5

3. En general, ¿se siente usted seguro/a cuando entra o sale de casa?	Muy seguro/a	<input type="checkbox"/>	1
	Bastante seguro/a	<input type="checkbox"/>	2
	No muy seguro/a	<input type="checkbox"/>	3
	Nada seguro/a	<input type="checkbox"/>	4
	No sabe/no contesta	<input type="checkbox"/>	5

VII. FAMILIA Y AMIGOS

FF

Esta parte trata sobre lo que usted piensa de su familia y amigos. En la familia se incluye tanto a las personas que viven con usted como a las que no. A continuación aparecen una serie de comentarios acerca de la familia y amigos. Señale hasta qué punto está de acuerdo con cada uno de ellos. Responda a TODAS las preguntas marcando la casilla que más corresponda a su opinión.

A. Tengo familiares o amigos que hacen cosas para hacerme feliz	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
B. Tengo familiares o amigos que hacen que me sienta querido/a	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
C. Tengo familiares o amigos con los que puedo contar pase lo que pase	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
D. Tengo familiares o amigos que cuidarían de mí si lo necesitara	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
E. Tengo familiares o amigos que me aceptan tal y como soy	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
F. Tengo familiares o amigos que me hacen sentir una parte importante de sus vidas	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3
G. Tengo familiares o amigos que me dan ánimos y apoyo	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

VIII. CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE LA SALUD

HA

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste a cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:	Excelente	<input type="checkbox"/>	1
	Muy buena	<input type="checkbox"/>	2
	Buena	<input type="checkbox"/>	3
	Regular	<input type="checkbox"/>	4
	Mala	<input type="checkbox"/>	5

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?

2. Esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer o fregar la casa, caminar más de una hora	Sí, me limita mucho	<input type="checkbox"/>	1
	Sí, me limita un poco	<input type="checkbox"/>	2
	No, no me limita nada	<input type="checkbox"/>	3

3. Subir varios pisos por una escalera	Sí, me limita mucho	<input type="checkbox"/>	1
	Sí, me limita un poco	<input type="checkbox"/>	2
	No, no me limita nada	<input type="checkbox"/>	3

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o sus actividades cotidianas?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

7. ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada 1
Un poco 2
Regular 3
Bastante 4
Mucho 5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo....

9. se sintió calmado y tranquilo?

- Siempre 1
Casi siempre 2
Muchas veces 3
Algunas veces 4
Sólo alguna vez 5
Nunca 6

10. tuvo mucha energía?

- Siempre 1
Casi siempre 2
Muchas veces 3
Algunas veces 4
Sólo alguna vez 5
Nunca 6

11. se sintió desanimado y triste?

- Siempre 1
Casi siempre 2
Muchas veces 3
Algunas veces 4
Sólo alguna vez 5
Nunca 6

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre 1
Casi siempre 2
Algunas veces 3
Sólo alguna vez 4
Nunca 5

13. En general, ¿cómo valoraría su calidad de vida?

- Muy buena 1
Buena 2
Ni buena, ni mala 3
Mala 4
Muy mala 5

IX. ALCOHOL

ALC

Las siguientes preguntas se refieren a con qué frecuencia ha bebido usted **ALCOHOL en los últimos 6 meses.**

Por favor, marque sólo una casilla

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Una o menos veces al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| De 2 a 4 veces al mes | <input type="checkbox"/> | 2 |
| De 2 a 3 veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 ó más veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 4 |

SI HA CONTESTADO "NUNCA" A LA PREGUNTA ANTERIOR, PASE A LAS DOS ÚLTIMAS PREGUNTAS DE ESTA SECCIÓN: 11 Y 12.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| Una ó 2 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Tres ó 4 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Cinco ó 6 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| De 7 a 9 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Diez ó más | <input type="checkbox"/> | 4 |
| No aplicable | <input type="checkbox"/> | 5 |

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Menos de una vez al mes | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Mensualmente | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> | 3 |
| A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> | 4 |

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	<input type="checkbox"/>	0
	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1
	Mensualmente	<input type="checkbox"/>	2
	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	3
	A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	4

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso de los últimos 6 meses, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	<input type="checkbox"/>	0
	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1
	Mensualmente	<input type="checkbox"/>	2
	Semanalmente	<input type="checkbox"/>	3
	A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	4

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	No	<input type="checkbox"/>	0
	Sí, pero no en el curso de los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	2
	Sí, en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Algún familiar, amigo, médico, o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No	<input type="checkbox"/>	0
	Sí, pero no en el curso de los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	2
	Sí, en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	4

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol durante toda su vida

11. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas con el alcohol a lo largo de su vida?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

12. ¿Ha estado usted alguna vez en tratamiento por problemas con el alcohol en su vida?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

X. DROGAS Y SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Nos gustaría preguntarle sobre el posible uso de drogas o sustancias psicotropas que usted haya podido hacer alguna vez en su vida o durante los últimos 6 meses. ¿Ha consumido alguna de las siguientes drogas o sustancias psicotropas (sin prescripción médica) para “colocarse”, relajarse, sentirse mejor, más activo o alerta?

Responda a cada pregunta señalando ambas columnas

	EVDRUG	6MDRUG
	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
1.CANNABIS (Hachis: chocolate/grifa/costo/mierda/china/resina/aceite. Marihuana: maría/hierba/cogollo/yuca/porro.)	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
2.ESTIMULANTES (Anfetaminas: rápidas/speed/cristal/cranck/tina/anfetam/hielo/bennies. Metilnedioxi metanfetamina: éxtasis/droga del amor/pirula/coronita. Cat (catinona): kat/té africano/té de Abisinia/mirra. Nuez de Betel (arecoline)	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
3.SEDANTES (tranquilizantes y pastillas para dormir como Valium, Librium y Transilium). Ej.: caramelo/pastillas para dormir	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
4.HEROÍNA (Heroína: caballo/jaco/burro/potro/chiva.)	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
5. COCAÍNA (Crack, hoja de coca). Ej.: nieve/polvo/coca/crack/blow/roca/chato/	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
6. PCP (FENCICLIDINA) (Ej.: polvo de ángel/ozono/polvo cósmico/chifladura/cohete/porros mortales (PCP + marihuana)/superhierba cristal	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
7. ALUCINÓGENOS (LSD: ácido/papel/ajo/aceite/micropunto/gelatina/gota. Mescalina: cactus/mesca/peyote. Psilocibin: hongos/San Isidro/derrumbe/halo azul.)	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0

8. INHALANTES/DISOLVENTES (pegamento, tolueno, gasolina). Ej.: gas de la risa/poppers/clímax/oro rojo	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
9. OTRAS Escriba los nombres.....	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0
10. Si ha consumido alguna de estas drogas, ¿ha interferido en sus actividades en casa, en el colegio o la universidad o en su trabajo?	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0

En caso de varón señale esta casilla y pase a la siguiente sección

6. SOLAMENTE PARA MUJERES: preguntas sobre la menstruación, embarazo y parto.	
a. ¿Cuál sería la mejor forma de describir sus periodos menstruales en los últimos 6 meses?	Periodos sin cambios <input type="checkbox"/> 1
Sin periodo por estar embarazada o haber parido recientemente	<input type="checkbox"/> 2
Los periodos se han convertido en irregulares, ha cambiado la frecuencia, la duración o la cantidad	<input type="checkbox"/> 3
Sin periodo al menos durante un año	<input type="checkbox"/> 4
Con periodo por tomar hormonas (píldora anticonceptiva)	<input type="checkbox"/> 5
b. En la semana anterior a que comience el periodo, ¿tiene usted problemas graves con su estado de ánimo como depresión, ansiedad, irritabilidad, ira o cambios constantes de humor?	
	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO o No aplicable <input type="checkbox"/> 0
SI HA CONTESTADO NO O NO APLICABLE EN LA PREGUNTA B, PASE A LA PREGUNTA D	
c. Si SI: ¿estos problemas desaparecen al finalizar el periodo?	
	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO o No aplicable <input type="checkbox"/> 0
d. ¿Ha tenido usted un hijo en los últimos 6 meses?	
	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO o No aplicable <input type="checkbox"/> 0
e. ¿Ha tenido usted un aborto en los últimos 6 meses?	
	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO o No aplicable <input type="checkbox"/> 0
f. ¿Ha tenido usted dificultades para quedarse embarazada?	
	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO o No aplicable <input type="checkbox"/> 0

XI. CUESTIONARIO DE SALUD: (SECCIÓN ANSIEDAD)

HQ

Este cuestionario facilitará la comprensión de determinados problemas que puede que usted tenga. Por favor, asegúrese de marcar una opción para cada una de las preguntas.

1. Preguntas sobre ansiedad	NO	SI
a. En los <u>últimos 12 meses</u> ¿ha tenido usted una crisis de ansiedad sintiendo miedo o pánico de repente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Si usted señala "NO", vaya a la pregunta #3.		
b. ¿Le había pasado esto alguna vez antes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
c. ¿Surge la crisis a veces de repente y sin razón? Si no está claro: ¿en situaciones donde no esperaba sentirse nervioso o incómodo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
d. ¿Le ha preocupado mucho la posibilidad de tener otra crisis o de que le pasara algo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Señale como SI, si le ocurrió alguna vez		
2. Piense en la última crisis realmente mala	NO	SI
a. ¿Le faltaba la respiración?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
b. ¿Le latía el corazón más aprisa, más fuerte o a saltos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
c. ¿Sentía dolor en el pecho o presión?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
d. ¿Sudaba?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
e. ¿Sentía como si se estuviese ahogando?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
f. ¿Sentía sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
g. ¿Tenía náuseas o el estómago revuelto o la sensación de que le iba a dar diarrea?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
h. ¿Se sentía mareado, inestable o desfallecido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
i. ¿Sentía hormigueo o adormecimiento en alguna parte del cuerpo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
j. ¿Temblaba o se estremecía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
k. ¿Tenía miedo de estarse muriendo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

XII. HISTORIAL FAMILIAR DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

FAM

Las preguntas de esta sección tratan sobre los miembros más cercanos de su familia. Si usted no conoce a su familia biológica, señale esta casilla y pase a la siguiente sección

1. ¿Cuántos hermanos (varones) tiene? (aunque alguno haya fallecido)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2. ¿Cuántas hermanas tiene? (aunque alguna haya fallecido)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. ¿Ha tenido algún miembro de su familia biológica algún problema psicológico o emocional grave? (Este apartado hace referencia a enfermedades tales como depresión, ansiedad severa, crisis nerviosa y esquizofrenia)			
a. Padre		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
b. Madre		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
c.1 Hermanos (varones)		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
c2 ¿Cuántos de sus hermanos (varones) han tenido estos problemas?	<input type="text"/>		
d1. Hermanas		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
d2. ¿Cuántas de sus hermanas han tenido estos problemas?	<input type="text"/>		
4. ¿Algún miembro de su familia se ha suicidado?			
a. Padre		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
b. Madre		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
c1. Hermanos (varones)		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
c2. ¿Cuántos?	<input type="text"/>		
d1. Hermanas		SI <input type="checkbox"/>	1
		NO <input type="checkbox"/>	0
d2. ¿Cuántas?	<input type="text"/>		

XIII. DISCRIMINACIÓN

DISC

Ahora se le plantearán preguntas sobre las situaciones en las que se puede haber sentido discriminado durante los últimos 6 meses.

1. En los últimos 6 meses, ¿ se ha sentido discriminado alguna vez a causa de su:		
a. color de piel o su raza?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
b. sexo?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
c. edad?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
d. aspecto?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
e. minusvalía?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
f. orientación sexual?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
g. otros?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0
Especificar.....		

XIV. EXPERIENCIAS DURANTE LA INFANCIA

CHILD

Cuando yo era pequeño/a...

1. Creo que sufrí maltrato físico	Nunca	<input type="checkbox"/>	1
	En contadas ocasiones	<input type="checkbox"/>	2
	A veces	<input type="checkbox"/>	3
	A menudo	<input type="checkbox"/>	4
	Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	5

2. Creo que sufrí maltrato psicológico	Nunca	<input type="checkbox"/>	1
	En contadas ocasiones	<input type="checkbox"/>	2
	A veces	<input type="checkbox"/>	3
	A menudo	<input type="checkbox"/>	4
	Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	5

3. Creo que abusaron de mí sexualmente	Nunca	<input type="checkbox"/>	1
	En contadas ocasiones	<input type="checkbox"/>	2
	A veces	<input type="checkbox"/>	3
	A menudo	<input type="checkbox"/>	4
	Con frecuencia	<input type="checkbox"/>	5

XV. CREENCIAS ESPIRITUALES

SB

A continuación se incluyen preguntas sobre sus creencias religiosas y espirituales. Intente responderlas incluso si no tiene demasiado interés en la religión.

Al usar la palabra religión, se hace referencia a la práctica en sí de una religión. Por ejemplo ir a la iglesia, mezquita, sinagoga, templo, etc. fe. Algunas personas no practican una religión concreta pero tienen creencias o vivencias espirituales. Por ejemplo, creen que existe una fuerza o poder más allá de ellas mismas y que ésta puede tener influencia en sus vidas. Algunas personas lo consideran un Dios o dioses, mientras que otras, no.

MARQUE SÓLO UNA CASILLA EN CADA PREGUNTA

1. ¿Diría que tiene una concepción religiosa o espiritual de la vida?	Religiosa	<input type="checkbox"/>	1
	Espiritual	<input type="checkbox"/>	2
	Ni religiosa, ni espiritual	<input type="checkbox"/>	3

SI CODIFICO 3, VAYA A LA SIGUIENTE SECCION

2. Especifique su religión	Ninguna religión en concreto	<input type="checkbox"/>	0
	Agnóstico	<input type="checkbox"/>	8
	Ateo	<input type="checkbox"/>	9
	Católico Romano	<input type="checkbox"/>	1
	Cristianismo Protestante	<input type="checkbox"/>	2
	Islam	<input type="checkbox"/>	3
	Hinduismo	<input type="checkbox"/>	4
	Judaísmo	<input type="checkbox"/>	5
	Otros cristianos	<input type="checkbox"/>	6
	Otros orientales	<input type="checkbox"/>	7
	Otros, especifique.....	<input type="checkbox"/>	10

3. ¿Cómo es su concepción religiosa o espiritual de la vida?

Débil						Fuerte					
<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6

XVI. RELACIONES PERSONALES

REL

Las dos primeras preguntas hacen referencia a su relación con su esposo/a o pareja estable en los últimos 6 meses.

SI NO TIENE UNA PAREJA ESTABLE, SEÑALE ESTA CASILLA
Y VAYA A LA PREGUNTA Nº 3

1. ¿En qué medida está usted satisfecho/a con las relaciones sexuales con su esposo/a o pareja? (marque una casilla)

- Muy satisfecho 5
Medianamente satisfecho 4
Satisfecho e insatisfecho a la vez 3
Moderadamente insatisfecho 2
Muy insatisfecho 1
No tengo pareja/esposo/a 6

2. ¿En qué medida está usted satisfecho/a con su relación sentimental con su esposo/a o pareja? (marque una casilla)

- Muy satisfecho 5
Medianamente satisfecho 4
Satisfecho e insatisfecho a la vez 3
Moderadamente insatisfecho 2
Muy insatisfecho 1
No tengo pareja/esposo/a 6

3. ¿Cómo considera su vida sexual en general? (marque una casilla)

- Muy satisfactoria 5
Medianamente satisfactoria 4
Satisfactoria e insatisfactoria a la vez 3
Moderadamente insatisfactoria 2
Muy insatisfactoria 1

XVI. RELACIONES PERSONALES

REL

Las dos primeras preguntas hacen referencia a su relación con su esposo/a o pareja estable en los últimos 6 meses.

Las siguientes pregunta tratan de sus relaciones y amistades en general.

4. En general ¿tiene usted problemas para relacionarse con la gente? (marque una casilla)	La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 1
	Frecuentemente <input type="checkbox"/> 2
	Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3
	Nunca / ningún problema <input type="checkbox"/> 4

5. Tengo problemas en establecer y mantener relaciones cercanas (marque una casilla)	La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> 1
	Frecuentemente <input type="checkbox"/> 2
	Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3
	Nunca/ningún problema <input type="checkbox"/> 4

XVII. PROBLEMAS CON PERSONAS CERCANAS A USTED

[HOME](#)

Esta pregunta se refiere a los problemas o dificultades que haya tenido con personas con las que viva y/o con las que tenga una relación muy estrecha, en los últimos 6 meses.

Marque una casilla en cada pregunta

1. ¿Alguna persona muy cercana a usted tiene....

a. problemas serios con las drogas o el alcohol?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

b. alguna enfermedad o problema psicológico grave?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

c. alguna enfermedad física grave?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

d. alguna minusvalía grave?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0

XVIII. CUESTIONARIO DE ESTATUS VITAL DE LOS PADRES

[PARENT](#)

1. ¿Vive aún su madre?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0
	NO lo sé	<input type="checkbox"/>	2

1A Si ha fallecido, ¿qué edad tenía usted cuando ella murió?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

2. ¿Vive aún su padre?	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	0
	NO lo sé	<input type="checkbox"/>	2

2A Si ha fallecido, ¿qué edad tenía usted cuando el murió?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------	----------------------

XIX. CUESTIONARIO SOBRE CONSUMO DE TABACO

SMOK

1. ¿ Ha fumado usted alguna vez cigarrillos, puros o pipa?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

1A ¿Ha sido fumador diario alguna vez?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

(Si la respuesta es NO, el cuestionario ha terminado)

2. ¿A qué edad empezó a fumar a diario?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

3. ¿Fuma actualmente a diario?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	0

(si la respuesta es NO, el cuestionario ha terminado)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	=< 10 <input type="checkbox"/>	0
	11-20 <input type="checkbox"/>	1
	21-30 <input type="checkbox"/>	2
	31 ó más <input type="checkbox"/>	3

5. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?		
	En los 5 primeros minutos <input type="checkbox"/>	3
	Entre los 6 y 30 minutos <input type="checkbox"/>	2
	Entre los 31 y los 60 minutos <input type="checkbox"/>	1
	Después de 60 minutos <input type="checkbox"/>	0

Muchas gracias por el tiempo y esfuerzo dedicados a rellenar este cuestionario.



ANEXOS II



SECCIÓN DE DEPRESIÓN DEL CIDI

Toda la información que se recoja en estos cuestionarios es completamente confidencial

Número identificación del paciente en el estudio

Provincia

Nombre del Centro de Salud

Nombre del médico

Nombre de la entrevistadora

Nº evaluación

		I (alguna vez en los 6 últimos meses)		II(Y) (cuando mayoría sx)	
CODIFIQUE E1-E25 EN LA COLUMNA I		NO	SI	NO	SI
E1	Ahora quiero preguntarle sobre <u>períodos en que se ha sentido triste, vacío(a) o deprimido(a)</u> . En los últimos seis meses, ¿alguna vez ha tenido usted dos semanas o más en que casi todos los días se sintió triste, vacío(a) o deprimido(a) la mayor parte del día?	1	5		
E2	En los últimos seis meses, ¿alguna vez ha tenido 2 semanas o más en que <u>perdió el interés en la mayoría de las cosas</u> , como el trabajo, los pasatiempos y otras cosas que normalmente disfrutaba?	1	5		
SI E1 Y E2 SE CODIFICARON "NO", PASE A LA VERSIÓN TODA LA VIDA DEL CIDI					



SIN ENERGIA		I(X) (alguna vez en los últimos 6 meses) NO SI		II(Y) (cuando mayoría sx) NO SI	
E3	Durante un período de al menos dos semanas o más, en los últimos 6 meses, (se sintió triste, vacío(a) o deprimido(a)/perdió el interés en las cosas), [<u>¿se sintió sin energías o cansado(a)</u>] todo el tiempo casi todos los días, aun cuando no había estado trabajando mucho?	1	5	1	5
CAMBIO EN APETITO		NO	SI	NO	SI
E4	Hablemos de otros problemas que tuvo durante los períodos cuando (se sintió deprimido(a)/perdió interés en las cosas/ se sintió cansado(a) todo el tiempo) durante dos semanas o más, en los últimos 6 meses. [<u>¿Tenía menos</u> apetito de lo usual casi todos los días?	1	5	1	5
E5	Durante uno de esos períodos, [<u>¿perdió peso</u>] sin quererlo alrededor de (un kilo) por semana durante varias semanas? SI SE CODIFICO 1 EN E5, PASE A E6 A. ¿Cuánto peso perdió? KG_____/_____	1	5	1	5
E6	Durante uno de esos períodos, [<u>¿tenía mucho más</u> apetito de lo usual] todos los días por dos semanas o más? CODIFIQUE 1 SOLO POR PERIODO DE RAPIDO CRECIMIENTO O EMBARAZO	1	5	1	5

		I(X) (alguna vez en los últimos 6 meses)		II(Y) (cuando mayoría sx)	
		NO	SI	NO	SI
E7	<p>Durante uno de esos períodos, [¿ su apetito aumentó tanto que <u>subió de peso</u>, hasta (un kilo) por semana durante varias semanas?</p> <p>CODIFIQUE 1 SI SOLO RECUPERÓ LOS KILOS PERDIDOS</p> <p>SI SE CODIFICÓ 1 EN E7, PASE A E8</p> <p>A. ¿Cuánto peso aumentó? KG ____ / ____</p>	1	5	1	5
				SI CODIFICÓ 5, PREGUNTE A. SI CODIFICÓ 1, PASE AL PROXIMO CODIGO 5 EN LA COL. I	
				KG ____ / ____	
PROBLEMAS PARA DORMIR		NO	SI	NO	SI
E8	<p>Cuando (se sentía deprimido(a)/había perdido interés en las cosas/estaba sin energía), en los últimos 6 meses, [tuvo <u>problemas para dormir casi todas las noches durante dos semanas o más</u>, tales como dificultad para dormirse, despertarse durante la noche o demasiado temprano?</p> <p>SI SE CODIFICÓ 1, PASE A E9</p> <p>A. [¿Se despertó <u>por lo menos dos horas antes de lo deseado</u> todos los días por lo menos durante dos semanas?</p>	1	5	1	5
		1	5	1	5
E9	<p>Durante un periodo en que (se sintió deprimido(a)/perdió el interés en las cosas/estaba sin energía) [<u>dormía demasiado</u> casi todos los días?</p>	1	5	1	5

		I(X) (Alguna vez en los últimos 6 meses)		II(Y) (Cuando mayoría de los SX)	
LENTITUD/INQUIETUD		NO	SI	NO	SI
E10	Durante uno de esos periodos, en los últimos 6 meses, [<u>hablaba o se movía más lento</u> (espacio) de lo normal para usted, casi todos los días, durante al menos dos semanas? SI SE CODIFICO NO (1), PASE A E11 A. ¿Notó alguien que usted hablaba o se movía más lento (espacio)?	1	5	1	5
		1	5	1	5
E11	Durante uno de esos periodos, [<u>tenía que estar en continuo movimiento</u> , es decir, no podía sentarse quieto(a) y andaba de un lado para otro, o no podía mantener las manos quietas cuando estaba sentado(a)? SI SE CODIFICÓ 1, PASE A LA E12 A. ¿Se dio cuenta alguien de que usted se movía constantemente?	1	5	1	5
		1	5	1	5
CULPABILIDAD O PERDIDA DE AUTOESTIMA		NO	SI	NO	SI
E12	Durante uno de esos periodos, en los últimos 6 meses, [sentía que <u>valía poco o nada</u> casi todos los días? A. ¿Se sentía <u>culpable</u> ? SI SE CODIFICÓ 1, EN E12 Y E12A, PASE A E13 E 12 B ¿Hubo alguna razón en particular para sentirse (que valía poco o nada/culpable)? E12BXA SOLO PARA COL. I: ANOTE EJEMPLO: _____ E12BYB SOLO PARA COL. II: ANOTE EJEMPLO _____ E 12 C ¿SENTIA EL ENTREVISTADO QUE VALIA POCO O NADA/CULPABLE <u>SOLOAMENTE</u> POR ESTAR DETERIORADO POR LA DEPRESIÓN?	1	5	1	5
		1	5	1	5
		1	5	1	5
		1	5	1	5

		I(X) (Alguna vez en los últimos 6 meses)		II(Y) (Cuando mayoría de los SX)	
FALTA DE CONFIANZA EN SI MISMO(A)		NO	SI	NO	SI
E13	Durante uno de esos períodos, en los últimos 6 meses , [¿sentía que <u>no era tan bueno(a) o era inferior a otras personas?</u>	1	5	1	5
E14	[¿Tenía <u>tan poca confianza en si mismo(a)</u> que no se atrevía a opinar sobre nada?	1	5	1	5
DIFICULTAD PARA PENSAR		NO	SI	NO	SI
E15	Durante uno de esos periodos, en los últimos 6 meses , [¿tuvo mucha más <u>dificultad para concentrarse</u> de lo acostumbrado? A. [¿Era <u>incapaz de leer cosas</u> que normalmente le interesaban, <u>o escuchar la radio o mirar televisión</u> o películas que normalmente le gustaban, porque no podía prestarles atención?	1	5	1	5
E16	[¿Le vinieron sus <u>pensamientos mucho más lento</u> de lo usual o le parecían confusos?	1	5	1	5
E17	[¿Era <u>incapaz de tomar decisiones</u> sobre cosas que normalmente no le cuesta trabajo decidir?	1	5	1	5
PENSAMIENTOS SOBRE LA MUERTE		NO	SI	NO	SI
		1	5	1	5
E18	Durante uno de esos periodos, en los últimos 6 meses , [¿Pensó mucho en la muerte?				
E19	[¿Se sintió tan <u>decaído(a)</u> que pensó mucho en <u>suicidarse?</u> SI SE CODIFICÓ 1, PASE A E22 A.[¿Planeó cómo podría hacerlo?	1	5	1	5
E20	[¿Intentó <u>suicidarse?</u>	1	5	1	5
E21	ESTA PREGUNTA FALTA INTENCIONADAMENTE				

		I(X) (Alguna vez en los últimos 6 meses)		II(Y) (Cuando mayoría de los SX)	
E22	Durante un periodo de dos semanas de (sentirse deprimido(a), haber perdido interés/ estar sin energía), [en la mayoría de los días, se sintió particularmente mal <u>al momento de levantarse</u> pero a medida que pasaba el día se sentía mejor?	1	5	1	5
E23	Durante uno de esos periodos, [¿su <u>interés por el sexo fue mucho menos de lo acostumbrado?</u>	1	5	1	5
E24	[¿ <u>Ha perdido la capacidad de disfrutar las cosas buenas que le pudieran pasar</u> , como ganar algo o que lo feliciten o elogien?	1	5	1 5 PASE A SECCIÓN TODA LA VIDA	
E25	ESTA PREGUNTA FALTA INTENCIONADAMENTE				
E26	En los últimos 6 meses, ¿cuánto duró el periodo más largo que ha tenido de ese tipo?				
	SI DURÓ LOS SEIS MESES, CODIFIQUE 26. Nº DE MESES X 4= SEMANAS A. Algún periodo de dos semanas o más, en los últimos 6 meses, interfirió seriamente con su capacidad para trabajar, cuidar de su familia o cuidar de su persona	____/____/____ SEMANAS NO..... 1 SI..... 5			
E27	INI/REC: ¿Cuándo fue la (primera/última) vez, en los últimos 6 meses, que tuvo un periodo de dos semanas o más en el que (se sintió triste, vacío(a) o deprimido(a)/perdió el interés/ estuvo sin energía) y también tuvo alguno de estos problemas como: (SX CODIFICADOS 5 DE E4- E20)?	INI: 1 2 3 4 5 6 Edad INI REC:1 2 3 4 5 6			
	Si selecciona 6 en INI, por favor indique edad				

E27	<p>El tiempo debería codificarse del siguiente modo: 1= en las últimas 2 semanas</p> <p>2= 2 semanas y < 1mes</p> <p>3= 1 mes y < 6 meses</p> <p>4 = 6 meses y menos de un año 5= en los últimos 12 meses</p> <p>6= hace más de un año. ¿Cuántos años tenía?</p>	
E28	ESTA PREGUNTA FALTA INTENCIONADAMENTE	
E29	<p>En los últimos 6 meses, ¿cuántos periodos distintos ha tenido de dos semanas o más en que (se sintió deprimido(a)/perdió interés en las cosas/estuvo sin energía) y tuvo algunos problemas de los que hemos hablado?</p> <p>SI SE CODIFICÓ 01, PASE A E30</p> <p>A. Entre (cualquiera de) esos periodos en que (se sintió deprimido(a)/perdió interés en las cosas/estuvo sin energías), ¿se sintió bien durante algunos meses?</p> <p>B. Entre sus periodos de depresión, ¿era capaz de trabajar y disfrutar de la compañía de otras personas, tal como lo hacía antes de que comenzaran?</p> <p>C. Ese periodo, en los últimos 6 meses, en que se sentía bien y disfrutaba de la compañía de otras personas ¿duró por lo menos dos meses?</p> <p>D. En los últimos 6 meses, ¿cuántos periodos distintos (de estar deprimido(a)/sin interés en las cosas/sin energía) ha tenido, contando sólo aquellos periodos entre los cuales se sintió bien por dos meses o más?</p>	<p>_____/____EPISODIOS</p> <p>NO (PASE A E30) 1</p> <p>BIEN ENTRE MEDIO.....5</p> <p>NO (PASE A E30).....1</p> <p>SI.5</p> <p>NO (PASE A E30).....1</p> <p>SI.5</p> <p>_____/____EPISODIOS</p> <p>CON INTERVALOS DE 2 MESES</p>



<p>E30 ¿Ocurrió (este periodo/alguno de estos periodos) de (depresión/pérdida de interés),en los últimos 6 meses, poco después de morir alguna persona allegada a usted?</p> <p>A. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido algún periodo de (sentirse deprimido(a)/haber perdido interés) junto con estos otros problemas (LEA 3 SX CODIFICADOS 5 DE E3 A E20) en otro momento que no fuese después de la muerte de una persona allegada a usted?</p> <p>SI ES HOMBRE, O MUJER SIN HIJOS, PASE A E31.</p> <p>B. ¿Comenzó (este periodo/alguno de estos periodos) antes que pasara un mes del nacimiento de su hijo o hija?</p>	<p>NO (PREGUNTE B) 1 SI..... 5</p> <p>NO, SOLO DESPUES DE MUERTE (PASE A E31) 1 SI, OTRAS VECES.....5</p> <p>NO.....1 SI.....5</p>
<p>E31 ¿HA TENIDO EL ENTREVISTADO DOS O MAS PERIODOS SEPARADOS DE DEPRESION (E29D CODIFICADO 2 O MÁS?)</p>	<p>NO 1 (PASE A SECCIÓN TODA LA VIDA) SI..... 5</p>
<p>E32 Ahora quisiera preguntarle sobre el periodo, en los últimos 6 meses, en que (se sentía deprimido(a)/perdió el interés/estuvo sin energías) durante al menos dos semanas y tuvo el mayor número de estos problemas de los que hemos mencionado, ¿en qué mes fue? (SI NO PUEDE ELEGIR: entonces escoja uno de los peores períodos de dos semanas)</p>	<p>MES.....</p>
<p>E33 Le voy a preguntar cuál de estos problemas tenía, durante estas dos semanas (MES), cuando tenía la mayor cantidad de estos problemas. En ese periodo, ¿se sentía triste y deprimido(a)?</p>	<p>NO. 1 SI. 5</p>
<p>A. ¿Perdió interés en casi todo?</p> <p>REGRESE A E3, COL. II. LEA CADA PREGUNTA CODIFICADA 5 EN LA COL. I Y COMIENZE DESDE EL [. CODIFIQUE EN LA COL. II</p>	<p>NO. 1 SI. 5</p>



FICHA DEL PRIMER CONTACTO

Provincia

Nombre del Centro de Salud

Tipo de centro de salud (1=rural;2=urbano)

Nombre del médico

Número identificación del paciente en el estudio

Nombre de la entrevistadora

Criterios de exclusión de los pacientes

- Por debajo o por encima del rango de edad (18-75) 1
- Con trastorno orgánico grave; dificultad para el aprendizaje; o padece deterioro cognitivo 2
- Con enfermedad grave que ponga en peligro su vida 3
- Que no sea capaz de comunicarse en español 4
- Que sea considerado por médico de familia demasiado enfermo para participar 5
- Que no resida de forma habitual en la zona básica de salud 6
- Los pacientes delegados o pacientes que no acuden 7

¿Accede el paciente a participar en el estudio y ser entrevistado SÍ NO

Si contesta NO, por favor indique motivo y cumplimente fecha de nacimiento y sexo.
 Motivo de rechazo.....

Fecha de nacimiento

Sexo: mujer 1 varón 2







FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, señale la casilla:

1.- Confirmando que he entendido el propósito del estudio y he tenido la oportunidad de realizar preguntas.

2.- Entiendo que mi participación en el estudio es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento sin dar ninguna razón y sin que mis derechos de atención médica o legal se vean afectados.

3.- Estoy de acuerdo en que recojan información sobre el número de consultas que yo he realizado con los profesionales de salud en los últimos 6 meses.

4.- Yo estoy de acuerdo en tomar parte en este estudio.

Nombre del participante.....

D.N.I..... Firma:.....

Nombre de la entrevistadora.....

Fecha..... Firma.....

Número de Identificación del Paciente.....







HOJA INFORMATIVA PARA PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de tomar una decisión es importante que usted entienda por qué el estudio se va a realizar y qué implicará. Por favor, lea la siguiente información de forma cuidadosa.

¿Quién está organizando y financiando la investigación y en qué consiste este estudio?

Este estudio ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Socio-Sanitarias (FIS), del Instituto de Salud Carlos III. Se está realizando simultáneamente en 7 provincias Españolas. En esta provincia está siendo coordinado por el Centro de Salud de El Comité Ético de Investigación de la Comunidad Autónoma de ha aprobado este proyecto.

El propósito de esta investigación es estudiar el estrés y la salud. Los resultados de este estudio pueden ayudar a los médicos de familia a prevenir algunas enfermedades y a realizar un diagnóstico precoz.

Este estudio será llevado a cabo en 7 provincias Españolas simultáneamente y se pretende entrevistar a 6.000 usuarios de Centros de Salud.

¿Por qué yo he sido elegido y porqué es importante que participe?

En se han seleccionado algunos Centros de Salud con la intención de entrevistar a unos 700 usuarios. Usted ha sido seleccionado, al azar, para tomar parte en este estudio solamente porque ha venido a consultar al médico y sin tener en consideración el motivo de su consulta.

Los resultados de esta investigación serán más fiables si todas las personas a las que invitamos a participar deciden tomar parte en el estudio y por ello esperamos que

usted lo haga. Depende de usted decidir si toma parte o no. Este estudio se realiza con la participación voluntaria de los entrevistados. Por lo tanto, usted es libre de retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna razón.

¿En qué consiste mi participación en el estudio?

Usted será invitado a participar en el estudio a través de su médico de familia que le presentará a la entrevistadora que le realizará la entrevista. Si usted está de acuerdo en participar en el estudio, deberá firmar la hoja de consentimiento informado y se concertará una entrevista con usted en la fecha que más le convenga.

La entrevista consistirá en contestar a algunas preguntas que le hará una entrevistadora y cumplimentar un cuestionario completo que incluyen preguntas acerca de su salud reciente, su situación laboral, lugar de residencia, entre otros aspectos de su vida que durará 30 minutos aproximadamente.

La misma entrevista se realizará 6 meses después y otra más breve al año. También se recogerá información de su historia clínica sobre la frecuencia con la que usted ha acudido al centro de salud.

¿Es este estudio confidencial?

Toda la información que usted facilita es totalmente confidencial. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no revelarán la identidad de las personas participantes. Aunque se debe recoger el nombre y la dirección de cada persona para concertar las entrevistas, a cada persona que tome parte en el estudio se le asignará un número que será el que figure en cada uno de los cuestionarios cumplimentados. Los registros que incluyen los nombres de las personas y las direcciones serán destruidos al finalizar el estudio. Por tanto, se garantiza que toda la información recogida será considerada totalmente confidencial y que en el único momento que esto no se mantendrá será cuando la entrevistadora considere que debe consultar a su médico sobre su salud para que usted reciba la ayuda necesaria.

¿Cómo informarse sobre el estudio?

Si usted no está seguro sobre qué hacer, o desea más información, puede hablar con su Médico de Familia del Centro de Salud o con la entrevistadora del estudio.

Si posteriormente, usted tiene más dudas, puede consultarlas con la Dr/Dra (Tfno:.....) del Centro de Salud.....

ANEXOS VI



PREDICT-SERVICIOS: DATOS DEL MÉDICO

FECHA DEL SEGUIMIENTO: de [_ _ / _ _ / _ _] a [_ _ / _ _ / _ _]**

1.- Código del Médico: poner el nombre del médico o su código..... m01 [_ _ _ _]

2.- Código Centro de Salud:..... m02 [_ _ _ _]

3.- Entre las fechas de seguimiento, fecha de inicio en la plaza m03 [_ _ / _ _ / _ _]

4.- Entre las fechas de seguimiento, fecha hasta la que permanece la plaza
m04 [_ _ / _ _ / _ _]

A partir de ahora todas las preguntas se referirán al intervalo de tiempo que usted ha permanecido trabajando en este centro de Salud (fechas de las respuestas 3 y 4).

5.- Habitualmente pasó consulta en:

1) En el C.Salud base 2) En 1 consultorio 3) En el C.Salud base y en 1 consultorio 4) En 2 consultorios 5) En el C.Salud base y más de 1 consultorio 6) En más de 2 consultorios
m05 [_]

6.*- Tamaño del municipio donde habitualmente pasaba consulta más días a la semana:

0) < 2.500 hab. 1) 2.500-5.000 2) 5.000-10.000 3) 10.000-15.000
4) 15.000-20.000 5) 20.000-30.000 6) 30.000-50.000 7) 50.000-75.000
8) 75.000-100.000 9) 100.000-200.000 10) 200.000-300.000 11) 300.000-500.000
12) 500.000-1.000.000 13) >1.000.000
m06 [_ _]

7.*- Tamaño del cupo asignado (lista de pacientes): m07 [_ _ _ _]

8.- Sexo: 1) Mujer 2) Hombre
m08 [_]

9.- Fecha de Nacimiento: m09 [_ _ / _ _ / _ _]

10.- Año de Licenciatura: m10 [_ _ _ _]

11.- Tiempo en esta plaza hasta la fecha del inicio del seguimiento

(TO: _ _ / _ _ / _ _)**

0) Ninguno 1) Menos de 1 año 2) Entre 1-2 años 3) Entre 2-3 años 4) entre 3-4 años
5) Entre 4-5 años 5) Entre 5-6 años 6) Entre 6-7 años 7) Entre 7-8 años 8) Entre 9-10 años 9) Entre 10-11 años 10) Entre 11-12 años 11) Más de 12 años

m11 [_ _]

12.- Independientemente del tiempo por paciente asignado en su agenda, ¿Qué tiempo medio por paciente dedicaba durante las fechas del seguimiento?

0) Menos de 1 minuto 1) 1 minuto 2) 2 minutos 3) 3 minutos

*Los items 6 y 7 se contestarán con los datos al respecto que suministre el Servicio de Salud (ver manual de normas, puntos 6.2). Las fechas en verde se rellenarán antes de pasar la encuesta al médico. 255



- 4) 4 minutos 5) 5 minutos 6) 6 minutos 7) 7 minutos
8) 8 minutos 9) 9 minutos 10) 10 minutos
11) Más de 10 minutos

m12 [_ _]

13.- ¿Cómo diría que es su comunicación asistencial con los miembros del equipo de salud mental?

- 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

m13 [_ _]

14.- ¿Está usted satisfecho con el apoyo que recibe del equipo de salud mental (adscrito a su centro de salud) en la atención a sus pacientes con problemas de salud mental?

- 1) Muy insatisfecho 2) Insatisfecho 3) Ni satisfecho ni insatisfecho
4) Satisfecho 5) Muy satisfecho

m14 [_ _]

15.- ¿Se siente usted cómodo en el manejo de los antidepresivos?

- 1) Muy incómodo 2) Incómodo 3) Ni cómodo ni incómodo 4) Cómodo
5) Muy cómodo

m15 [_ _]

16.- ¿Cómo diría que es su comunicación asistencial con la (s) enfermera (s) adscrita a su cupo?

- 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

m16 [_ _]

17.- En general, el papel de la (s) enfermera (s) (adscrita a su cupo) en la atención a los pacientes con problemas de salud mental es muy activo.

- 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo

m17 [_ _]

18.- ¿Cómo diría que es su comunicación asistencial con la trabajadora social adscrita a su centro?

- 0) No tenemos T.social 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena
5) Muy buena

m18 [_ _]

19.- En general, el papel de la trabajadora social (adscrita a su centro) en la atención a los pacientes con problemas de salud mental es muy activo.

- 0) No tenemos T. social 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo
3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo

m19 [_ _]

A continuación encontrará unas frases relacionadas con su trabajo y cómo se encontraba usted en el mismo durante las fechas del seguimiento. Conteste con una cruz (X) en la casilla correspondiente a su grado de acuerdo¹

	Muy en des-acuerdo (= 1)	En des-acuerdo (= 2)	Ni de acuerdo ni des-acuerdo (=3)	De acuer-do (= 4)	Muy de acuerdo (= 5)
m20. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho					
m21. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo					
m22. Los médicos, al estar sobrecargados por los problemas sociales de los pacientes, no podemos utilizar las destrezas médicas para las que hemos sido capacitados					
m23. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo					
m24. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer					
m25. Mi capacidad como médico se malgasta con frecuencia en ver a personas que no presentan un problema "clínico"					
m26. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena					
m27. Con frecuencia me siento sobrecargado de trabajo					
m28. En el poco tiempo que dura una consulta, es prácticamente imposible conseguir dar apoyo psicológico a los pacientes					
m29. Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación					
m30. Con frecuencia me he visto obligado a emplear "a tope" (al máximo) toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo					
m31. Diagnosticar y tratar los problemas psicosociales de los pacientes es la parte menos interesante de la práctica de la medicina en atención primaria					

¹Los valores de las casillas señaladas se introducen en la base de datos en las variables m20 a m31 con el código que corresponda a cada cruz señalada

32.- Durante las fechas del seguimiento, ¿era usted propietario de la plaza?

1) No 2) Si

m32 [_]

33.- Durante las fechas del seguimiento, ¿era usted tutor acreditado para médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria?

1) No 2) Si

m33 [_]

34.- Durante las fechas del seguimiento, ¿Tuvo usted algún R3 a su cargo?

1) No 2) Si

m34 [_]

35.- Durante las fechas del seguimiento, ¿Tuvo usted algún R1 a su cargo?

1) No 2) Si

m35 [_]

36.- ¿Es usted médico de familia vía MIR?

1) No 2) Sí

m36 [_]

37.- ¿Pertenece al grupo comunicación y salud?

1) No 2) Si

m37 [_]

PREDICT-SERVICIOS: DATOS DEL CENTRO DE SALUD

1. Nombre y código del Centro de salud:.....cs1 [_ _]

2. Tamaño del municipio donde está ubicado el centro de salud base:

- 0) < 2.500 hab. 1) 2.500-5.000 2) 5.000-10.000 3) 10.000-15.000
4) 15.000-20.000 5) 20.000-30.000 6) 30.000-50.000 7) 50.000-75.000
8) 75.000-100.000 9) 100.000-200.000 10) 200.000-300.000 11) 300.000-500.000
12) 500.000-1.000.000 13) >1.000.000

cs2 [_ _]

3. Actividad predominante (>50%) en la localidad donde está ubicada el centro de salud base:

- 1) agricultura o / y pesca 2) industria 3) servicios 4) mixto

cs3 [_]

4. Año de apertura del C. Salud:

cs4 [_ _ _ _]

5. Población de la Zona Básica de Salud (ZBS) (incluyendo la población atendida por todos los consultorios dependientes del centro de salud base):

cs5 [_ _ . _ _]

6. Nº total de MEDICOS DE FAMILIA de la ZBS completa (incluyendo los médicos de familia de todos los consultorios dependientes del centro de salud base):

cs6 [_ _]

7. Nº total de PEDIATRAS de la ZBS completa (incluyendo los pediatras de todos los consultorios dependientes del centro de salud base):

cs7 [_ _]

8. Nº total de ENFERMERAS de la ZBS completa:

cs8 [_ _]

9. Nº total de AUXILIARES DE CLÍNICA de la ZBS completa:

cs9 [_ _]

10. Nº total de personal de ADMISIÓN Y ADMINISTRATIVO (administrativo, auxiliar administrativo, celador, celador conductor, etc.) de la ZBS completa:

cs10 [_ _]

11. Trabajador social adscrito a la ZBS:

0) No 1) Compartido 2) A jornada completa

cs11 [_ _]

Las siguientes preguntas se refieren al periodo de tiempo del seguimiento del estudio, del T0 (.....) al T24-36 (.....)

12. En general, el papel del médico de familia de su centro de salud en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.

1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo

cs12 [_ _]

13. Algún miembro del equipo de salud mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades asistenciales (gestión de casos o seguimiento de casos):

1) No 2) Si

cs13 [_ _]

14. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?

0) No iba 1) Una vez al año o menos 2) Cada 4 ó 6 meses
3) Cada 3 meses 4) Cada 2 meses 5) Una vez al mes
6) 2 veces al mes 7) Entre 3 a 4 veces al mes o más

cs14 [_ _]

15. Algún miembro del equipo de salud mental visitaba periódicamente el Centro de salud para actividades formativas:

1) No 2) Si

cs15 [_ _]

16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia?:

- 0) No iba 1) Una vez al año o menos 2) Cada 4 ó 6 meses
3) Cada 3 meses 4) Cada 2 meses 5) Una vez al mes
6) 2 veces al mes 7) Entre 3 a 4 veces al mes o más

[cs16 \[_ \]](#)

17. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre el equipo de salud mental y los médicos de su centro de salud?

- 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

[cs17 \[_ \]](#)

18. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre médicos y enfermeras en su centro de salud?

- 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

[cs18 \[_ \]](#)

19. En general, el papel de la enfermería de su centro de salud en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.

- 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de acuerdo ni en des-
acuerdo 4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo

[cs19 \[_ \]](#)

20. En general, ¿Cómo diría que es la comunicación asistencial entre la trabajadora social y los médicos de su centro de salud?

- 0) No tenemos T. social 1) Muy mala 2) Mala 3) Regular 4) Buena
5) Muy buena

[cs20 \[_ \]](#)

21. En general, el papel de la trabajadora social (adscrita a su centro de salud) en la atención a los problemas de salud mental es muy activo.

- 0) No tenemos T. social 1) Totalmente en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni de
acuerdo ni en desacuerdo 4) De acuerdo 5) Totalmente de acuerdo

[cs21 \[_ \]](#)



Tabla 13. Análisis descriptivos de las variables sociodemográficas de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP.

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N=59 (%)	p
Edad (años), media (d.t.)	45,65(14,28)	45,15(14,72)	0,812
Sexo,			
Mujer	773 (78,5)	45(76,3)	0,745
Hombre	212 (21,5)	14(23,7)	
Provincia			
Málaga	305 (31)	6(10,2)	0,000*
Granada	214 (21,7)	2(3,4)	
Zaragoza	99 (10,1)	12(20,3)	
Madrid	109 (11,1)	16(27,1)	
La Rioja	67 (6,8)	11(18,6)	
Mallorca	100 (10,2)	5(8,5)	
Las Palmas	91 (9,2)	7(11,9)	
Nivel de estudios			
Licenciado-doctorado y diplomado	108 (11)	8(13,6)	0,663
Secundaria	206 (20,9)	15(25,4)	
Primaria	421 (42,7)	21(35,6)	
Leer escribir y analfabeto	216 (21,9)	14(23,7)	
Sin información	334 (3,5)	1(1,7)	
País de Nacimiento			
España	879 (89,2)	52(88,1)	1,000
Extranjero	66 (6,7)	4(6,8)	
Sin información	40(4,1)	3(5,1)	
Estado Civil			
Casado/a- en pareja	550 (55,8)	31(52,5)	0,964
soltero	223 (22,6)	9(15,3)	
Separado/divorciado	114 (11,6)	2(3,4)	
viudos	62 (6,3)	16(27,1)	
Sin información	36 (3,7)	1(1,7)	
Situación laboral			
Contratado, autónomo o estudiando	392 (39,8)	30(50,8)	0,575
En paro y buscando empleo	83 (8,4)	5(8,5)	
Jubilado	87 (8,8)	4(6,8)	
Incapacitado para trabajar	151 (15,3)	6(10,2)	
Cuidando la familia o el hogar	232 (23,6)	13(22)	
Sin información	40(4,1)	1(1,7)	
Vive solo			
No	750 (76,1)	47(79,7)	0,158
Si	99 (10,1)	2(3,4)	
Vive con pareja o cónyuge			
No	307 (31,2)	20(33,9)	0,658
Sí	601 (61)	34(57,6)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N=59 (%)	p
Vive con uno o más hijos <18 años			
No	584 (59,3)	38(64,4)	0,275
Sí	280 (28,4)	12(20,3)	
Vive con sus padres (uno o ambos)			
No	684 (69,4)	35(59,3)	0,063
Sí	157(15,9)	15(25,4)	
Vive con otros adultos (amigos, compañeros de piso)			
No	811 (82,3)	45(76,3)	0,064
Sí	24 (2,4)	4(6,8)	
Vive con 1 o más hijos de su pareja <18 años			
No	824 (83,7)	48(81,4)	0,404
Sí	8 (0,8%)	1(1,7)	
Vive con los padres de su pareja			
No	816 (82,8)	47(79,7)	0,618
Sí	16 (1,6)	1(1,7)	
Vive con uno o más hijos >18 años			
No	581 (59)	34(57,6)	1,000
Sí	291 (29,5)	17(28,8)	
Vive con otros familiares (tíos o primos)			
No	801 (81,3)	47(79,7)	1,000
Sí	34 (3,5)	1(1,7)	
Vive con otros (animales o mascotas)			
No	772 (78,4)	38(64,4)	0,000*
Si	61 (6,2)	13(22)	
Vive con 1 o más hijos de su pareja >18 años			
No	821 (83,4)	48(81,4)	0,469
Sí	10 (1)	1(1,7)	
Vive con sus hermanos			
No	766 (77,8)	41(69,5)	0,180
Sí	70 (7,1)	7(11,9)	
Vive con abuelos			
No	824(83,7)	48(81,4)	1,000
Sí	7(0,7)	0(0)	
Raza			
Blanco	902 (91,6)	56(94,9)	0,703
Otras razas	29 (2,9)	2(3,4)	
Sin información	54(5,5)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N=59 (%)	p
Dificultades económicas			
Se vive muy bien	86(8,7)	0(0)	0,024*
Se vive bien	541 (54,9)	42(71,2)	
Se tiene dificultades económicas	261 (26,5)	15(25,4)	
Se tienen muchas dificultades económicas	60(6,1)	1(1,7)	
Sin información	37(3,8)	1(1,7)	
Pago factura y otros gastos			
Con mucha dificultad	47 (4,8)	1(1,7)	0,391
Con bastante dificultad	46(4,7)	3(5,1)	
Con alguna dificultad	142(14,4)	6(10,2)	
Con ligera dificultad	100(10,2)	4(6,8)	
Con muy poca dificultad	111(11,3)	5(8,5)	
Sin dificultad	503(51,1)	1(1,7)	
Dinero suficiente comida o ropa			
Siempre	557 (56,5)	39(66,1)	0,441
A menudo	172 (17,5)	6(10,2)	
A veces	175 (17,8)	11(18,6)	
Rara vez	36 (3,7)	2(3,4)	
Nunca	7(0,7)	0(0)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
La vivienda			
En propiedad con hipoteca	294 (29,8)	20(33,9)	0,594
En propiedad sin pagos pendientes	485 (49,2)	25(42,4)	
Alquilada	127 (12,9)	9(15,3)	
Residencia/otro	41 (4,2)	4(6,8)	
Sin información	38 (3,9)	1(1,7)	
Satisfacción con la convivencia en el hogar			
Muy satisfecho	379(38,5)	19(32,2)	0,678
Bastante satisfecho	230(23,4)	16(27,1)	
Ni satisfecho, ni insatisfecho	207(21)	12(20,3)	
Bastante insatisfecho	64(6,5)	6(10,2)	
Muy insatisfecho	63(6,4)	5(8,5)	
Sin información	42(4,3)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Tabla 14. Análisis descriptivos de las variables psicosociales de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP.

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Cuestionario de eventos estresantes, LTE (12 ítems)			
Enfermedad, lesión o agresión grave propia, LTE-1			
No	630 (64)	41(69,5)	0,568
Sí	319 (32,4)	17(28,8)	
Sin información	36 (3,7)	1(1,7)	
Ruptura relación estable, LTE-2			
No	865 (87,8)	53(89,8)	1,000
Sí	86(8,7)	5(8,5)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Crisis económica grave, LTE-3			
No	769(78,1)	47(79,7)	1,000
Sí	182(18,5)	11(18,6)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Enfermedad, lesión o agresión grave-familia, LTE-4			
No	691 (66,2)	36(61)	0,273
Sí	317(30,4)	22(37,3)	
Sin información	36(3,4)	1(1,7)	
Despedido de su trabajo, LTE-5			
No	899(91,3)	57(96,6)	0,359
Sí	52(5,3)	1(1,7)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Muerte amigo cercano u otro familiar, LTE-6			
No	685(69,5)	46(78)	0,289
Sí	266(27)	12(20,3)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Problema grave amigo cercano, vecino o Familiar, LTE-7			
No	725(73,6)	45(76,3)	1,000
Sí	224(22,7)	13(22)	
Sin información	36(3,7)	1(1,7)	
Problema con policía o tribunales, LTE-8			
No	884(89,7)	55(93,2)	0,792
Sí	67(6,8)	3(5,1)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Separación matrimonial, LTE-9			
No	912(92,6)	57(96,6)	0,724
Si	39(4)	1(1,7)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Robo o pérdida de un objeto de valor, LTE-10			
No	874(88,7)	52(88,1)	0,467
Sí	77(8)	6(10,2)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Muerte de uno de sus padres, hijos o pareja, LTE-11			
No	904(91,8)	55 (93,2)	0,757
Sí	46(4,7)	3(5,1)	
Sin información	35(3,6)	1(1,7)	
Sin empleo, búsqueda empleo más de un mes sin éxito, LTE-12			
No	827(84)	50(84,7)	0,841
Sí	124(12,6)	8(13,6)	
Sin información	34(3,5)	1(1,7)	
Nº de eventos vitales estresantes			
Ninguno	198(20,1)	9(15,3)	0,589
Uno	260(26,4)	21(35,6)	
Dos	213(21,6)	14(23,7)	
Tres	146(14,8)	7(11,9)	
Más de tres	128(13)	7(11,9)	
Sin información	40(4,1)	1(1,7)	
Cuestionario de satisfacción con el trabajo no remunerado (7 ítems)			
Satisfacción con el trabajo no remunerado			
Satisfecho	480(48,7)	33(55,9)	0,328
Insatisfecho	295(29,9)	15(25,4)	
Muy insatisfecho	138(14)	5(8,5)	
Sin información	72(7,3)	6(10,2)	
Cuestionario de satisfacción con el trabajo remunerado (7 ítems)			
Satisfacción con el trabajo remunerado			
No realiza trabajo remunerado	386(39,2)	14(23,7)	0,148
Satisfecho	132(13,4)	11(18,6)	
Insatisfecho	161(16,5)	11(18,6)	
Muy insatisfecho	119(12,1)	9(15,3)	
Sin información	187(19)	14(23,7)	
Lugar de residencia (3 ítems)			
Satisfacción zona en la que vive			
Muy satisfecho	512(52)	35(59,3)	0,836
Bastante satisfecho	225(22,8)	10(16,9)	
Ni satisfecho/ni insatisfecho	136(12,9)	9(15,3)	
Bastante insatisfecho	36(3,7)	2(3,4)	
Muy insatisfecho	47(4,8)	2(3,4)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Se siente seguro en su hogar			
Muy seguro	583(59,2)	37(62,7)	0,935
Bastante seguro	247(25,1)	14(23,7)	
No muy seguro/nada seguro	119(12,1)	7(11,9)	
Sin información	36(3,7)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Seguridad cuando entra o sale de casa			
Muy seguro	409(41,5)	34(57,6)	0,133
Bastante seguro	279(28,3)	11(18,6)	
No muy seguro	217(22)	11(18,6)	
Nada seguro	44(4,5)	2(3,4)	
Sin información	36(3,7)	1(1,7)	
Escala de apoyo social y familiar (7 ítems)			
Considerable ausencia de apoyo	185(18,8)	11(18,6)	0,992
Ausencia de apoyo	236(24)	14(23,7)	
Buen apoyo	521(52,9)	32(54,2)	
Sin información	43(4,4)	2(3,4)	
Percepción de discriminación (7 ítems)			
Discriminación por color de piel o raza			
No	925(93,9)	57(96,6)	1,000
Sí	21(2,1)	1(1,7)	
Sin información	39(4)	1(1,7)	
Discriminación por minusvalía			
No	922(93,6)	56(94,9)	0,666
Sí	25(2,5)	2(3,4)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Discriminación por aspecto			
No	867(88)	53(89,8)	1,000
Sí	80(8,1)	5(8,5)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Discriminación por edad			
No	880(89,3)	56(94,9)	0,423
Sí	67(6,8)	2(3,4)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Discriminación por sexo			
No	887(90,1)	57(96,6)	0,249
Sí	59(6)	1(1,7)	
Sin información	39(4)	1(1,7)	
Discriminación por otros			
No	889(90,3)	54(91,5)	0,787
Sí	62(6,3)	4(6,8)	
Sin información	34(3,4)	1(1,7)	
Discriminación por orientación sexual			
No	937(95,1)	56(94,9)	0,149
Sí	10(1)	2(3,4)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Nº de discriminaciones por paciente			
Sin discriminación	756 (76,8)	48(81,4)	0,028*
Un motivo	159(16,1)	5(8,5)	
Dos motivos	38(3,9)	6(10,2)	
Más de dos motivos	27(2,7)	0(0)	
Sin información	5(0,5)	0(0)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Abusos en la infancia (3 ítems)			
Abusos sexuales en la infancia			
Nunca	888 (90,2)	51(86,4)	0,505
En contadas ocasiones	33(3,4)	4(6,8)	
A veces	16(1,8)	2(3,4)	
A menudo/con frecuencia	11 (1,1)	1(1,7)	
Sin información	37 (3,8)	1(1,7)	
Abusos psicológicos en la infancia			
Nunca	700(71,1)	41(69,5)	0,021*
En contadas ocasiones	47(4,8)	3(5,1)	
A veces	63(6,4)	2(3,4)	
A menudo	41(4,2)	8(13,6)	
Con frecuencia	97(9,8)	4(6,8)	
Sin información	37(3,8)	1(1,7)	
Abusos físicos en la infancia			
Nunca	791 (80,3)	44(74,6)	0,101
En contadas ocasiones	29 (2,9)	1(1,7)	
A veces	47 (4,8)	4(6,8)	
A menudo	25 (2,5)	5(8,5)	
Con frecuencia	57 (5,8)	4(6,8)	
Sin información	36 (3,7)	1(1,7)	
Relaciones personales (5 ítems)			
Satisfacción relación sentimental pareja			
Insatisfecho	159(16,1)	7(11,9)	0,585
Satisfecho	530(53,8)	36(61)	
No tengo pareja	30(3)	2(3,4)	
Sin información	266(27)	14(23,7)	
Satisfacción relaciones sexuales pareja			
Insatisfecho	234(23,8)	16(27,1)	0,820
Satisfecho	449(45,6)	25(42,4)	
No tengo pareja	31(3,1)	2(3,4)	
Sin información	271(27,5)	16(27,1)	
Satisfacción vida sexual general			
Insatisfecho	346(35,1)	27(45,8)	0,115
Satisfecho	546(55,4)	27(45,8)	
Sin información	93(9,4)	5(8,5)	
Dificultades para relacionarse con la gente			
La mayor parte del tiempo	65(6,6)	1(1,7)	0,227
Ocasionalmente	136(13,8)	11(18,6)	
Nunca/ningún problema	733(74,4)	46(78)	
Sin información	51(5,2)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Dificultad para establecer y mantener relaciones cercanas			
La mayor parte del tiempo	71(7,2)	3(5,1)	0,703
Ocasionalmente	121(12,3)	9(15,3)	
Nunca/ningún problema	741(75,2)	46(78)	
Sin información	52(5,3)	1(1,7)	
Historial familiar de problemas psicológicos (14 ítems)			
Problemas psicológicos de la madre			
No	684(69,4)	49(83,1)	0,047*
Si	260(26,4)	9(15,3)	
Sin información	41(4,2)	1(1,7)	
Problemas psicológicos del padre			
No	852(86,5)	54(91,5)	0,421
Si	126(12,8)	5(8,5)	
Sin información	7(0,7)	0	
Número de hermanas, media (d.t.)	1,76(1,59)	1,45(1,25)	0,245
Número de hermanos, media (d.t.)	1,82(1,57)	1,78(1,88)	0,714
Número de hermanas con problemas psicológicos media (d.t.)	0,29 (0,601)	0,26(0,79)	0,229
Número de hermanos con problemas psicológicos media (d.t.)	0,18(0,496)	0,17(0,53)	0,646
Problemas psicológicos en hermanas			
No	697(70,8)	48(81,4)	0,254
Si	211(21,4)	9(15,3)	
Sin información	77(7,8)	2(3,4)	
Problemas psicológicos en hermanos			
No	781(79,3)	51(86,4)	0,703
Si	137(13,9)	7(11,9)	
Sin información	67(6,8)	1(1,7)	
Suicidio en la madre			
No	941(95,5)	58(98,3)	1,000
Si	4(0,4)	0(0)	
Sin información	40(4,1)	1(1,7)	
Suicidio en el padre			
No	935(94,9)	58(98,3)	1,000
Si	10(1)	0(0)	
Sin información	40(4,1)	1(1,7)	
Suicidio en hermanos			
No	909(92,3)	56(94,9)	0,177
Si	11(1,1)	2(3,4)	
Sin información	65(6,6)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Suicidio en hermanas			
No	912(92,6)	57(96,6)	1,000
Sí	1(0,1)	0(0)	
Sin información	72(7,3)	2(3,4)	
Numero de hermanos que se han suicidado, media (d.t.)			
	0,2(0,150)	0,05(0,22)	0,027*
Número de hermanas que se han suicidado, media (d.t.)			
	0,0(0,03)	0(0)	0,810
Problemas con personas cercanas (4 ítems)			
Algún problema psicológico en personas cercanas			
No	704(71,5)	42(71,2)	0,759
Si	245(24,9)	16(27,1)	
Sin información	36(3,7)	1(1,7)	
Alguna enfermedad física grave en personas cercanas			
No	718(72,9)	43(72,9)	0,754
Si	230(23,4)	15(25,4)	
Sin información	37(3,8)	1(1,7)	
Problemas con droga o alcohol en personas cercanas			
No	748(75,9)	45(76,3)	0,869
Si	201(20,4)	13(22)	
Sin información	36(3,7)	1(1,7)	
Alguna minusvalía grave en personas cercanas			
No	740(75,1)	30(50,8)	1,000
Sí	163(16,5)	6(10,2)	
Sin información	82(8,3)	23(39)	
Creencias religiosas-espirituales (2 ítems)			
Concepción religiosa o espiritual			
Religiosa	559(56,4)	30(50,8)	0,385
Espiritual	196(19,9)	12(20,3)	
Ni religiosa ni espiritual	192(19,5)	16(27,1)	
Sin información	38(3,9)	1(1,7)	
Intensidad concepción religiosa-espiritual			
Baja	263(26,7)	21(35,6)	0,062
Alta	506(51,4)	21(35,6)	
No creencias religiosas-espirituales	216(21,9)	17(28,8)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Tabla 15. Análisis descriptivos de las variables relacionadas con la salud física y mental de los pacientes con y sin datos de detección en la HCAP.

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
CIDI (sección depresión)			
Número de síntomas depresivos			
5 síntomas	101(10,3)	7(11,9)	0,457
6 síntomas	212(21,5)	14(23,7)	
7 síntomas	298(30,3)	15(25,4)	
8 síntomas	286(29)	14(23,7)	
9 síntomas	88(8,9)	9(15,3)	
Número de síntomas depresivos, media (d.t.)	7,05(1,135)	7,07(1,258)	0,945
Depresión a lo largo de la vida			
No	219(22,2)	16(27,1)	0,460
Si	757(76,9)	43(72,9)	
Sin información	9(0,9)	0(0)	
Cuestionario PRIME-MD (sección de ansiedad, 25 ítems)			
Trastorno de ansiedad generalizada			
No	753(76,4)	48(81,4)	0,498
Si	197(20)	9(15,3)	
Sin información	35(3,6)	2(3,4)	
Trastorno de ansiedad no específico			
No	867(83)	49(83,1)	0,207
Si	139(13,3)	8(13,6)	
Sin información	38(3,6)	2(3,4)	
Ataques de pánico			
No	769(78,1)	46(78)	1,000
Si	179(18,2)	11(18,6)	
Sin información	37(3,8)	2(3,4)	
Problemas con el alcohol			
Cuestionario AUDIT (10 ítems)			
Sin problemas de Alcohol	888(90,2)	52(88,1)	0,100
Bebedor abusivo	40(4,1)	2(3,4)	
Dependencia alcohólica	22(2,2)	4(6,8)	
Sin información	35(3,6)	1(1,7)	
Problemas con el alcohol a lo largo de la vida			
No	900(91,4)	54(91,5)	0,535
Si	48(4,9)	4(1,8)	
Sin información	37(3,8)	1(1,7)	
Alguna vez en tratamiento por problemas de alcohol			
No	932(94,6)	57(91,5)	1,000
Si	16(1,6)	1(6,8)	
Sin información	37(3,8)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria.

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Cuestionario SF-12, calidad de vida física y mental (12 ítems)			
Calidad de vida relacionada con la salud física, media (d.t.)	39,83(12,09)	43,83(12,05)	0,017*
Calidad de vida percibida relacionada con la salud mental, media (d.t.)	35,65(12,47)	32,76(11,06)	0,108
Enfermedad, minusvalía o dolencia crónica referida por el paciente			
No	367 (37,3)	27(45,8)	0,560
Sí	584 (59,3)	31(52,5)	
Sin información	34 (3,2)	1(1,7)	
Consumo experimental de sustancias (CIDI)			
Consumo de cocaína			
No	972(88,5)	53(89,8)	0,615
Sí	70(7,1)	5(8,5)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	
Consumo de alguna otra sustancia			
No	950(86,3)	56(96,6)	0,222
Sí	78(7,9)	2(3,4)	
Sin información	57(5,8)	1(1,7)	
Consumo de cannabis			
No	739(75)	48(81,4)	0,511
Sí	203(20,6)	10(16,9)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	
Consumo de estimulantes			
No	899(91,3)	52(88,1)	0,058
Sí	43(4,4)	6(10,2)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	
Consumo de PCP (fenciclidina)			
No	935(94,9)	58(98,3)	1,000
Sí	7(0,7)	0(0)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	
Consumo de sedantes			
No	749(76)	42(71,2)	0,186
Sí	192(19,5)	16(27,1)	
Sin información	44(4,5)	1(1,7)	
Consumo de alucinógenos			
No	912(92,6)	55(93,2)	0,433
Sí	30(3)	3(5,1)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Variables	Pacientes con datos de detección N=985 (%)	Pacientes sin datos de detección N= 59 (%)	p
Consumo de heroína			
No	926(94)	58(98,3)	1,000
Sí	13(1,3)	0(0)	
Sin información	46(4,7)	1(1,7)	
Consumo inhalantes-disolventes			
No	935(94,9)	57(96,6)	0,381
Sí	7(0,7)	1(1,7)	
Sin información	43(4,4)	1(1,7)	
Interferencia del consumo de sustancia con actividades			
No	795(80,7)	47(79,7)	1,000
Sí	56(5,7)	3(5,1)	
Sin información	134(13,6)	9(15,3)	
Tabaco			
Cigarrillos que fuma a diario			
No fumo a diario	748(75,9)	40(67,8)	0,089
Hasta 10 cigarrillos	75(7,6)	10(16,9)	
Entre 11 y 20 cigarrillos	106(10,8)	4(6,8)	
Entre 21 y 30 cigarrillos	31(3,1)	3(5,1)	
Más de 30 (31 o más)	25(2,5)	2(3,4)	

* $p \leq 0,05$; HCAP: historia clínica de atención primaria

Tabla 16. Análisis descriptivos de las variables del médico.

Variables	N=206 (%)
Características socio-laborales del médico	
Edad (años), media (d.t.)	51,38 (5,83)
Sexo	
Mujer	96 (46,6)
Hombre	109(52,9)
Sin información	1(0,5)
Año de licenciatura	
Entre 1961 y 1982	122 (59,2)
Entre 1983 ay 1999	84(40,8)
Plaza en propiedad del médico	
No	55 (26,7)
Sí	151 (73,3)
Años en la plaza de trabajo	
De 0 a 2 años	36 (17,5)
De 2 a 4 años	30(14,6)
De 4 a 7 años	38 (18,4)
De 7 a 12 años	99 (48,1)
Sin información	3 (1,5)
Lugar donde pasa consulta	
En centro de salud base	190 (92,2)
En un consultorio	5 (2,4)
En centro de salud base y en un consultorio	11 (5,3)
Tamaño municipio en el que se ubica el centro de salud	
2.500-15.000 habitantes	21 (10,2)
15.000-75.000 habitantes	68 (33)
75.000-500.000 habitantes	63 (30,6)
500.000-1.000.000 habitantes	53 (25,7)
Sin información	1(0,5)
Tiempo por paciente	
De 1 a 6 minutos	54 (26,2)
De 7 a 10 minutos	142 (68,9)
Más de 10 minutos	9 (4,4)
Sin información	1 (0,5)
Tamaño del cupo, M(d.t.)	1662,5(229,5)
Formación del médico	
Médico de familia vía MIR	
No	74 (35,9)
Si	132 (64,1)
Médico tutor acreditado de médicos residentes de familia	
No	84 (40,8)
Sí	122 (59,2)
Tutorización de un R1 de familia	
No	115 (55,8)
Si	91 (44,2)

Variables	N=206 (%)
Tutorización de un R3 de familia	
No	103 (50)
Si	102 (49,5)
Sin información	1 (0,9)
Pertenencia del médico al grupo de comunicación y salud	
No	193 (93,7)
Si	13 (6,3)
Relaciones con el equipo de trabajo orientadas a los problemas de salud mental	
Comunicación del médico con la enfermera	
Muy mala/mala/regular	25 (12,1)
Buena	70 (34)
Muy buena	111 (53,9)
Papel activo de la enfermera en pacientes con problemas de salud mental	
Totalmente en desacuerdo	23 (11,2)
En desacuerdo	56 (27,2)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	63 (30,6)
De acuerdo	49 (23,8)
Totalmente de acuerdo	15 (7,3)
Comunicación del médico con el trabajador social	
Muy mala/mala	13 (6,3)
Regular	37 (18)
Buena	105 (51)
Muy buena	45 (21,8)
No tenemos trabajador social	6 (2,8)
Papel activo del trabajador social en pacientes con problemas de salud mental	
Totalmente en desacuerdo	18 (8,7)
En desacuerdo	42 (20,4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	53 (25,7)
De acuerdo	61 (29,6)
Totalmente de acuerdo	26 (12,6)
No tienen Trabajador social	5 (2,4)
Satisfacción del médico con el equipo de salud mental	
Insatisfecho	36 (17,5)
Ni satisfecho ni insatisfecho	62 (30,1)
Satisfecho	95 (46,1)
Muy satisfecho	13 (6,3)
Comunicación del médico con el equipo de salud mental	
Muy mala	4 (1,9)
Mala	19 (9,2)
Regular	52 (25,2)
Buena	99 (48,1)
Muy buena	32 (15,5)

Variables	N=206 (%)
Cuestionario de práctica profesional (12 ítems)	
Satisfacción del médico con su trabajo (4 ítems, rango 4-20), media (d.t.)	15,90 (2,319)
Percepción de carga laboral del médico (4 ítems, rango 4-20), media (d.t.)	15,20 (3,22)
Orientación biomédica del médico (4 ítems, rango 4-20), media (d.t.)	11,50 (3,22)
Comodidad en el uso de antidepresivos	
Muy incómodo/incómodo/ ni cómodo ni incómodo	39 (18,9)
Cómodo	141 (68,4)
Muy cómodo	26 (12,6)

Tabla 17. Análisis descriptivos de las variables del centro de salud.

Variables	N=41 (%)
Tamaño del municipio	
5.000-15.000	6 (14,6)
15.001-30.000	5 (12,2)
30.001-75.000	6 (14,6)
100.000-200.000	4 (9,8)
200.001-500.000	10 (24,4)
500.001->1.000.000	8 (19,5)
Sin información	2 (4,9)
Tipo de actividad predominante de la población donde se encuentra el centro de salud	
Agricultura y/o pesca	3 (7,3)
Industria	2 (4,9)
Servicios	14 (34,1)
Mixto	18 (43,9)
sin información	4 (9,8)
Población de la Zona básica de salud, media (d.t.)	24438,66 (10837,33)
Número de médicos de familia, media (d.t.)	14,10 (6,14)
Número de pediatras, media (d.t.)	3,8 (1,85)
Número de enfermeros, media (d.t.)	14,13 (6,64)
Número de personal de admisión y administración, media (d.t.)	7,64 (3,49)
Presencia de trabajador social en centro de salud	
No tienen trabajador social	2(4,9)
Compartido con otro centro de salud	24(58,5)
Si, a jornada completa	14(34,1)
Sin información	1(2,4)
Frecuencias visitas del equipo de salud mental al centro de salud	
No van	17(41,5)
De 1 vez al año, a 1 vez cada cuatro meses	3 (7,3)
De 1 vez cada 3 meses a 1 vez cada 2 meses	8 (19,5)
De 1 a 2 veces al mes	6 (14,6)
De 3 a 4 veces al mes o más	5 (12,2)
Sin información	2 (4,9)
Papel activo del médico con los problemas de salud mental	
Totalmente en desacuerdo/en desacuerdo	3 (7,3)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10 (24,4)
De acuerdo	18 (43,9)
Totalmente de acuerdo	9 (2,2)
Sin información	1 (2,4)

Variables	N=41 (%)
Comunicación del equipo de salud mental con el médico de familia	
Mala	5 (12,2)
Regular	14 (34,1)
Buena	19 (46,3)
Muy buena	2 (4,9)
Sin información	1(2,4)
Comunicación del médico de familia con enfermería	
Regular	2(4,9)
Buena	29 (70,7)
Muy buena	9(22)
Sin información	1(2,4)
Actividad formativa del equipo de salud mental al centro de salud	
Una vez al año	3 (7,3)
Cada 4 ó 6 meses	9(22)
Cada 3 meses	4(9,8)
Cada 2 meses	4(9,8)
Una vez al mes	2(4,9)
Entre 3 a 4 veces al mes o mas	1 (2,4)
No van al centro de salud	17 (41,5)
Sin información	1 (2,4)
Papel activo de enfermería con los pacientes de salud mental	
Totalmente en desacuerdo	4 (9,8)
En desacuerdo	17(41,5)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12(29,3)
De acuerdo/totalmente de acuerdo	7(17,1)
Sin información	1(2,4)
Comunicación del médico de familia con el trabajador social	
Mala/regular	15 (36,6)
Buena	14 (34,1)
Muy buena	10 (24,4)
No tenemos t. social	1 (2,4)
Sin información	1 (2,4)
Papel activo del trabajador social respecto a los pacientes con problemas de salud mental	
En desacuerdo	10(24,4)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15(36,6)
De acuerdo	8(19,5)
Totalmente de acuerdo	5 (12,2)
No tenemos trabajador social	1 (2,4)
Sin información	2 (4,9)

Tabla 18. Análisis descriptivos de las variables de la interacción médico-organización-paciente.

Variables	N=1084 (%)
Número de visitas del paciente desde 6 meses antes del T0 a 6 meses después del T12	
al médico de familia durante todo el seguimiento, media (d.t.)	17,24 (14,74)
6 meses antes del T0, media (d.t.)	4,66 (4,85)
entre el T0 y T6, media (d.t.)	5,83 (5,58)
entre el T6 y T12, media (d.t.)	3,98 (4,89)
entre el T12 y 6 meses después, media (d.t.)	2,68(3,63)
a la enfermera durante todo el seguimiento, media (d.t.)	5,1 (9,86)
al trabajador social durante todo el seguimiento, media (d.t.)	0,08 (0,41)
Problemas de salud incluidos en la lista de problemas de la HCAP desde 6 meses antes del T0 a 6 meses después del T12	
Problemas de depresión	
No	848 (78,2)
Sí (#)	177 (16,3)
Sin información	59(5,4)
Problemas de ansiedad	
No	916 (78,2)
Sí	114 (21,8)
Sin información	54(5)
Problemas de alcohol	
No	1016 (92,7)
Sí	20 (1,8)
Sin información	48 (5,4)
Otros problemas de salud mental*	
No	859 (79,2)
Sí	166 (15,3)
Sin información	59 (5,4)
Problemas sociofamiliares	
No	911 (83,9)
Sí	114 (10,5)
Sin información	59 (5,4)
Número de problemas físicos, media (d.t.)	2,43 (2,64)
Problemas físicos	
No	350 (32,2)
Sí	675 (62,3)
Sin información	59 (5,4)
Variables relacionadas con la prescripción de antidepresivos	
Número de antidepresivos diferentes prescritos durante el seguimiento, media (d.t.)	1,11(1,76)
Antidepresivos prescritos durante el seguimiento	
No	562(51,8)
Sí	522(48,2)

*Cualquier problema de salud mental excluyendo depresión, trastornos de ansiedad y problemas con el alcohol (ejemplo: hipocondría, anorexia, bulimia, trastornos de la personalidad, entre otros).

Estos registros de depresión solo se incluyeron como información pertinente de detección de la depresión si estuvieron fechados dentro de la fecha de inicio y fin de episodio o seguimiento.

Variables	N=1084 (%)
Antidepresivos prescritos antes del inicio de síntomas	
No	913 (84,2)
Sí	171 (15,8)
Utilización de dosis mínima eficaz antes del inicio de síntomas	
No toma	913 (84,2)
Toma con dosis adecuada	151 (13,9)
Toma con dosis inadecuada	19 (1,8)
Sin información	1 (0,1)
Antidepresivos prescritos desde el inicio de los síntomas en adelante	
No	889(82)
Sí	195(18)
Utilización de dosis mínima eficaz desde el inicio de síntomas en adelante	
No toma	889(82)
Toma con dosis adecuada	160(14,8)
Toma con dosis inadecuada	21(1,9)
Sin información	14(1,3)
Variables relacionadas con la prescripción de benzodiacepinas	
Prescritas en todo el periodo de seguimiento	
No	380(35,1)
Sí	704(64,9)
Prescritas antes del inicio de síntomas depresivos	
No	881(81,3)
Sí	203(18,7)
Prescritos desde el inicio de los síntomas en adelante	
No	891(82,2)
Sí	193 (17,8)
Variables relacionadas con la prescripción de otros psicofármacos*	
Prescritos en todo el periodo de seguimiento	
No	940 (86,7)
Si	144 (13,3)
Prescritos antes del inicio de síntomas	
No	1060 (97,8)
Sí	24 (2,2)
Prescritos desde el inicio de los síntomas en adelante	
No	1052(97)
Sí	32(3)
Variables relacionadas con las derivaciones a salud mental	
Derivaciones a salud mental en todo el periodo de seguimiento	
No	825 (76,1)
Sí	259 (23,9)
Derivaciones a salud mental antes del inicio de síntomas	
No	1019 (94)
Si	65 (6)

*otros psicofármacos excluyendo antidepresivos y benzodiacepinas (ejemplo: antiepilépticos, litio, entre otros).

Variables	N=1084 (%)
Derivaciones a salud mental desde el inicio de síntomas en adelante	
No	1014 (93,5)
Sí	70 (6,5)
Variables relacionadas con la asistencia del trabajador social	
Derivaciones a trabajo social en todo el periodo de seguimiento	
No	1067 (98,4)
Sí	17 (1,6)
Derivaciones a trabajo social antes del inicio de síntomas depresivos	
No	1082 (99,8)
Si	2 (0,2)
Derivaciones a trabajo social desde el inicio de síntomas en adelante	
No	1080 (99,6)
Si	4 (0,4)

Tabla 19. Análisis descriptivos de las variables de la interacción médico-organización-paciente de los episodios detectados.

Variables	N=113 (%)
Número de visitas del paciente	
Al médico desde el inicio de síntomas hasta la detección, mediana (rango intercuartílico), media (d.t.)	3 (2-8) 2,55 (2,5)
Variables relacionadas con la prescripción de antidepresivos	
Prescritos entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No	56(49,6)
Sí	57(50,4)
Prescritos después de la detección de la depresión	
No	49(43,4)
Sí	64(56,6)
Utilización de dosis mínima eficaz entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No toma	56(49,6)
Toma con dosis adecuada	52(46)
Toma con dosis inadecuada	3(2,7)
Sin información	2(1,8)
Utilización de dosis mínima eficaz después de la detección de la depresión	
No toma	49(43,4)
Toma con dosis adecuada	58(51,3)
Toma con dosis inadecuada	2(1,8)
Sin información	4(3,5)
Antidepresivos prescritos desde el inicio de síntomas hasta la detección que siguen con prescripciones después de la detección	42(37,1%)
Antidepresivos prescritos desde el inicio de síntomas hasta la detección que no siguen con prescripciones después de la detección	15(13,2%)
Episodios que no tuvieron prescripción de antidepresivos desde el inicio de síntomas hasta la detección, que sí tuvieron después de la detección	22 (19,4%)
Variables relacionadas con la prescripción de benzodiacepinas	
Prescritas entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No	78(69)
Sí	35(31)
Prescritas después de la detección de la depresión	
No	91(80,5)
Sí	22(19,5)
Benzodiacepinas prescritas desde el inicio de síntomas hasta la detección que siguen con prescripciones después de la detección	7(6,2%)
Benzodiacepinas prescritos desde el inicio de síntomas hasta la detección que no siguen con prescripciones después de la detección	28(24,7%)

Variables	N=113 (%)
Episodios que no tuvieron prescripción de benzodiacepinas desde el inicio de síntomas hasta la detección, que sí tuvieron después de la detección	15(13,2%)
Variables relacionadas con la prescripción de otros psicofármacos	
Prescritos entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No	108(95,6)
Sí	5(4,4)
Prescritos después de la detección de la depresión	
No	108(95,6)
Sí	5(4,4)
Otros psicofármacos prescritos desde el inicio de síntomas hasta la detección que siguen con prescripciones después de la detección	2(1,7%)
Otros psicofármacos prescritos desde el inicio de síntomas hasta la detección que no siguen con prescripciones después de la detección	3(2,6%)
Episodios que no tuvieron prescripción de antidepresivos desde el inicio de síntomas hasta la detección, que sí tuvieron después de la detección	3(2,6%)
Variables relacionadas con las derivaciones a salud mental	
Derivaciones a salud mental entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No	90(79,6)
Sí	23(20,4)
Derivaciones a salud mental después de la detección de la depresión	
No	85(75,2)
Sí	28(24,8)
Variables relacionadas con la asistencia al trabajador social	
Derivaciones a trabajo social entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	
No	113(100)
Sí	0(0)
Derivaciones a trabajo social después de la detección de la depresión	
No	110(97,3)
Sí	3(2,7)

Tabla 20. Modelo regresión logística multinivel* de los episodios excluidos durante el seguimiento.

VARIABLES	NIVELES DE LAS VARIABLES	OR	IC95%	P
Provincia	Málaga			
	Granada	1,183	0,126-11,064	0,883
	Zaragoza	0,113	0,017-0,745	0,023
	Madrid	0,117	0,180-0,770	0,026
	La Rioja	0,061	0,091-0,411	0,004
	Mallorca	0,475	.	0,985
	Las Palmas	1,379	0,106-17,859	0,805
Edad		0,971	0,940-1,003	0,076
Sexo	Mujer			
	Hombre	0,505	0,383-2,693	0,975
"Vive con otros"	No			
	Sí	0,276	0,131-1,114	0,086
Prescripción de antidepresivos antes del inicio de síntomas	No			
	Sí	8,595	1,022-72,229	0,048
Vive con amigos o compañeros de piso	No			
	Sí	0,276	0,046-1,637	0,157
Consumo de alcohol	Sin problemas con alcohol			
	Bebedor abusivo	0,354	0,048-2,580	0,306
	Dependencia alcohólica	0,138	0,027-0,691	0,016
Se siente seguro al entrar y salir de casa	Muy seguro			
	Bastante seguro	3,119	1,108-8,782	0,031
	No muy seguro	1,416	0,516-3,886	0,499
	Nada seguro	4,587	0,319-65,758	0,262
Nº de eventos vitales estresantes	Ninguno			
	Un evento	0,367	0,116-1,155	0,087
	Dos eventos	0,616	0,183-2,076	0,435
	Tres eventos	1,434	0,298-6,893	0,652
	Más de tres eventos	0,523	0,121-2,253	0,385
Calidad de vida Percibida con salud mental		4,621	1,559-13,699	0,006

VARIABLES	NIVELES DE LAS VARIABLES	OR	IC95%	P
Calidad de vida				
Percibida de salud física		0,942	0,910-0,976	0,001
Vive sólo	No			
	Sí	7,368	0,622-87,262	0,113
Satisfacción con la convivencia en el hogar	Muy satisfecho			
	Bastante satisfecho	0,486	0,182-1,296	0,150
	Ni satisfecho/ni insatisfecho	0,874	0,297-2,566	0,807
	Bastante insatisfecho	0,214	0,058-0,789	0,020
	Muy insatisfecho	0,495	0,104-2,338	0,375
Dificultades generales para relacionarse con la gente	La mayor parte del tiempo/ frecuentemente			
	Ocasionalmente	0,545	0,039-0,749	0,030
	Nunca/ ningún problema	0,117	0,010-1,265	0,077
Haber consumido alguna vez cannabis	No			
	Sí	3,042	1,031-8,974	0,044
Discriminación por orientación sexual	No			
	Sí	0,048	0,024-0,933	0,045
Abuso sexual en la infancia	Nunca			
	En contadas ocasiones	0,288	0,055-1,499	0,139
	A veces	0,135	0,013-1,352	0,089
	A menudo / con frecuencia	0,527	0,024-11,522	0,684

OR: odd ratio /IC95%: intervalos de confianza del 95%. * El médico y el centro de salud se incluyeron como efectos aleatorios.

Tabla 22. Análisis bivariantes de las variables del paciente

VARIABLES DEL PACIENTE	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Sexo	Mujer			
	Hombre	0,790	0,489-1,274	0,335
Edad		1,007	0,994-1,020	0,275
Estado civil	Casado/a			
	Soltero	1,122	0,625-2,016	0,698
	Separado/divorciado	1,160	0,553-2,437	0,693
	Viudos	0,741	0,553-2,437	0,234
Situación laboral	Contratado, autónomo o estudiando			
	En paro y buscando empleo	0,973	0,488-1,939	0,939
	Jubilado	0,489	0,193-1,237	0,131*
	Incapacitado para trabajar	1,306	0,756-2,256	0,338
	Cuidando la familia o el hogar	0,867	0,529-1,420	0,572
La vivienda	En propiedad con hipoteca			
	En propiedad sin pagos pendientes	0,973	0,640-1,479	0,900
	Alquilada	0,589	0,291-1,192	0,142
	Residencia/otro	0,402	0,096-1,684	0,213
Vive sólo	No			
	Sí	1,280	0,707-2,317	0,414
Vive con pareja o cónyuge	No			
	Si	1,086	0,716-1,647	0,696
Vive con un hijo o más <18 años	No			
	Si	0,690	0,432-1,103	0,121
Vive con un hijo o más <18 años de su pareja	No			
	Si	1,018	0,135-7,636	0,986
Vive con un hijo o más >18 años	No			
	Si	1,334	0,876-2,030	0,179 *
Vive con un hijo o más >18 años de su pareja	No			
	Si	2,085	0,503-8,639	0,311
Vive con sus padres	No			
	Si	0,967	0,574-1,628	0,900
Vive con los padres de su pareja	No			
	Si	0,547	0,075-3,961	0,551
Vive con sus hermanos	No			
	Sí	0,793	0,364-1,729	0,561
Vive con sus abuelos	No			
	Sí		No converge	
Vive con otros familiares (tíos, primos)	No			
	Sí	1,104	0,400-3,054	0,847

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/ * p≤0,20

Variables del paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Vive con otros adultos (amigos, compañeros de piso)	No	0,597	0,145-2,452	0,475
	Sí			
Vive con otros (mascotas, animales)	No	0,254	0,062-1,042	0,057*
	Sí			
Satisfacción con la convivencia en el hogar	Muy satisfecho	1,154	0,724-1.839	0,546
	Bastante satisfecho			
	Ni satisfecho/ni insatisfecho			
	Bastante insatisfecho			
	Muy insatisfecho			
Raza	Blanca		No converge	
	Otras etnias			
Nivel de estudios	Licenciado-doctorado y diplomado	1,055	0,521-2,133	0,881
	Secundaria			
	Primaria			
	Leer escribir o analfabeto			
Dificultades económicas	Se vive muy bien	1,028	0,539-1,961	0,931
	Se vive bien			
	Se tiene dificultades económicas			
	Se tienen muchas dificultades económicas			
Dinero suficiente para ropa y comida	Siempre	0,732	0,415-1,291	0,283
	A menudo			
	A veces			
	Rara vez			
	Nunca			
Pago facturas y otros gastos	Con mucha dificultad	1,720	0,495-7,237	0,459
	Con bastante dificultad			
	Con alguna dificultad			
	Con ligera dificultad			
	Con muy poca dificultad			
	Sin dificultad			
Provincia	Málaga		No converge	
	Granada			
	Zaragoza			
	Madrid			
	La Rioja			
	Mallorca			
	Las Palmas			

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/ * p<0,20

Tabla 23. Análisis bivariantes de las variables psicosociales del paciente

Variables del paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Cuestionario de eventos estresantes, LTE (12 ítems)				
Enfermedad-lesión-agresión propia y grave	No			
	Sí	1,170	0,784-1,746	0,440
Enfermedad-lesión-agresión grave en familiar cercano	No			
	Sí	0,872	0,566-1,343	0,537
Muerte de uno de sus padres, hijos o pareja-cónyuge	No			
	Sí	0,974	0,394-2,404	0,955
Muerte amigo cercano o algún otro familiar (abuelo, tío,...)	No			
	Sí	1,250	0,831-1,879	0,283
Separación por problemas en el matrimonio	No			
	Sí	1,161	0,469-2,871	0,746
Ha roto una relación estable	No			
	Sí	0,358	0,131-0,976	0,045*
Problema grave con amigo cercano, vecino o familiar	No			
	Sí	0,492	0,284-0,851	0,011*
Sin empleo o búsqueda de empleo más de un mes sin éxito	No			
	Sí	1,000	0,575-1,738	0,999
Despedido de su trabajo	No			
	Sí	1,300	0,626-20,699	0,480
Crisis económica grave	No			
	Sí	1,028	0,635-1,666	0,908
Problema con policía o tribunales	No			
	Sí	0,618	0,251-1,522	0,296
Le han robado o ha perdido algún objeto de valor	No			
	Sí	0,635	0,277-1,454	0,283
Número de eventos vitales estresantes	Ninguno			
	Uno	1,117	0,642-1,943	0,693
	Dos	1,425	0,820-2,477	0,209
	Tres	0,742	0,363-1,516	0,414
	Más de tres	0,703	0,329-1,500	0,363
Satisfacción con el trabajo no remunerado	Satisfecho			
	Insatisfecho	0,859	0,553-1,336	0,502
	Muy insatisfecho	0,925	0,529-1,616	0,785

HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p≤0,20

Variables del paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Satisfacción con el trabajo remunerado	No realiza trabajo remunerado			
	Satisfecho	1,223	0,702-2,129	0,476
	Insatisfecho	0,620	0,324-1,187	0,149*
	Muy insatisfecho	1,515	0,888-2,583	0,127*

Cuestionario (7 ítems) de satisfacción con el trabajo no remunerado

Satisfacción con el trabajo no remunerado	Satisfecho			
	Insatisfecho	0,859	0,553-1,336	0,502
	Muy insatisfecho	0,925	0,529-1,616	0,785

Cuestionario (7 ítems) de satisfacción con el trabajo remunerado

Satisfacción con el trabajo remunerado	No realiza trabajo remunerado			
	Satisfecho	1,223	0,702-2,129	0,476
	Insatisfecho	0,620	0,324-1,187	0,149*
	Muy insatisfecho	1,515	0,888-2,583	0,127*

Lugar de residencia (3 ítems)

Satisfacción zona en la que vive	Muy satisfecho			
	Bastante satisfecho	1,000	0,623-1,606	0,998
	Ni satisfecho/ni insatisfecho	0,731	0,382-1,399	0,345
	Bastante insatisfecho	0,937	0,338-2,594	0,901
	Muy insatisfecho	1,909	0,967-3,767	0,062*
Se siente seguro en su hogar	Muy seguro			
	Bastante seguro	1,277	0,832-1,958	0,262
	No muy seguro/nada seguro	0,827	0,435-1,573	0,564
Se siente seguro cuando entra o sale de casa	Muy seguro			
	Bastante seguro	1,011	0,643-1,589	0,960
	No muy seguro	0,819	0,659-1,378	0,453
	Nada seguro	1,473	0,487-3,292	0,344

Escala de apoyo social y familiar (7 ítems)

Apoyo familia/amigos	Considerable ausencia de apoyo			
	Ausencia de apoyo	0,939	0,520-1,697	0,837
	Buen apoyo	1,074	0,646-1,788	0,781

Percepción de discriminación (7 ítems)

Discriminación por raza	No			
	Sí	0,393	0,054-2,838	0,355
Discriminación por sexo	No			
	Sí	0,576	0,211-1,575	0,283

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p<0,20

Variables del paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Discriminación por edad	No			
	Sí	0,683	0,297-1,569	0,370
Discriminación por aspecto	No			
	Sí	1,007	0,506-2,005	0,982
Discriminación por minusvalía	No			
	Sí	1,446	0,530-3,945	0,471

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p≤0,20

Variables del Paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Discriminación por Orientación sexual	No			
	Sí		No converge	
Discriminación por otros	No			
	Sí	0,668	0,270-1,654	0,384
Número de discriminaciones	Sin discriminación			
	Un motivo	0,785	0,453-1,362	0,390
	Dos motivos	0,634	0,200-2,013	0,440
	Más de dos motivos	0,601	0,147-2,457	0,479
Abusos (3 ítems)				
Abuso físico en la infancia	Nunca			
	En contadas ocasiones	0,947	0,298-3,010	0,927
	A veces	1,432	0,659-3,112	0,364
	A menudo	1,961	0,782-4,917	0,151*
	Con frecuencia	1,085	0,471-2,495	0,848
Abuso psicológico en la infancia	Nunca			
	En contadas ocasiones	1,636	0,781-3,426	0,192*
	A veces	1,004	0,461-2,188	0,991
	A menudo	0,881	0,320-2,424	0,806
	Con frecuencia	1,294	0,715-2,342	0,394
Abuso sexuales en la infancia	Nunca			
	En contadas ocasiones	1,033	0,378-2,822	0,948
	A veces	1,692	0,533-5,374	0,372
	A menudo/con frecuencia	0,970	0,134-7,027	0,977
Relaciones personales (5 ítems)				
Satisfacción con la relación sentimental su pareja	Insatisfecho			
	Satisfecho	0,917	0,539-1,562	0,752
	No tengo pareja	0,662	0,188-2,329	0,521
Satisfacción con las Relaciones sexuales	Insatisfecho			
	Satisfecho	0,676	0,427-1,071	0,096*
	No tengo pareja	0,539	0,159-1,826	0,321
Satisfacción con su vida sexual en general	Insatisfecho			
	Satisfecho	0,640	0,429-0,954	0,029*
Dificultades para relacionarse con la gente	La mayor parte del tiempo			
	Ocasionalmente	0,676	0,304-1,502	0,338
	Nunca/ningún problema	0,617	0,317-1,199	0,155*
Dificultad para establecer y mantener relaciones cercanas	La mayor parte del tiempo			
	Ocasionalmente	0,745	0,312-1,780	0,509
	Nunca/ningún problema	0,820	0,410-1,638	0,575

VARIABLES DEL PACIENTE	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Historial familiar de problemas psicológicos (14 ítems)				
Problemas psicológicos del padre	No			
	Sí	0,876	0,488-1,570	0,657
Problemas psicológicos de la madre	No			
	Sí	1,347	0,903-2,010	0,143*
Número de hermanos		0,953	0,840-1,081	0,457
Número de hermanas		1,003	0,890-1,130	0,955
Numero de hermanas con Problemas psicológicos		1,163	0,864-1,564	0,317
Número de hermanos con problemas psicológicos		1,010	0,687-1,486	0,958
Problemas psicológicos en hermanas	No			
	Sí	1,438	0,942-2,197	0,092*
Problemas psicológicos en hermanos	No			
	Sí	1,075	0,637-1,815	0,784
Suicidio del padre	No			
	Sí	1,802	0,439-7,383	0,413
Suicidio del madre	No			
	Sí		No converge	
Suicidio hermanos	No			
	Sí	2,913	0,902-9,407	0,074*
Suicidio de hermanas	No			
	Sí		No converge	
Número de hermanos que se han suicidado		1,295	0,521-3,216	0,577
Número de hermanas que se han suicidado			No converge	

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/* p≤0,20

VARIABLES DEL PACIENTE	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Problemas con personas cercanas (4 ítems)				
Problemas con droga o alcohol en personas cercanas	No			
	Si	0,893	0,552-1,445	0,646
Algún problema psicológico en personas cercanas	No			
	Si	0,655	0,406-1,058	0,084*
Persona cercana con enfermedad física grave	No			
	Si	0,879	0,556-1,390	0,583
Persona cercana con minusvalía grave	No			
	Si	1,246	0,775-2,003	0,364
Creencias espirituales (2 ítems)				
Concepción religiosa espiritual	Religiosa			
	Espiritual	1,646	1,022-2,648	0,040*
	Ni religiosa ni espiritual	1,155	0,642-2,079	0,629
Intensidad de concepción religiosa espiritual	Baja			
	Alta	1,689	1,048-2,721	0,031*
	No creencias espirituales	1,094	0,606-1,975	0,765

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p<0,20

Tabla 24. Análisis bivariantes de las variables relacionadas con la salud física y mental del paciente.

Variables del Paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
CIDI (sección depresión)				
Síntomas depresivos (DSM-IV)	5 síntomas			
	6 síntomas	2,103	0,861-5,136	0,103*
	7 síntomas	2,370	0,999-5,621	0,050*
	8 síntomas	2,211	0,926-5,280	0,074*
	9 síntomas	1,895	0,670-5,363	0,228
Número de síntomas depresivos		1,094	0,927-1,291	0,286
Depresión a lo largo de la vida	Si			
	No	0,987	0,634-1,536	0,957
Cuestionario PRIME-MD (sección de ansiedad, 25 ítems)				
Trastorno de ansiedad generalizada	Sin TAG			
	Con TAG	1,872	1,229-2,852	0,003*
Trastorno de ansiedad no específico	Sin TA			
	Con TA	1,253	0,744-2,111	0,396
Trastorno por ataques de pánico	Sin ataques de pánico			
	Con ataques de pánico	1,580	1,023 -2,440	0,039*
Problemas con el alcohol				
Cuestionario AUDIT (10 ítems)	Sin problemas de alcohol			
	Bebedor abusivo	0,814	0,297-2,229	0,689
	Dependencia alcohólica	1,730	0,695-4,305	0,238
Problemas con el alcohol a lo largo de la vida	No			
	Sí	1,223	0,564-2,652	0,608
Alguna vez en tratamiento por problemas de alcohol	No			
	Sí	1,696	0,533-5,396	0,371
Cuestionario SF-12, calidad de vida física y mental (12 ítems)				
Calidad de vida relacionada con la salud física		0,437	0,269-0,709	0,001*
Calidad de vida relacionada con la salud mental		0,972	0,956-0,987	0,000*
Enfermedad, minusvalía o dolencia crónica				
Enfermedad, minusvalía o dolencia a lo largo de la vida	No			
	Sí	0,722	0,493-1,057	0,094*
Consumo experimental de sustancias (CIDI)				
Consumo de cannabis	No			
	Sí	0,937	0,587-1,496	0,788

Variables del Paciente	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Consumo de estimulantes	No			
	Sí	0,338	0,083-1,378	0,131*
Consumo de sedantes	No			
	Sí	0,858	0,506-1,452	0,569
Consumo de heroína	No			
	Sí		No converge	
Consumo de cocaína	No			
	Sí	0,555	0,225-1.370	0,202*
Consumo de PCP fenciclidina	No			
	Sí		No converge	
Consumo de alucinógenos	No			
	Sí	0,252	0,035-1,814	0,171*
Consumo de inhalantes/ disolventes	No			
	Sí		No converge	
Consumo de alguna otra sustancia	No			
	Sí	1,331	0,721-2,456	0,360
Interferencia del consumo de sustancia con actividades,	No			
	Sí	0,595	0,217-1,632	0,314
Tabaco				
Cigarrillos que fuma a diario	No fumo a diario			
	Hasta 10 cigarrillos	0,744	0,341-1,624	0,458
	Entre 11 y 20 cigarrillos	0,998	0,541-1,843	0,997
	Entre 21 y 30 cigarrillos	0,532	0,129-2,186	0,382

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/* p≤0,20

Tabla 25. Análisis bivariantes de las variables del médico.

VARIABLES DEL MÉDICO	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Características socio-laborales del médico				
Edad		1,017	0,981-0,0550	0,340
Sexo (hombre)		1,003	0,676-1,486	0,987
Año de licenciatura	por debajo del año 1983			
	por encima del año 1983	1,056	0,698-1,596	0,796
Plaza en propiedad del médico	No			
	Sí	1,000	0,622-1,608	0,998
Años en la plaza de trabajo	De 0 a 2 años			
	De 2 a 4 años	1,540	0,769-3,084	0,222
	De 4 a 7 años	0,971	0,479-1,971	0,937
	De 7 a 12 años	1,125	0,618-2,049	0,699
Lugar de consulta	En el centro de salud base			
	En un consultorio	0,607	0,082-4,488	0,625
	En el centro de salud base y en un consultorio	1,350	0,557-3,275	0,506
Tamaño municipio	2.500-15.000			
	15.000-75.000	1,778	0,678-4,664	0,242
	75.000-500.000	1,980	0,741-5,287	0,173*
	500.00-1.000.000	2,481	0,933-6,600	0,069*
Tiempo por paciente dedicado en consulta	De 1 a 6 minutos			
	De 7 a 10 minutos	1,970	1,037-3,743	0,032
	Más de 10 minutos	2,542	0,889-7,269	0,041
Tiempo por paciente	De menos de 1 minuto a más de 10 minutos	1,113	0,994-1,245	0,062*
Tamaño cupo		0,999	0,999-1,000	0,936
Formación del médico				
Médico de familia vía MIR	No			
	Sí	0,917	0,609-1,381	0,680
Médico tutor acreditado de médicos residentes familia	No			
	Sí	0,894	0,588-1,360	0,602
Tutorización de un R1 de familia	No			
	Sí	0,918	0,611-1,380	0,682
Tutorización de un R3 de familia	No			
	Sí	0,880	0,588-1,317	0,535
Pertenencia del médico al grupo de comunicación y salud	No			
	Sí	1,063	0,455-2,482	0,887

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/* p<0,20

VARIABLES DEL MÉDICO	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Relaciones con el equipo de trabajo orientadas a los problemas de salud mental				
Comodidad en el uso de antidepresivos	Muy incómodo/incomodo/ni cómodo ni incómodo			
	Cómodo	1,011	0,585-1,746	0,968
	Muy cómodo	0,847	0,388-1,847	0,677
Comunicación del médico con enfermería	Muy mala/mala/regular			
	Buena	1,075	0,535-2,163	0,837
	Muy buena	1,147	0,593-2,217	0,682
Papel activo de enfermería en los problemas de salud mental	Totalmente en desacuerdo			
	En desacuerdo	0,717	0,362-1,418	0,340
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0,830	0,431-1,600	0,579
	De acuerdo	0,805	0,410-1,582	0,531
	Totalmente de acuerdo	0,560	0,178-1,760	0,322
Comunicación del médico con el trabajador social	Muy mala/mala			
	Regular	1,844	0,530-6,417	0,336
	Buena	1,911	0,589-6,205	0,281
	Muy buena	2,364	0-700-7,979	0,166
	No tenemos trabajador	0,925	0,094-9,074	0,947
Papel activo del trabajador social en los problemas de salud mental	Totalmente en desacuerdo	1,039	0,468-2,308	0,924
	En desacuerdo	0,989	0,455-2,149	0,978
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,062	0,502-2,247	0,874
	De acuerdo	1,046	0,443-2,470	0,917
	Totalmente de acuerdo	0,606	0,074-4,918	0,640
Satisfacción del médico con el equipo de salud mental	Insatisfecho			
	Ni satisfecho ni insatisfecho	1,591	0,812-3,117	0,176*
	Satisfecho	1,388	0,726-2,654	0,321
	Muy satisfecho	1,546	0,589-4,055	0,376
Comunicación del médico con el equipo de salud mental	Muy mala			
	Mala	1,154	0,123-10,840	0,900
	Regular	3,035	0,397-23,201	0,285
	Buena	2,330	0,309-17,539	0,411
	Muy buena	2,006	0,255-15,764	0,508
Cuestionario de práctica profesional (12 ítems)				
Percepción de carga laboral del médico		0,999	0,996-1,001	0,406
Orientación biomédica del médico		0,998	0,942-1,058	0,967
Satisfacción del médico con su trabajo		0,994	0,917-1,078	0,897
Comodidad en el uso de antidepresivos				
Comodidad en el uso de antidepresivos	Muy incómodo/incomodo/ni cómodo ni incómodo			
	Cómodo	1,011	0,585-1,746	0,968
	Muy cómodo	0,847	0,388-1,847	0,677

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p≤0,20

Variables centro de salud	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Nº médicos		0,980	0,944-1.018	0,309
Nº enfermeros		0,981	0,948-1.014	0,264
Nº pediatras		0,933	0,830-1.049	0,251
Nº auxiliares clínicos		0,920	0,819-1.034	0,165*
Nº personal admisión y administrativos		1,002	0,940-1.067	0,943
El trabajador social en el centro de salud	No tienen			
	Si, compartido con otro CS	1,815	0,520-6,332	0,350
	Si, a jornada completa	1,314	0,365-4,726	0,675
Papel activo del médico en problemas de salud mental	Totalmente en desacuerdo/ en desacuerdo			
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,166	0,772-6,656	0,142*
	De acuerdo	2,505	0,943-6,656	0,065*
	Totalmente de acuerdo	2,599	0,940-7,184	0,066*
Visitas equipo salud mental al CS	No			
	Sí	1,168	0,745-1,832	0,498
Frecuencia visitas equipo de salud mental a CS	No iban			
	1 vez al año a 1 vez cada 4 a 6 meses	0,795	0,315-2,006	0,628
	1 vez cada 3 meses a 1 vez cada 2 meses	1,107	0,611-2,006	0,732
	1 a 2 veces al mes	1,175	0,645-2,141	0,596
	3 a 4 veces al mes o más	1,693	0,938-3,054	0,080*
Actividad formativa del equipo de salud mental al CS	No			
	Sí	0,882	0,569-1,367	0,576
Frecuencia actividad formativa equipo salud mental al CS	1 vez al año			
	Cada 4 ó 6 años	0,584	0,275-1,238	0,161*
	Cada 3 meses	0,466	0,157-1,379	0,168*
	Cada 2 meses	0,756	0,303-1,887	0,550
	1 vez al mes	0,913	0,339-2,459	0,858
	Entre 3 a 4 veces al mes	1,329	0,530-3,330	0,543
	No iban	0,837	0,425-1,650	0,609
Comunicación de los médicos de familia con el equipo de salud mental	Mala			
	Regular	1,646	0,785-3,453	0,187*
	Buena	1,327	0,635-2,775	0,451
	Muy buena	1,919	0,762-4,832	0,166*
Comunicación de los médicos de familia con enfermería	Mala/ Regular			
	Buena	0,626	0,245-1,596	0,327
	Muy buena	0,259	0,087-0,766	0,015*

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p<0,20

Tabla 26. Análisis bivariantes de las variables del centro de salud.

VARIABLES CENTRO DE SALUD	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Papel activo de enfermería en los problemas de salud mental	Totalmente en desacuerdo			
	En desacuerdo	0,852	0,441-5,953	0,634
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0,569	0,282-1,149	0,116*
	De acuerdo/totalmente de acuerdo	0,972	0,471-2,015	0,944
Comunicación de los médicos de familia con trabajador social	Mala/regular			
	Buena	0,855	0,515-1,419	0,546
	Muy buena	0,982	0,574-1,671	0,942
	No tenemos	.	.	.
Papel activo del trabajador social en los problemas de salud mental	Totalmente en desacuerdo/ en desacuerdo			
	Ni de acuerdo/ ni en desacuerdo	0,801	0,474-1,355	0,410
	De acuerdo	0,965	0,560-1,666	0,901
	Totalmente de acuerdo	1,502	0,859-2,627	0,153*
Actividad local del centro de salud	Agricultura/pesca			
	Industria	1,698	0,627-4,596	0,297
	Servicios	1,112	0,532-2,323	0,776
	mixto	1,126	0,536-2,365	0,752
Tamaño del municipio	5.000-15.000			
	15.001-30.000	3,360	1,201-9,393	0,021*
	30.001-75.000	3,098	1,159-8,276	0,024*
	100.000-200.000	1,976	0,547-7,133	0,298
	200.001-500.000	2,907	1,057-7,994	0,039*
	500.001->1.000.000	2,253	0,811-6,259	0,119

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/ * p≤0,20

Tabla 27. Análisis bivariantes de las variables de la interacción médico-organización-pacientes.

Variables de servicios	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Número de visitas del paciente				
Al médico durante todo el seguimiento		1,048	1,039-1,058	0,000*
Al médico 6 meses antes del T0		1,152	1,112-1,194	0,000*
Al médico entre el T0 al T6		1,173	1,139-1,209	0,000*
Al médico entre el T6 al T12		1,148	1,115-1,183	0,000*
Al médico entre el T12 y 6 meses después		1,123	1,085-1,163	0,000*
Al médico entre el inicio de síntomas depresivos y la detección de la depresión, por categorías	De 0 a 1 visita			
	2 visitas	5,469	3,037-9,847	0,000
	3 visitas	2,171	1,111-4,244	0,023
	4 visitas	2,341	1,073-5,108	0,033
	Más de 4 visitas	1,104	0,662-1,843	0,703
A la enfermera durante todo el seguimiento		1,021	1,006-1,036	0,005*
Al trabajador social durante todo el seguimiento		0,973	0,601-1,573	0,912
Problemas de salud incluido en la lista de problemas de la HCAP				
Número de problemas físicos		1,066	0,997-1,139	0,059*
Problemas físicos	No			
	Sí	1,541	1,014-2,340	0,043*
Problemas sociofamiliares	No			
	Sí	2,013	1,265-3,204	0,003*
Otros problemas de salud mental	No			
	Sí	1,840	1,182-2,864	0,007*
VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS				
Número de antidepresivos prescritos en todo el período de seguimiento		1,394	1,305-1,489	0,000*
Número de antidepresivos prescritos antes del inicio de síntomas		1,352	1,056-1,731	0,016*
Antidepresivos prescritos antes del inicio de síntomas	No			
	Sí	1,991	1,253-3,165	0,004*
Número de antidepresivos prescritos entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión		1,844	1,561-2,178	0,000*
Antidepresivos prescritos entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión	No			
	Sí	5,817	3,943-8,584	0,000*

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p ≤ 0,20

Variables de la interacción	Niveles de la variable	HR	IC95%	p
Utilización de dosis mínima eficaz antes del inicio de síntomas	No toma			
	Si, dosis adecuada	1,836	1,135-2,975	0,013*
	Sí, dosis inadecua	1,246	0,304-5,102	0,760
Utilización de dosis mínima eficaz entre inicio síntomas y la detección de la depresión	No toma			
	Si, dosis adecuada	5,289	3,618-7,732	0,000*
	Sí, dosis inadecua.	2,034	0,633-6,532	0,233
Variables relacionadas con la prescripción de benzodiacepinas				
Benzodiacepinas prescritas en todo el periodo de seguimiento	No			
	Sí	6,722	3,566-12,669	0,000*
Benzodiacepinas prescritas antes del inicio de síntomas	No			
	Sí	1,317	0,819-2,120	0,255
Benzodiacepinas prescritas entre el inicio de síntomas y la detección	No			
	Sí	1,892	1,245-2,877	0,003*
Variables relacionadas con la prescripción de otros psicofármacos				
Número de otros psicofármacos prescritos en todo el período de seguimiento		1,851	1,315-2,606	0,000*
Otros psicofármacos en todo el el período de seguimiento	No			
	Sí	2,101	1,323-3,337	0,002*
Prescripción de otros psicofármacos antes del inicio de síntomas,	No			
	Sí	2,663	1,066-6,649	0,036*
Prescripción de otros psicofármacos entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión.	No			
	Sí	1,533	0,614-3,822	0,359

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95% / * p<0,20

VARIABLES DE LA INTERACCIÓN	NIVELES DE LA VARIABLE	HR	IC95%	p
Variables relacionadas con las derivaciones a salud mental				
Derivaciones a salud mental en todo el período de seguimiento	No			
	Sí	5,622	3,796-8,325	0,000*
Derivaciones a salud mental antes del inicio de síntomas depresivos	No			
	Sí	1,811	0,899-3,649	0,096*
Derivaciones a salud mental entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión.	No			
	Sí	4,237	2,608-6,884	0,000*
Variables relacionadas con las derivaciones a trabajo social				
Derivaciones a trabajo social todo el período de seguimiento	No			
	Sí	3,505	1,373-8,944	0,009*
Derivaciones a trabajo social antes del inicio de síntomas depresivos	No			
	Sí	6,124	0,819-45,762	0,077*
Derivaciones a trabajo social entre el inicio de síntomas y la detección de la depresión.	No			
	Sí		No converge	

Regresión de COX incluyendo al centro de salud como efecto aleatorio (shared frailty) HR: Hazard Ratio / IC95%: intervalos de confianza del 95%/* p≤0,20

