

Mejora de la atención a pacientes depresivos en atención primaria

María Dolores Ortiz^a, Francisca Muñoz^a, Pilar Vega^b y Rebeca Cuenca^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud El Palo. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga.

^bResidente de segundo año. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga. España.

Este trabajo ha sido presentado previamente en las XXII Jornadas de Salud Mental de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, I Jornadas de Salud Mental de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, celebradas en Málaga del 6 al 8 de noviembre de 2003, como comunicación oral a la mesa "Atención primaria y atención especializada en salud mental: coordenadas para un encuentro", el viernes 7 de noviembre de 2003 a las 09.00 h.

Correspondencia: Dra. M. Dolores Ortiz Fernández.

P.º Marítimo Ciudad de Melilla, 25, 13-A. 29016 Málaga. España.

Correo electrónico: franciscam@supercable.es

Resumen

Objetivo: La depresión es frecuente en atención primaria y requiere un abordaje integral del paciente con utilización de medicación antidepresiva durante tiempo suficiente e intervenciones de apoyo psicológico. El objetivo de este estudio es valorar la calidad del proceso de atención prestada a pacientes depresivos en un centro de atención primaria.

Pacientes y método: El diseño es descriptivo transversal. Los sujetos de estudio son los pacientes con diagnóstico de depresión ($n = 1.574$). Se realizó un muestreo aleatorio sistemático ($\alpha = 0,05$; potencia = 0,90) ($n = 138$). Las dimensiones evaluadas son la calidad científico-técnica, continuidad, accesibilidad y adecuación. Se utilizaron los siguientes criterios explícitos normativos: indicación de tratamiento antidepresivo; duración del tratamiento antidepresivo > 6 meses; valoración del riesgo de suicidio; intervención no farmacológica; ausencia del sesgo de sexo en los criterios. Se utilizó la prueba de la t de Student para variables cuantitativas, la prueba de la χ^2 para variables cualitativas ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Fueron mujeres el 79,9%, y la media de edad \pm desviación estándar es $51,96 \pm 1,36$. En el 46,8% de los pacientes se asocia ansiedad y en el 49,6%, somatizaciones; el 64% toma habitualmente benzodiazepinas y el número medio de consultas médicas por año es $9,4 \pm 0,58$. Cumplimiento de los criterios: en tratamiento antidepresivo, el 79,9%; duración media del tratamiento antidepresivo, $12,57 \pm 1,21$ meses; en tratamiento durante al menos 6 meses, el 69,1%; tenía valoración del riesgo de suicidio el 12,2%; en intervención no farmacológica, el 29,5%.

No hubo diferencias significativas entre mujeres y varones en ninguno de los criterios de calidad.

Conclusiones: El paciente depresivo tipo es una mujer de mediana edad con ansiedad y somatización, hiperconsultadora, en tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas. Se instaura tratamiento antidepresivo durante el tiempo adecuado, el riesgo de suicidio se valora con poca frecuencia y son escasas las intervenciones no farmacológicas. No aparece sesgo de sexo.

Palabras clave: Depresión. Atención primaria. Calidad asistencial.

Abstract

Objective: Depression is frequently found in primary care and needs an integral approach with antidepressant treatment for an appropriate period and psychological support. The aim of this study was to evaluate the quality of the care given to patients with depression in a primary care center.

Patients and method: The study design was cross-sectional and descriptive. The study population consisted of patients diagnosed with depression ($n = 1.574$). Systematic random sampling was performed ($\alpha = 0.05$; power = 0.90; $n = 138$). The dimensions evaluated were scientific-technical quality, continuity, accessibility, and adaptation. The following explicit criteria were used: indication for antidepressant treatment; duration of antidepressant treatment > 6 months; evaluation of suicide risk; non-pharmacological antidepressant intervention; and absence gender bias in criteria (the t -test was used for quantitative variable and the χ^2 test was used for qualitative variables; $\alpha = 0.05$).

Results: A total of 79.9% of the patients were women with a mean age of 51.96 ± 1.36 years. Associated anxiety was found in 46.8% and somatic symptoms were found in 49.6%; 64% habitually took benzodiazepines. The mean number of medical appointments per year was 9.4 ± 0.58 . Criteria were fulfilled in the following percentages: antidepressant treatment, 79.9%; the mean duration of antidepressant treatment was 12.57 ± 1.21 months; treatment duration for at least 6 months, 69.1%; evaluation of suicide risk, 12.2%; non-pharmacological interventions, 29.5%.

No significant differences were found between men and women in any of the quality criteria.

Conclusions: The profile of the depressed patient is a middle-aged woman with anxiety and somatic symptoms who makes frequent visits and is undergoing treatment with antidepressants and benzodiazepines. Treatment duration was sufficient. Suicide risk was infrequently evaluated and few non-pharmacological interventions were provided. No gender bias was found.

Key words: Depression. Primary care. Healthcare quality.

Introducción

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia y una de las principales causas de discapacidad en las socieda-

des occidentales; se estima que hacia el año 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo¹.

En atención primaria, las estimaciones sobre la prevalencia de la depresión mayor varían entre un 5 y un 9%², con

un 15% de probabilidad de cursarla en algún momento de la vida y con prevalencia mayor del 20% en pacientes que acuden a consulta³. Aun así, su detección y tratamiento en el ámbito de la atención primaria siguen siendo insuficientes, y se estima que hasta un 50% de los casos pasan inadvertidos al médico de familia^{1,3}. Sobre la base de los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se definen 8 síntomas y criterios y se propone el empleo de algunos instrumentos de detección específicos⁴. Dependiendo de las características y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor o indicar una distimia¹. Se ha llegado a proponer el cribado de la depresión en población adulta como actividad preventiva, si se garantiza el adecuado tratamiento y el seguimiento de los pacientes diagnosticados, ya que se reduce el riesgo relativo de depresión persistente hasta en un 13%, con número de pacientes que es necesario tratar (NNT) de 11 pacientes identificados para obtener una remisión¹.

Entre las normas de calidad en atención primaria para la depresión, están la escucha activa y las técnicas adecuadas de entrevista, la valoración del riesgo de suicidio⁵, el tratamiento adecuado con medicación antidepresiva^{6,7} y/o la psicoterapia^{8,9}, el seguimiento a intervalos establecidos y la continuación de la terapia durante 4-9 meses después de la remisión de los síntomas iniciales para disminuir la incidencia de recaídas^{10,11}. Entre las intervenciones que han demostrado beneficio, destacan los fármacos antidepresivos en tratamiento agudo en todos los niveles de gravedad y la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal en depresiones leves-moderadas¹². Se define como potencialmente beneficiosas la combinación de tratamiento farmacológico y psicológico en depresión grave, la colaboración entre médicos de atención primaria y psiquiatras¹³ y las técnicas de resolución de problemas¹⁴ y asesoramiento no directivo¹⁵ en las leves-moderadas¹².

Se ha constatado además la existencia de un trato diferencial según el sexo de los pacientes depresivos, sobre todo en lo que respecta a la prescripción: mayor cantidad de psicofármacos prescritos (a igualdad de visitas y diagnósticos)^{16,17}, más apoyo psicológico a mujeres¹⁸ y mayor precisión diagnóstica y tendencia a utilización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos complejos en varones¹⁹.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la calidad de la atención prestada a pacientes depresivos seguidos en un centro de salud.

Pacientes y método

El ámbito del estudio ha sido un centro de salud urbano con población de 33.000 habitantes de nivel socioeconómico medio.

El diseño de este estudio es descriptivo transversal y recoge la base de muestreo institucional (pacientes registrados en el centro de salud).

Los sujetos de estudio son pacientes de todos los cupos del centro de salud con diagnóstico de depresión en la historia clínica informatizada, correspondiente a la codificación

del CIAP-2 P76. Se obtuvo el listado alfabético que sirve de base para el muestreo en septiembre de 2003, con un total de 1.574 pacientes. La forma de selección de los casos ha sido mediante muestreo aleatorio sistemático para $\alpha = 0,05$ y una precisión de 0,90, con constante de muestreo $K = 11$, con lo que se obtuvo un tamaño muestral $n = 138$. Se excluyó a los pacientes con código diagnóstico insertado en fecha anterior a los 6 meses previos (entre marzo y septiembre de 2003), y se los sustituyó por el siguiente paciente del listado aleatorio.

Las fuentes de datos han sido las historias clínicas informatizadas (Sistema de Tarjetas Adscritas a la Seguridad Social [TASS]). Las variables de estudio se recogen en la tabla 1.

El diseño de la evaluación de calidad se realizó mediante el método de ficha técnica propuesto por Palmer²⁰ y adaptada por el Programa Ibérico²¹ y se recoge en la tabla 2²². Se definen los siguientes criterios de calidad²³ (tabla 3):

1. En los pacientes diagnosticados de depresión, debe instaurarse tratamiento antidepresivo^{6,7}.
2. El tratamiento antidepresivo debe durar al menos 6 meses^{7,11}.
3. En pacientes depresivos, debe valorarse el riesgo de suicidio^{5,24,25}.

Tabla 1. Variables de estudio

Sociodemográficas	Edad y sexo
Principales problemas de salud CIAP-2 ^a	Ansiedad P74, P01 Somatización P75 Acontecimientos vitales estresantes (AVE) ^b Duelo P02
Patrón de uso de servicios del centro	Consultas/año 2002
Consumo de fármacos ^c	Antidepresivos N06A Duración tratamiento antidepresivo (meses) Benzodiacepinas N05C
Intervenciones realizadas	Valoración riesgo de suicidio Derivación salud mental Intervención no farmacológica: grupos relajación, psicoterapia breve, <i>counselling</i> , técnicas cognitivas, intervención en duelo
Valoración por otro profesional	Enfermería Trabajadora social

^aClasificación Internacional de la Atención Primaria 2. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 172-7.

^bDe la Revilla L. Conceptos e instrumentos en atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. ^cClasificación Anatómica de Medicamentos. Anexo IV. Informe sobre indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.

Tabla 2. Ficha técnica de la evaluación de la calidad

Dimensiones estudiadas	Calidad científico-técnica. Continuidad
Unidades de estudio	Pacientes con diagnóstico de depresión en historia clínica en septiembre de 2003 Período evaluado: desde el diagnóstico de depresión hasta septiembre de 2003 o constancia de remisión Profesional evaluado: médico de familia, enfermera y trabajadora social
Identificación y muestreo	Población institucional (historias clínicas) Muestreo: aleatorio sistemático
Relación temporal	Retrospectivo
Tipo de datos	Proceso
Fuente de datos	Historia clínica informatizada (TASS)
Tipo de revisión	Interna cruzada
Tipo criterios	Criterios explícitos normativos
Presentación datos	Recogida: hoja de vaciado de datos Análisis: base de datos SPSS. Programa Iqual Presentación: Porcentaje de cumplimiento (intervalo de confianza del 95%) Comparación de sexos: t de Student, χ^2

TASS: Tarjeta Adscrita a la Seguridad Social.

4. Las intervenciones no farmacológicas deben emplearse en el seguimiento de los pacientes depresivos^{8,9}.

5. No debe haber diferencias en la calidad de la atención prestada a depresivos según el sexo^{18,19}.

Los criterios de calidad se evalúan mediante porcentaje de cumplimiento con intervalo de confianza (IC) del 95%, y se presentan mediante gráfico de Pareto²². La comparación de calidad según el sexo se realiza mediante la prueba de la t de Student para variables cuantitativas y la prueba de la χ^2 para cualitativas.

Resultados

La mayoría de los pacientes depresivos en nuestro centro fueron mujeres (79,9%) con una media de edad de 51,96 ± 1,36 años. El 24,2% fueron mayores de 65 años. Respecto a la comorbilidad, presentó ansiedad el 46,8% y somatización, el 49,6%; se identificaron acontecimientos vitales estresantes (AVE) en el 40,3%, y el 10,8% estuvo en situación de duelo.

La media anual de consultas médicas fue de 9,4 ± 0,58. La derivación a salud mental consta en el 36,7% de los depresivos. En cuanto a la participación de otros profesionales en el seguimiento del paciente, se encuentra valoración por enfermería en el 8,6% de los casos y de la trabajadora social en el 13,7%.

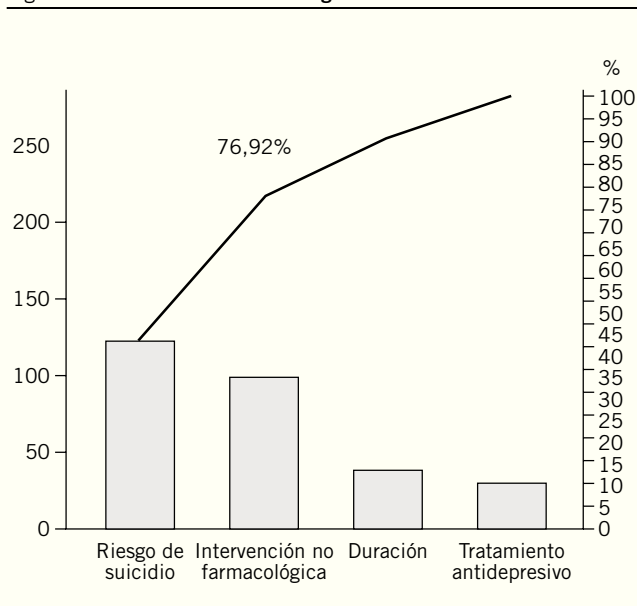
El cumplimiento de los criterios de calidad se resume a continuación: realizó tratamiento antidepresivo el 79,9%; la

Tabla 3. Criterios de calidad

Criterio	Dimensión	Tipo de datos	Formato	Evidencia
Indicación tratamiento antidepresivo	Calidad científico-técnica. Adecuación	Proceso asistencial	Número pacientes con tratamiento antidepresivo/Número total pacientes depresivos	Revisiones sistemáticas ^{6,7} . Grado de evidencia I*
Duración del tratamiento antidepresivo > 6 meses	Calidad científico-técnica. Continuidad. Adecuación. Accesibilidad	Proceso asistencial	Número pacientes con duración tratamiento antidepresivo > 6 meses/Número total pacientes en tratamiento antidepresivo	Una revisión sistemática ¹¹ . ECA ¹⁰ . Grado de evidencia I*
Valoración del riesgo de suicidio	Calidad científico-técnica. Comunicación	Proceso asistencial	Número pacientes con registro de valoración del riesgo de suicidio/Número total pacientes depresivos	Informes comités de expertos ⁵ . Grado de evidencia III*
Intervenciones no farmacológicas	Calidad científico-técnica. Adecuación	Proceso asistencial	Número pacientes con intervenciones no farmacológicas/Número total pacientes depresivos	Revisiones sistemáticas ^{8,9,12,15} . ECA ¹⁴ . Grado de evidencia I, IIa*
Ausencia de sesgo de sexo	Adecuación	Proceso asistencial	Sin diferencias estadísticamente significativas mediante t de Student o χ^2 en los criterios evaluados entre varones y mujeres	Estudios descriptivos ¹⁶⁻¹⁹ . Grado de evidencia III*

ECA: ensayos clínicos aleatorizados. *Grados de evidencia según la US Preventive Task Force.

Figura 1. Criterios de calidad. Diagrama de Pareto.



duración media del tratamiento antidepresivo fue de $12,57 \pm 1,21$ meses y fue tratado durante más de 6 meses el 43,2% de los pacientes (IC del 95%, 34-51). Existe constancia de realización de intervenciones no farmacológicas en el 29,5% de los pacientes (IC del 95%, 21,92-37,08). Estas intervenciones incluyen psicoterapias de apoyo, técnicas de relajación, grupos de autoayuda y asociaciones de pacientes y familiares. Se registró valoración del riesgo de suicidio en el 12,2% de los casos (IC del 95%, 6,5-17,4) (fig. 1).

La comparación del cumplimiento de criterios según el sexo arroja los resultados que se recogen en la tabla 4, sin diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los criterios de calidad; en el resto de las variables analizadas, sólo las presentó la ansiedad, significativamente mayor en las mujeres ($p = 0,035$).

Discusión

Las principales inconsistencias de nuestro estudio son la imprecisión diagnóstica que supone la selección de los casos mediante el código CISAP, ya que puede englobar entidades

nosológicas distintas (trastornos de adaptación, distimias, depresión mayor, duelo, etc.) y tampoco establece diferencia por gravedad del cuadro, importante para la valoración de la calidad. No obstante, se ha preferido realizar un estudio sobre base real del diagnóstico cotidiano de los centros de salud y no emplear entrevistas estructuradas o cuestionarios diagnósticos de depresión que no responderían al método habitual empleado en consulta. En investigaciones futuras sería conveniente valorar separadamente a grupos de pacientes según diagnóstico, tiempo de evolución, recurrencias y gravedad.

La mayor prevalencia de depresión en las mujeres se constata en estudios realizados en atención primaria^{3,26}, y se considera que es 4 veces mayor que en los varones (*odds ratio* = 4,12)³.

La frecuente presencia de síntomas somáticos en las depresiones está avalada por la bibliografía; se considera, como hemos encontrado en nuestro estudio, que casi en el 50% de las depresiones los síntomas somáticos son prevalentes²⁷. También se ha encontrado importante presencia de AVE²⁸, confirmada en estudios previos en atención primaria³ en porcentaje algo mayor que en el nuestro (55%), pero hay que considerar las diferencias metodológicas en la obtención de los datos (historias clínicas frente a interrogatorio directo). La frecuentación se ha relacionado ampliamente con la morbilidad psiquiátrica general y la depresión en particular^{29,30}, con altos índices de utilización, similares a los nuestros (7,9-10,7 consultas/año) en pacientes depresivos³.

Habría que reflexionar sobre el elevado uso concomitante de benzodiazepinas en nuestros pacientes depresivos, ya que se discute su empleo a largo plazo (puede ser útil al inicio del tratamiento) y se propone su retirada en 3-4 semanas²⁴, si bien también se ha demostrado que reduce los abandonos³¹.

Según la bibliografía, se produce una derivación a salud mental del 7% del total de la morbilidad psiquiátrica en atención primaria³². Podríamos considerar alta la derivación de nuestros pacientes depresivos, si bien no disponemos de datos suficientes para evaluar este punto: gravedad, tiempo de evolución, otras afecciones concomitantes, etcétera.

El uso de terapias no farmacológicas puede tener un importante sesgo de registro, ya que la historia clínica informatizada es un sistema poco "amigable" para recoger actuaciones como entrevistas de apoyo y psicoterapia.

Valoramos aceptable el cumplimiento de los criterios de indicación y duración del tratamiento antidepresivo y marca-

Tabla 4. Comparación de los resultados según el sexo del paciente

Variable	Varones (n = 28)	Mujeres (n = 110)	p
Tratamiento antidepresivo, % (IC del 95%)	82,14 (68-96)	79,28 (71,8-86,8)	NS
Duración del tratamiento antidepresivo (meses), media \pm DE	15,22 \pm 2,02	11,85 \pm 1,44	NS
Valoración del riesgo de suicidio, % (IC del 95%)	21,4 (6,2-36,6)	9,9 (4,4-15,4)	NS
Intervención no farmacológica, % (IC del 95%)	18 (3,8-32,2)	32 (23,3-40,7)	NS

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; NS: no significativo.

damente mejorables los referidos a la valoración del riesgo de suicidio y la utilización de intervenciones no farmacológicas, aspectos ambos que, aun formando parte del enfoque biopsicosocial propio del médico de familia, se puede considerar de mayor dificultad de empleo, sobre todo por deficiencias de formación y aspectos organizativos básicos como el escaso tiempo por consulta. La ausencia de diferencias significativas en los criterios en función del sexo de los pacientes puede deberse en parte a la escasa representación masculina (n = 28) en la muestra porque, no obstante, se observa cierta tendencia a valorar más el riesgo de suicidio en varones y emplear más intervenciones no farmacológicas en mujeres. En posteriores estudios se debe ampliar el tamaño muestral.

Como medidas correctoras proponemos:

– Mejoras organizativas: registro preciso del diagnóstico, estadio evolutivo y tiempo de evolución; establecer la participación interdisciplinaria en la atención a estos pacientes mediante el establecimiento de protocolos de intervención conjunta, con implicación importante de enfermería y trabajadora social en los casos de riesgo social.

– Formación: mayor utilización de terapias no farmacológicas mediante formación específica de los profesionales en estas técnicas y en la entrevista clínica en torno a la valoración de riesgo de suicidio.

Hay que considerar también la necesidad de asignar más tiempo por consulta al paciente depresivo para poder abordar en profundidad aspectos tanto diagnósticos (ideación suicida) como terapéuticos (psicoterapias breves).

Bibliografía

- Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136:765-76.
- Descubriendo la depresión en Atención primaria Mayo 2002; p. 99-6. www.infodoctor.org/bandolera
- Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2002;29:329-35.
- Williams JW, Hitchcock PN, Cordes JA, Ramírez G, Pignone M. Is the patient clinically depressed? *JAMA.* 2002;287:1160-70.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, et al. Prevención de los trastornos de Salud Mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2001;28 Supl 2:158-60.
- Moncrieff J, Wessely S, Hardy R. Active placebo versus antidepressants for depression (Cochrane review). *Cochrane Library* 2002, Issue 1. Oxford: Update Software.
- Geddes J, Freemantle N, Mason J, Eccles M, Boynton J. Selective serotonin reuptake inhibitors (IRSSs) for depression (Cochrane review). *Cochrane Library* 2002, issue 1. Oxford: Update Software.
- Churchill R, Wessely S, Lewis G. A systematic review and meta-analysis of the effects of combining pharmacotherapy and psychotherapy for the treatment of depression (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Cochrane library 1998, Issue 2.
- Bower P, Rowland N, Mellor J, Heywood P, Godfrey C, Hardy R. Effectiveness and cost-effectiveness of counselling for depression in primary care. *Cochrane review.* Cochrane library 2002, issue 1. Oxford: Update Software.
- Guías de lectura rápida de procesos asistenciales integrados. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.
- Moratalla G. Revisión de las recomendaciones establecidas en las Guías de Práctica Clínica para el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. *Medicina de Familia (And).* 2001;2:152-60.
- Geddes J, Butler R, Hatcher S. Trastornos depresivos. *Evidencia Clínica Concisa.* 2003;2:173-6.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. *JAMA.* 1995;273:1026-31.
- Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, et al. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ.* 1995;310:441-5.
- Churchill R, Dewey M, Gretton V, et al. Should general practitioners refer people with major depression to counselors? A review of current published evidence. *Br J Gen Pract.* 1999; 49:738-43.
- Pincus HA, Tanielian TL, Marcus SC, Olfson M, Zarin DA, Thompson J, et al. Tendencias en la prescripción de psicotropos. *JAMA (ed esp).* 1998;7:261-7.
- Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, Delgado MA, Sánchez R. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria.* 1997;19:101-4.
- Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 1999;24:569-78.
- Ruiz MT, Ronda E. Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. *Med Clin (Barc).* 1994;103:537-8.
- Palmer H. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. *Práctica y Principios.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. Experiencias en el marco de la cooperación ibérica: diseño de proyecto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
- Magallón R, Antoñanzas A. Medición de la calidad: recogida, análisis y presentación de los datos. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P, editores. *Calidad Asistencial en Atención Primaria.* Tomo II. Madrid: Dupont Pharma; 1997. p. 137-67.
- Saturno PJ, Antón LL, Santiago MC. La construcción de criterios para evaluar la calidad. En: Formación a distancia en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia. UD Medicina preventiva y Salud Pública; 2001.
- Serrano P, coordinador. Depresión. Recomendaciones semFYC. Barcelona: semFYC; 2001.
- Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.* 2002;136:302-11.

26. Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria*. 1999;23:285-8.
27. Vallejo J. Somatizaciones y depresión. *Psiquiatría y Atención primaria*. 2003;4:4-8.
28. Toquero F, Zarco J. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Madrid: IM&C; 2003.
29. Dowrick C, Bellón JA, Gómez MJ. Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract*. 2000;50:361-5.
30. Leung KK, Lue BH, Lee MB, Tang LY. Screening of depression in patients with chronic medical diseases in a primary care setting. *Family Practice*. 1998;15:67-75.
31. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Antidepressant and benzodiazepine for major depression. *Cochrane Review*. Cochrane Library Issue 1, 2004.
32. Ansiedad y/o depresión y/o somatizaciones. Informe. Gestión de procesos asistenciales integrados. Calidad por sistema. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2002.