

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>

Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión

*Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review*José Manuel Calvo-Gómez¹ • Luis Eduardo Jaramillo-González¹

Recibido: 20/10/2014

Aceptado: 11/02/2015

¹ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.Correspondencia: José Manuel Calvo. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03. Tel: +57 4 3165000. Oficina 202. Bogotá, D.C., Colombia. Correo electrónico: jmcalvog@unal.edu.co.[| Resumen |](#)

Antecedentes. Distinguir entre los cambios que normalmente ocurren en el estado del ánimo y aquellos presentes en el trastorno depresivo no es una tarea fácil, por esta razón se han propuesto mecanismos e instrumentos para mejorar la detección de estos trastornos en pacientes de atención primaria.

Objetivos. Evaluar si la detección sistemática rutinaria con instrumentos de tamizaje, con o sin sistemas de seguimiento y manejo integrado, es más efectiva que la atención usual para identificar pacientes con depresión, facilitar su tratamiento, y mejorar los resultados clínicos en atención primaria.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo una búsqueda de estudios de casos y controles, cohortes y controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas, y meta-análisis en las bases de datos MEDLINE, Cochrane, PsycINFO, y EMBASE desde enero de 1976 hasta el 30 de abril de 2013.

Resultados. La evidencia mostró que muchos casos de depresión no son detectados. Los médicos de atención primaria (MAP) logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40%, sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico como las escalas de una, dos y tres preguntas. Los pacientes con síntomas menos severos y más jóvenes son los menos detectados.

Conclusiones. El tamizaje para depresión a nivel de atención primaria, con retroalimentación del resultado, puede incrementar el reconocimiento del trastorno por parte del MAP. Sin embargo, el efecto de la retroalimentación sobre el

tratamiento y los resultados en cuanto a mejoría de los síntomas o remisión son muy pobres.

Palabras clave: Depresión; Trastorno depresivo; Detección; Tamizaje; Atención primaria de salud (DeCS).

.....
Calvo-Gómez JM, Jaramillo-González, LE. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. Rev. Fac. Med. 2015;63(3):471-82. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.

Summary

Background. The distinction between normal mood changes and mood changes related to the spectrum of depressive disorders is not an easy task. Hence, several mechanisms and tools to improve the detection of these disorders in primary health care have been designed and tested.

Objectives. To evaluate whether systematic detection with screening instruments, with or without monitoring and integrated management, is more effective than usual care to identify patients with depression, to facilitate their treatment and to improve clinical outcomes in primary care.

Materials and methods. A search of case-control studies, cohort studies and randomized controlled trials, systematic reviews and meta-analyses in MEDLINE, Cochrane, PsycINFO, and EMBASE was carried out between January 1976 and April 30, 2013.

Results. The evidence showed that many cases of depression were not detected. The detection rates of depressive disorder by primary care physicians was between 30% and 40% (range 7-70%), when they proceeded without using additional tools for the diagnosis such as scales of one, two or three questions. Younger patients and with less severe symptoms were those less detected.

Conclusions. The screening for depression in primary care with feedback can increase the recognition of the disorder by primary health care physicians. However, the effect of feedback on the treatment and outcomes, in terms of clinical improvement or remission is very poor.

Keywords: Depression; Depressive disorder; Detection; Screening; Primary care (MeSH).

.....
Calvo-Gómez JM, Jaramillo-González, LE. [Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review]. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):471-82. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.46424>.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad frecuente en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la padecen más de 350 millones de personas en el mundo. La prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 11.1% y el 14.6%, y la incidencia acumulada anual es de 3% (1,2). En Colombia, la prevalencia del TDM a lo largo de la vida es del 12.1%, y a 12 meses es 5.6% (3).

La depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de AVAD en el mundo, y el primero en el 2030 (4-6).

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones (7-9).

Uno de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad (10-12).

Diagnóstico

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.

El DSM-IV-TR y la CIE-10 incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR o episodio depresivo en la CIE-10). Sin embargo los dos sistemas no son idénticos. Los umbrales difieren, el DSM-IV requiere un mínimo de 5 de 9 síntomas (que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere 4 de 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía). Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM IV TR (13), o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes (14), dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV comparado con dos de tres en la CIE-10.

Instrumentos

En la actualidad el médico de atención primaria (MAP) tiene a su disposición una variedad de instrumentos para la detección del trastorno depresivo. Los hay específicos para el trastorno depresivo como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala de Depresión (DEPS), la Escala Geriátrica de Depresión (GDS), la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (SDS), la Evaluación de los Trastornos Mentales en el Cuidado Primario (PRIME-MD), el Inventario de Depresión (ID) y la Escala de Pregunta única (SQ). Existen escalas que evalúan tanto ansiedad como depresión tal como la Escala de Ansiedad y Depresión de Duke (DADS) y la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS). El clínico también cuenta con instrumentos conformados por múltiples componentes que incluyen una categoría para evaluar el trastorno depresivo como la Lista de Chequeo de Síntomas de Hopkins (HSCL), el Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD (PHQ), Sistema Diagnóstico del Cuidado Primario centrado en los síntomas (SDDS-PC) y el Cuestionario de Salud General (GHQ). Algunos de estos también se utilizan para hacer seguimiento.

La mayoría de los instrumentos para detección del TDM son de autoreporte y pueden ser completados en rangos de tiempo de van desde menos de 1 minuto a 5 minutos. La

sensibilidad media de la mayoría de los instrumentos es 85% (50 a 97%), y la especificidad media es 74% (51 a 98%). No existen diferencias significativas entre los instrumentos (15); sin embargo, la baja prevalencia de depresión en la atención primaria (<10%), hace que instrumentos con una sensibilidad y especificidad excelentes tengan un valor predictivo positivo bajo (<50%), y es probable que por este hecho los instrumentos de detección sean menos aceptables entre los clínicos, dado que los pacientes serían seguidos innecesariamente (16).

Existen instrumentos muy sencillos como el test de las dos preguntas. Este instrumento tiene dos preguntas sencillas que indagan sobre la presencia de afecto depresivo: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza? y anhedonia: ¿durante el último mes a menudo se ha sentido agobiado por el poco interés o placer en hacer las cosas? Las propiedades en cuanto a capacidad de detección (sensibilidad 96%, especificidad 57%, LR positivo 2.2, LR negativo 0.07), son similares a las encontradas en instrumentos más extensos y complejos (17). Cuando estas preguntas en vez de hacerse por escrito se hacen verbalmente, el LR positivo aumenta a 2.9 y el negativo disminuye a 0.05 (18); cuando se le adiciona una tercera pregunta: ¿hay algo en que le gustaría que le ayudara?, la especificidad aumenta a 89% (19).

El instrumento más corto de autoreporte es la Escala de Pregunta Única (SQ), que como su nombre lo indica consta de una sola pregunta: ¿se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo durante el último año?, a la que la persona debe responder sí o no. Toma menos de 15 segundos responderla, y cuenta con una sensibilidad de 85% y una especificidad de 66% para detectar TDM (20).

Dado que los instrumentos de tamizaje tienen propiedades muy similares, la escogencia de alguno para su aplicación en la práctica clínica debería hacerse con base en el tiempo que tome administrarlo y puntuarlo, la aceptabilidad por parte de los pacientes, el formato de respuesta, la facilidad para su administración, el deseo de detectar otros trastornos psiquiátricos y la necesidad de monitorear la respuesta (15). El Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD PHQ 9 (21) parece llenar los anteriores criterios dado que cuenta con tan solo 9 ítems para depresión, tiene módulos para otros trastornos psiquiátricos y un formato de respuesta simple que es sensible al cambio. De igual forma, la escala de pregunta única SQ es una alternativa que puede ser utilizada durante las evaluaciones de medicina preventiva o en respuesta a claves que incrementen la probabilidad de depresión. Los pacientes cuyo resultado sea positivo en el tamizaje, requieren una exploración más detallada a través de una entrevista clínica.

Un meta-análisis evaluó la exactitud diagnóstica de los instrumentos de tamizaje para depresión en su versión en

español. La evidencia apoyó la utilización de las versiones en español del CES-D (sensibilidad 84%, especificidad 72%) y el PRIME-MD-9 (sensibilidad 75%, especificidad 93%) para la detección de depresión en atención primaria (22). En Colombia han sido validadas varias escalas para la detección de depresión: escala de autoevaluación para la depresión de Zung (23), escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) (24), escala para depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) (25) y versiones abreviadas de esta última (26).

La entrevista clínica para confirmar el diagnóstico de TDM puede realizarse bajo la modalidad de entrevista semiestructurada con el fin de mejorar potencialmente la precisión en el diagnóstico. En la actualidad existen varios instrumentos de esta modalidad como son: la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (CIDI), la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos del eje I del DSM IV (SCID) y el Módulo del Afecto de la Evaluación de los Trastornos Mentales del Cuidado Primario (PRIME-MD). El Médico de atención Primaria (MAP) requiere entrenamiento previo a la aplicación de alguno de estos instrumentos en la práctica clínica y la duración de dicho entrenamiento varía entre 2 horas para el PRIME-MD y 30 horas para el CIDI (27) y aquellos que emplean una entrevista semiestructurada pueden realizar la confirmación diagnóstica con alta confiabilidad (28).

Dada la necesidad de determinar la utilidad del tamizaje sistemático para depresión a nivel de atención primaria, se planteó la siguiente pregunta: *¿la detección sistemática rutinaria con instrumentos de tamizaje, con o sin sistemas de seguimiento y manejo integrado, es más efectiva, que la atención usual, en identificar pacientes con depresión, en facilitar su tratamiento, y en mejorar los resultados clínicos a nivel de la atención primaria?*

Metodología

Se realizó una búsqueda de estudios de casos y controles, cohortes y controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta-análisis en las bases de datos MEDLINE, base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane, registro central de estudios controlados Cochrane, PsycINFO, y EMBASE desde enero de 1976 hasta el 30 de abril de 2013. Igualmente, se revisaron las referencias documentadas en los artículos encontrados en la búsqueda. Se emplearon los siguientes términos MeSH en la búsqueda para los estudios de tamizaje: 1) “depression”; 2) “depressive disorder”; 3) “depressive disorder, major”; 4) 1 or 2 or 3; 5) “mass screening”; 6) “screen” [tiab]; 7) “case finding” [tiab]; 8) “casefinding” [tiab]; 9) 5 or 6 or 7 or 8; 10) 4 and 9; 11) “mental disorders/diagnosis”; 12) “depress” [tiab]; 13) 9 and 11 and 12; 14) 10 or 13; 15) limitar 14 a [“clinical

trial” or “controlled clinical trial” or “randomized controlled trial”]; 16) “clinical trials” or “controlled clinical trials” or “randomized controlled trials”; 17) “double-blind method” or “random allocation” or “single-blind method”; 18) “random” [tiab]; 19) 16 or 17 or 18; 20) 14 and 19; 21) 15 or 20.

En cuanto a las revisiones sistemáticas y meta-análisis se emplearon los siguientes términos: 1) “depression” or “depressive disorder” or “depressive disorder, Major”; 2) “mass screening” or “screen” [tiab]; 3) 1 and 2; 4) “systematic review” [tiab]; 5) “meta analysis” [tiab]; 6) 3 and 4; 3 and 5.

Fueron seleccionados los estudios que cumplieron con los siguientes criterios:

Aplicaron un instrumento psicométrico válido de tamizaje para la detección de depresión y realizaron la retroalimentación del resultado de dicho instrumento al MAP.

Evaluaron el efecto de la aplicación del instrumento de tamizaje para depresión sobre la identificación, tratamiento, o resultados sobre la salud en el tiempo (seguimiento mínimo de 6 semanas).

Incluyeron la comparación del resultado del instrumento de tamizaje con el diagnóstico de depresión mediante los criterios de las clasificaciones diagnósticas (DSM o CIE) implementados mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas.

Examinaron el apoyo sistemático e integrado al tratamiento después de la identificación del trastorno depresivo.

Utilizaron los resultados del tamizaje en el cuidado de los participantes en el grupo de intervención y no debieron haber utilizado dichos resultados en el cuidado del grupo control.

Fueron llevados a cabo en instituciones o centros de atención primaria no especializados en salud mental o psiquiatría.

Los resultados de interés fueron la tasa de detección o reconocimiento del trastorno depresivo por el MAP, reflejada en un claro registro del trastorno en la historia clínica y las tasas de intervención para el cuadro depresivo dadas por la iniciación de una intervención farmacológica o psicosocial o la remisión activa para un cuidado especializado del cuadro depresivo. También fueron incluidos los resultados del cuadro depresivo.

Fueron excluidos los estudios cuya muestra estuviera constituida por pacientes hospitalizados, pacientes tratados por servicios especializados en psiquiatría o en instituciones psiquiátricas, pacientes internados en residencias para ancianos, así como estudios comunitarios, y los estudios cuya población objeto fueran los niños o adolescentes.

Resultados

Se encontraron 1077 estudios que llenaron criterios de búsqueda. De estos, los autores realizaron una selección de acuerdo con los criterios de inclusión que dejó 49 estudios.

Detección

Los estudios mostraron que muchos casos de depresión no son detectados (29,30). Los MAP logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40% (rango 7-70%) sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico como las escalas (31). Los pacientes con los cuadros menos severos y más jóvenes son los menos detectados (21), un estudio encontró que los MAP no detectan un caso probable de depresión por cada 28.6 consultas. Su reconocimiento está directamente relacionado con la severidad del cuadro clínico (a mayor severidad, mayor probabilidad de ser detectado), el tiempo de evolución (a menor tiempo, menor probabilidad), duración de los episodios previos (entre más cortos, menor probabilidad) y moderado por la severidad de los síntomas ansiosos concomitantes. La relación entre severidad y reconocimiento esta mediada únicamente por el estar desempleado, lo que incrementa la sensibilidad (31,32).

Un meta-análisis que evaluó 118 estudios para determinar la proporción de verdaderos y falsos positivos y negativos en atención primaria encontró que los MAP identificaron correctamente el trastorno depresivo en el 47% de los casos, y reportaron una sensibilidad de 50,1% y una especificidad del 81,3%. Con una prevalencia de depresión de 21,9% en atención primaria, por cada 100 personas atendidas hubo más falsos positivos que verdaderos positivos o falsos negativos (33).

Los cuadros depresivos moderados a severos, que no son detectados inicialmente por los MAP, son diagnosticados en consultas posteriores dada la característica longitudinal de la relación médico-paciente, mientras que las formas leves de la enfermedad, que son las más dadas a tener una recuperación espontánea, no son detectadas ni tratadas (32,34).

Un estudio longitudinal encontró que el 70% de los pacientes con depresión que no eran detectados inicialmente por los médicos de atención primaria se recuperaban o eran diagnosticados durante el periodo de seguimiento; sin embargo, cerca del 20% de los casos identificados permanecían sintomáticos y no detectados después de tres años (35).

Un estudio encontró que desde la perspectiva de los pacientes, si bien la necesidad de ayuda fue apremiante y buscada ansiosamente, el contacto con el MAP fue relativamente poco significativo cuando se comparó con la magnitud de

los problemas experimentados. Las expectativas que tenían los pacientes con relación a la atención primaria estaban influenciadas tanto por la experiencia personal de la depresión, como por la naturaleza y la percepción del cuidado provisto a nivel primario, y si el paciente consideraba que la naturaleza de su problema era razonable como para ser visto a nivel primario. En general, estas expectativas fueron bajas (36).

Debido a la gran heterogeneidad de los estudios realizados y los resultados dispares arrojados por los mismos en cuanto a la utilidad clínica de la realización de tamizaje para depresión a nivel de la atención primaria, varios autores han realizado meta-análisis; de estos, se destacan cinco: tres de ellos realizados por Gilbody *et al.* (37-39), uno realizado por Pignone *et al.* (40) y el realizado por O'Connor *et al.* (41), estos dos últimos fueron el principal insumo para las recomendaciones de la fuerza de trabajo de los servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) en relación a la realización de tamizaje para depresión a nivel de atención primaria (42). De acuerdo con los hallazgos podemos considerar que hay dos grupos:

Grupo 1

Gilbody *et al.* no encontraron evidencia suficiente que apoyara la utilización rutinaria de instrumentos de detección de depresión en atención primaria con el fin de mejorar el reconocimiento de los trastornos depresivos, su tratamiento o los resultados, reflejados en mejoría del cuadro clínico o reducción en la severidad del mismo. En los meta-análisis realizados por este grupo no se incluyeron los estudios en los que se suministraba alguna forma de apoyo al cuidado de los pacientes (ej. manejo de caso, cuidado colaborativo, intervenciones de enfermería) además del *feedback* del resultado del instrumento de tamizaje al MAP en el grupo intervenido.

Grupo 2

Los meta-análisis realizados por Pignone y O'Connor incluyeron en el análisis los estudios que, además del *feedback* de los resultados del instrumento de tamizaje al MAP, suministraron

diversas formas de apoyo al manejo de los pacientes en el grupo intervenido, así como los estudios en los que aparte del *feedback* no se daba tal apoyo en el manejo en el grupo intervenido.

Pignone *et al.* encontraron que el tamizaje con *feedback* incrementó el reconocimiento de los pacientes con depresión mayor entre el 10 y el 47%. El efecto del *feedback* sobre el tratamiento y los resultados produjo resultados mixtos, observándose gran heterogeneidad en los estudios. Sin embargo, el meta-análisis que los autores realizaron encontró una reducción en el riesgo relativo de una depresión persistente en un 13% en el grupo intervenido. El efecto fue mayor en los estudios que adicionaron medidas de apoyo al seguimiento y manejo de los pacientes en el grupo intervenido que en los estudios en donde solo se suministró *feedback*.

Impacto sobre tratamiento

Cuando el TDM logra detectarse, con frecuencia no recibe el tratamiento óptimo (43,44), obteniéndose resultados por debajo de lo esperado (45).

Un estudio encontró que la probabilidad de prescribir antidepresivos a nivel de atención primaria está asociada con la severidad del cuadro depresivo; sin embargo, casi la mitad de las personas prescritas con antidepresivos no estaban deprimidas (46). Otros autores alertan sobre los riesgos de diagnosticar erróneamente depresión en los pacientes que presentan sintomatología muy leve y pocas consecuencias funcionales, lo que puede conllevar el riesgo de una medicalización innecesaria y potencialmente peligrosa del malestar psicológico.

Seis estudios controlados aleatorizados en los que se aplicó el instrumento de tamizaje y al grupo de intervención se dio retroalimentación del resultado sin apoyo al manejo de los pacientes, no encontraron ningún beneficio en el grupo intervenido en cuanto a aumento del reconocimiento de los pacientes con depresión por parte del MAP, aumento de las tasas de tratamiento o mejoría en los resultados (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios controlados aleatorizados en donde no se dio apoyo al tratamiento y cuyos resultados no favorecieron la realización del tamizaje.

Estudio	N	Escala	Detección en grupo intervenido	Tratamiento en grupo intervenido	Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad
Hoeper, 1984 (47)	1452	GHQ	Igual en ambos grupos	No reportó	No reportó
Dowrick, 1995 (48)	1099	BDI	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos
Lewis, 1996 (49)	681	GHQ	No reportó	No reportó	Igual en ambos grupos
Weatherall, 2000 (50)	100	GDS	No reportó	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos
Schriger, 2001 (51)	218	PRIME-MD	Igual en ambos grupos	No reportó	No reportó
Bergus, 2005, (52)	861	PHQ	No reportó	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos

En contraste con lo anterior, otro grupo de estudios controlados aleatorizados que no incluyeron apoyo al tratamiento como parte de la intervención si encontraron algún beneficio en cuanto a detección, tasa de tratamiento o resultados en el grupo intervenido con respecto al control.

En la mayoría de ellos mejoró la detección de depresión en el grupo intervenido; sin embargo, solo dos estudios reportaron mejoría en los resultados y tan solo uno encontró mejoría en la tasa de tratamiento del grupo intervenido (Tabla 2).

Tabla 2. Estudios controlados aleatorizados en donde no se dio apoyo al tratamiento y cuyos resultados favorecieron la realización del tamizaje

Estudio	N	Escala	Detección en grupo intervenido	Tratamiento en grupo intervenido	Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad
Johnstone, 1976 (53)	1093	GHQ	No reportó	No reportó	Mayor en grupo intervenido
Moore, 1978 (54)	212	SDS	Mejóro	No reportó	No reportó
Linn, 1980 (55)	150	SDS	Mejóro	Igual en ambos grupos	No reportó
Zung and Magill, 1983 (56)	1086	SDS	Mejóro	No reportó	Mayor en grupo intervenido
German, 1987 (57)	488	GHQ	Mejóro en los >65 a	Igual en ambos grupos	No reportó
Magruder-Habib, 1990 (58)	100	SDS	Mejóro	Mejóro	No reportó
Christensen, 2003 (59)	1785	SCL-8	Mejóro en cuadros más severos	No reportó	No reportó

Diagnóstico erróneo

Los pacientes diagnosticados erróneamente con TDM en la atención primaria (falsos positivos) suelen presentar mayores niveles de malestar psicológico de tipo depresivo, mayores repercusiones funcionales y peor percepción de su salud que los verdaderos negativos. Además, suelen afirmar que el motivo de consulta son los síntomas psicológicos en mayor proporción que los verdaderos negativos. La tercera parte de ellos tienen antecedentes de cuadros depresivos previos, y la salud física en términos generales es peor que lo reportado por los verdaderos negativos (60). El número de falsos positivos es mayor que el número de falsos negativos debido a la baja prevalencia de depresión en la mayoría de servicios de atención primaria.

Intervenciones para mejorar [T3]

Un grupo de investigadores Neozelandés encontró que la relación entre el médico y el paciente es importante en la detección de los trastornos mentales a nivel primario, ya que los MAP son efectivos en identificar los problemas de salud mental en los pacientes que ellos conocen y que han venido atendiendo a lo largo del tiempo y que los instrumentos de detección son más útiles en los pacientes vistos por primera vez (61).

En estudios en los que se evaluó la utilización de guías, conferencias y grupos de discusión para mejorar la tasa de detección de depresión por parte de los MAP no se observó mejoría en el reconocimiento de los casos, ni en el resultado del tratamiento (32, 62, 63). Otros estudios han encontrado que las intervenciones educativas pueden aumentar el diagnóstico de depresión, en pacientes con riesgo moderado y alto de presentar esta patología, por parte de los médicos de atención primaria (64).

Adicionalmente, el entrenamiento de los MAP en destrezas de comunicación y reatribución sintomática, entre otras, mejoró los resultados del tratamiento a corto plazo en los pacientes, especialmente en aquellos con inicio reciente del TDM (65).

Nueve estudios en los que se implementó alguna de las modalidades de apoyo al tratamiento en el grupo intervenido reportaron mejoría en la detección, la tasa de tratamiento o en el resultado del cuadro clínico en dicho grupo comparado con el control. La mayoría reportaron mejoría en la tasa de tratamiento (siete estudios), seguidos por los resultados (seis) y menos de la mitad en la detección (Tabla 3).

Tabla 3. Estudios controlados aleatorizados en donde se dio apoyo al tratamiento cuyos resultados favorecieron la realización del tamizaje.

Estudio	N	Escala	Detección en grupo intervenido	Tratamiento en grupo intervenido	Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad
Zung and King, 1983 (66)	49	SDS	No reportó	No reportó	Mayor en grupo intervenido
Callahan, 1994 (67)	175	HAM-D	Mejóro	Mejóro	Igual en ambos grupos
Callahan, 1996 (68)	222	HAM-D	Igual en ambos grupos	Mejóro	Igual en ambos grupos
Williams, 1999 (20)	969	CES-D & SQ	Mejóro	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos
*Katzelnick, 2000 (69)	407	HAM-D	No reportó	Mejóro	Mayor en grupo intervenido
Wells, 2000 (70)	1356	CES-D	No reportó	Mejóro	Mayor en grupo intervenido
Rost, 2001 (71)	479	2 Qs	No reportó	Mejóro	Mayor en grupo intervenido
Jarjoura, 2004 (72)	61	PRIME-MD	Mejóro	Mejóro	Mayor en grupo intervenido
Rubenstein, 2007 (73)	792	GDS	Mejóro	Mejóro	Mayor en grupo intervenido

*Se dio feedback a los pacientes, no a los MAP

Dos estudios controlados aleatorizados, en los que se dio apoyo al tratamiento en el grupo de intervención, reportaron iguales resultados para ambos grupos en cuanto a detección, tasa de tratamiento y mejoría clínica del cuadro depresivo (Tabla 4)

Tabla 4. Estudios controlados aleatorizados en donde se dio apoyo al tratamiento cuyos resultados no favorecieron la realización del tamizaje.

Estudio	N	Escala	Detección en grupo intervenido	Tratamiento en grupo intervenido	Resultado: mejoría del cuadro clínico o severidad
Whooley, 2000 (74)	331	GDS	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos
Bosmans, 2006 (75)	145	GDS	No reportó	Igual en ambos grupos	Igual en ambos grupos

Un estudio que evaluó el costo-efectividad de realizar tamizaje para depresión a nivel primario encontró que el tamizaje anual o periódico no es una intervención costo-efectiva. El proceso es costo-efectivo comparado con la no realización de tamizaje únicamente en las instituciones con alta prevalencia de TDM, con costos muy bajos de tamizaje y con altas tasas de remisión. El tamizaje por una sola ocasión puede ser costo-efectivo en el sitio de cuidado habitual. Algunos autores recomiendan que los sistemas de salud deben invertir primero en implementar tratamientos estructurados para el TDM antes que en el tamizaje, ya que el costo-efectividad del último depende en gran medida de la efectividad del primero (76).

Discusión

El porcentaje de personas que resultan positivas para depresión en los instrumentos de tamizaje y que efectivamente llenan los criterios de TDM varía entre el 24 y el 44%, porcentaje similar a la tasa de detección que realizan los MAP sin instrumentos de tamizaje. La mayoría de las personas que dan positivo en dichos instrumentos no llenarán los criterios para depresión mayor, aunque algunos de ellos podrían beneficiarse de consejería o tratamiento. Quizás entonces los

instrumentos de tamizaje son útiles para motivar a los médicos a realizar un seguimiento más detallado (21).

Los pacientes deprimidos que no son detectados en atención primaria suelen ser jóvenes que tienen formas leves de la enfermedad, consultan por molestias de tipo somático y no se consideran a sí mismos como pacientes que sufren de un trastorno mental (21,77). Un porcentaje importante de estos pacientes que no son detectados inicialmente suelen recuperarse espontáneamente o ser diagnosticados en evaluaciones posteriores durante el seguimiento. Sin embargo, el 20% tienden a tornarse crónicos.

El elevado número de falsos positivos que arroja tanto la aplicación de los instrumentos de tamizaje existentes como la evaluación rutinaria del MAP, en parte debido a la baja prevalencia del trastorno a nivel primario, constituyen un verdadero reto clínico, ya que muchas personas que no padecen el trastorno están siendo sometidas a intervenciones innecesarias (ej. psicofármacos).

La habilidad para reconocer la enfermedad depresiva varía mucho entre los médicos de atención primaria, desde

aquellos que son capaces de detectar a todos los pacientes que presentan depresión corroborado mediante entrevistas independientes, hasta aquellos que detectan muy pocos casos. Las destrezas de comunicación de los MAP son quizás el elemento fundamental para detectar el malestar emocional de los pacientes deprimidos, de tal forma que aquellos con mayores destrezas facilitan la capacidad de comunicación de los pacientes en cuanto a malestar emocional, lo que hace que la detección sea más fácil. Los MAP que tienen pobres habilidades de comunicación son más propensos a actuar de manera cómplice con la tendencia de los pacientes deprimidos a no expresar el malestar que presentan, a menos que sean preguntados directamente sobre el mismo (78).

Los factores asociados al pobre reconocimiento de los cuadros depresivos a nivel de la atención primaria pueden agruparse en cuatro.

Factores relacionados con la persona con TDM. Los pacientes pueden tener dificultad para expresar su malestar psicológico y discutirlo con el MAP, especialmente cuando no se sienten seguros de que la sintomatología depresiva sea una razón legítima para consultar al médico (79). No obstante, algunas personas creen que el MAP no es la persona correcta para hablar de estos síntomas, o que dichas molestias no deberían discutirse. Los pacientes más jóvenes, los que consultan frecuentemente y los que presentan mayor discapacidad psiquiátrica, constituyen el grupo de personas que menos tienden a comentar sus síntomas psicológicos con el MAP (80).

Las expectativas que el paciente tenga de la ayuda que puede recibir a nivel primario pueden determinar el grado de comunicación de las molestias sentidas y la satisfacción obtenida por la atención recibida. A menor expectativa, menor posibilidad que el paciente manifieste sus síntomas emocionales.

Factores del MAP. La construcción de la “depresión” como una condición clínica es controvertida entre los MAP (81). Los médicos y el personal de atención primaria pueden ser reacios a abrir una “caja de pandora” en una consulta de tiempo limitado y en vez de ello se alían con la persona que sufre depresión en lo que se ha denominado “nihilismo terapéutico” (la sensación que nada puede hacerse por estos pacientes). Situación que se da sobre todo con los pacientes mayores que sufren depresión, en los que se considera la depresión como un problema del trabajo diario más que una categoría diagnóstica objetiva (82). En áreas deprivadas, el MAP puede ver la depresión como una respuesta normal a las circunstancias difíciles, las enfermedades o los eventos vitales (83), y la depresión puede ser subdiagnosticada.

Los médicos de atención primaria también pueden tener un conocimiento deficiente sobre el trastorno y carecer de entrenamiento adecuado sobre el manejo, así como poca satisfacción con los tipos de tratamiento que pueden ser ofrecidos, especialmente la falta de disponibilidad de intervenciones psicológicas, lo que reduce su habilidad para realizar un diagnóstico y mina su confianza para tratar la enfermedad en forma exitosa (31).

Factores organizacionales. Los factores propios del sistema de salud que dificultan la identificación y descubrimiento de los síntomas y problemas, como el tiempo disponible para cada consulta, la continuidad de la relación médico-paciente, que junto con el limitado acceso a los servicios de salud mental se suman a la resistencia de los profesionales a animar a los pacientes para que revelen su malestar, para que la detección y manejo de los trastornos depresivos en atención primaria sea pobre (84).

Factores sociales. Las barreras descritas suelen ser particularmente difíciles para los estratos socioeconómicos más bajos y las poblaciones minoritarias, quienes tienden a tener más problemas de salud y están más discapacitados. La barrera del estigma descrita debe contrastarse con los argumentos que afirman que la depresión es una construcción social en la que el malestar o la infelicidad son medicalizados y la insinuación que la infelicidad crónica no es “tratable” en el sentido terapéutico o curativo normal (85,86).

Los estudios muestran que las intervenciones que incluyen la implementación de guías de práctica clínica con la participación y apoyo de equipos de salud mental a nivel primario son más efectivas que el cuidado primario de rutina y que las intervenciones orientadas a educar al médico de atención primaria, sin embargo, resultan mucho más costosas (63).

Conclusiones

La depresión es el trastorno mental más frecuente en la atención primaria. El hecho que el 50% de las personas que padecen depresión nunca consulten al médico, que el 95% nunca consulte a los servicios de atención mental secundarios y que otro porcentaje importante no sea detectado ni tratado constituye un desafío para los programas de atención primaria (87,42).

El MAP cuenta con varios instrumentos de tamizaje válidos y confiables para la detección del TDM a nivel primario, dentro de los que se destacan los instrumentos cortos como las escalas de una, dos y tres preguntas, cuya brevedad y simplicidad facilitan su utilización en la práctica clínica.

Cualquiera que sea la escala a utilizar, debería emplearse en pacientes en los que el clínico sospeche la presencia de depresión y, de resultar positiva, realizar una entrevista o evaluación orientada a confirmar la presencia del trastorno, las dificultades sociales, interpersonales y funcionales asociadas. En términos generales, los MAP son capaces de descartar la presencia de depresión en las personas que no están realmente deprimidas con una razonable precisión, pero tienen dificultad en diagnosticar depresión en los casos verdaderos.

Sin embargo, el tamizaje de rutina para depresión tiene en contra una serie de aspectos a considerar: el bajo valor predictivo positivo (muchos pacientes que dan positivo en el tamizaje no tienen depresión), la carencia de evidencia empírica de que dicho procedimiento beneficia a los pacientes, el gasto de recursos en pacientes que pueden tener poco beneficio (muchos pacientes que son detectados por dicha aproximación pueden estar levemente deprimidos y recuperarse sin una intervención formal) y la desviación de los recursos lejos de los pacientes que están más deprimidos y que como resultado pueden ser tratados en forma inadecuada.

Una de las mayores dificultades resultantes de la detección, ya sea a través de un instrumento o producto de la consideración del MAP, son los falsos positivos.

De acuerdo con los estudios, resulta más útil mejorar el seguimiento y el tratamiento de los pacientes deprimidos a nivel primario que la detección misma de los pacientes, ya que la mejoría de estos aspectos, a través de diversas formas de apoyo, se refleja en mejores tasas de tratamiento y recuperación de los pacientes, situación que no necesariamente sucede mejorando las tasas de reconocimiento.

La educación de la población general acerca del trastorno depresivo, sus manifestaciones clínicas y las posibilidades de tratamiento pueden contribuir a desestigmatizar esta enfermedad y facilitar el reconocimiento y aceptación por parte de los pacientes, familias y la comunidad en general.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores

Financiación

Ninguna declarada por los autores

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores

Referencias

1. Ferrari a J, Somerville a J, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, *et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013;43(3):471-481. <http://doi.org/5jk>.
2. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90. <http://doi.org/cxhbb6>.
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fundación FES. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001-Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
5. World Health Organization N. The global burden of disease: 2004 update.; Geneve: WHO; 2008.
6. Ormel J, Vonkorff M, Oldehinkel AJ, Simon G, Tiemens BG, Ustün TB. Onset of disability in depressed and non-depressed primary care patients. *Psychol Med.* 1999;29(4):847-853. <http://doi.org/cb5g9c>.
7. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007; 370(9590):851-858. <http://doi.org/fsn87k>.
8. Cassano P, Fava M. Depression and public health: An overview. *J Psychosom Res.* 2002;53(4):849-857. <http://doi.org/c59jf8>.
9. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J.* 2006; 27(23):2763-2774. <http://doi.org/csnc8c>.
10. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(1 Suppl):8-11.
11. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(12):1925-1932. <http://doi.org/bg3vbg>.
12. Ramchandani P. The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ.* 2003; 327:242-243. <http://doi.org/dqbd5r>.
13. Wittchen HU, Schuster P, Lieb PSR. Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorder: Clinical curiosity or pathophysiological need? *Hum Psychopharmacol.* 2001; 16(1 Suppl):S21-S30. <http://doi.org/cknsnj>.
14. Andrews G, Anderson TM, Slade T, Sunderland M. Classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depression and Anxiety.* 2008; 25(4):274-281. <http://doi.org/brjhjw>.
15. Williams JW, Pignone M, Ramírez G, Pérez C. Identifying depression in primary care: A literature synthesis of case-finding instruments. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002; 24(4):225-237. <http://doi.org/b72xr6>.
16. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ.* 2006; 332(7548):1027-1030. <http://doi.org/czvdmd>.

17. **Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS.** Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997; 12(7):439-445. <http://doi.org/fs2nbn>.
18. **Arroll B, Khin N, Kerse N.** Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ.* 2003; 327(7424):1144-1146. <http://doi.org/fhqkg>.
19. **Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J.** Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ.* 2005; 331(7521):884. <http://doi.org/ftw5s4>.
20. **Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Dhanda R, Badgett RG, Omori D, et al.** Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med.* 1999; 106(1): 36-43. <http://doi.org/cpgcb3>.
21. **Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB.** Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA.* 1999; 282(18):1737-1744. <http://doi.org/b9xrff>.
22. **Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN.** Diagnostic Accuracy of Spanish Language Depression-Screening Instruments. *Ann Fam Med.* 2009; 7(5):455-62. <http://doi.org/fnkjgp>.
23. **Campo A, Díaz LA, Rueda GE, Barros JA.** Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005; 34(1):54-62.
24. **Rico J, Restrepo M, Molina M.** Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de colombia. *Av en Medición.* 2005; 3(1):73-86.
25. **Villalobos FH.** Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(1):110-6. <http://doi.org/bqqfnk>.
26. **Rueda GE, Díaz LA, López MT, Campo A.** Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009; 38(3):513-521.
27. **Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, et al.** Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA.* 1994; 272(22):1749-1756. <http://doi.org/ddbphg>.
28. **Williams JW, Noël P, Cordes J, Ramírez G, Pignone M.** Is this patient clinically depressed? *JAMA.* 2002; 287(9):1160-1170. <http://doi.org/d8f3j6>.
29. **Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C.** Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychol Med.* 1998; 28(6):1289-1299. <http://doi.org/dg5m32>.
30. **Raine R, Lewis L, Sensky T, Hutchings A, Hirsch S, Black N.** Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract.* 2000;50(457):620-625.
31. **Docherty JP.** Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(1 Suppl): S5-10.
32. **Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL.** Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry.* 2001; 179(4):317-323. <http://doi.org/fhzfnd>.
33. **Mitchell AJ, Vaze A, Rao S.** Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009; 374(9690):609-619. <http://doi.org/bxkgvv>.
34. **Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al.** The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003; 289(23):3095-3105. <http://doi.org/cxq>.
35. **Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D.** Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ.* 2002; 325(7371):1016-1017. <http://doi.org/c9z45w>.
36. **Rogers Dianne Oliver, Anne CM.** Experiencing depression, experiencing the depressed: The separate worlds of patients and doctors. *J Ment Heal.* 2001; 10(3):317-333. <http://doi.org/dgtb98>.
37. **Gilbody SM, House AO, Sheldon TA.** Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ.* 2001; 322(7283):406-409. <http://doi.org/cjkb3h>.
38. **Gilbody S, House AO, Sheldon TA.** Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005. <http://doi.org/fmhmwk>.
39. **Gilbody S, Sheldon T, House A.** Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ.* 2008; 178(8):997-1003. <http://doi.org/cj2jz2>.
40. **Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al.** Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 136(10):765-776. <http://doi.org/5kg>.
41. **O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN.** Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009; 151:793-803. <http://doi.org/5wp>.
42. **U.S. Preventive Services Task Force.** Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151(11):784-92. <http://doi.org/5kh>.
43. **Katon W, von Korff M, Lin E, Bush T, Ormel J.** Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care. *Med Care.* 1992; 30(1): 67-76. <http://doi.org/dzw3dh>.
44. **Donoghue JM, Tylee A.** The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *Br J Psychiatry.* 1996; 168(2):164-168. <http://doi.org/fkv6p4>.
45. **Rost K, Humphrey J, Kelleher K.** Physician management preferences and barriers to care for rural patients with depression. *Arch Fam Med.* 1994; 3(5):409-414. <http://doi.org/fjtt3c>.
46. **Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW.** GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(513):280-6.
47. **Hoeper EW, Kessler LG, Nycz GR, Burke JD, Pierce WE.** The usefulness of screening for mental illness. *Lancet.* 1984; 323(8367):33-35. <http://doi.org/c8n9sj>.

48. **Dowrick C, Buchan I.** Twelve month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ.* 1995; 311(7015):1274-1276. <http://doi.org/cmbtd4>.
49. **Lewis G, Sharp D, Bartholomew J, Pelosi AJ.** Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. *Fam Pract.* 1996; 13(2):120-126. <http://doi.org/dsckp3>.
50. **Weatherall M.** A randomized controlled trial of the geriatric depression scale in an inpatient ward for older adults. *Clin Rehabil.* 2000; 14(2):186-191. <http://doi.org/fk5h75>.
51. **Schriger DL, Gibbons PS, Langone CA, Lee S, Altshuler LL.** Enabling the diagnosis of occult psychiatric illness in the emergency department: A randomized, controlled trial of the computerized, self-administered PRIME-MD diagnostic system. *Ann Emerg Med.* 2001; 37(2):132-140. <http://doi.org/dw5q2r>.
52. **Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R, Ward MM, James PA, Vaughn T, et al.** The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. *J Rural Heal.* 2005; 21(4):303-309. <http://doi.org/d3b3bv>.
53. **Johnstone A, Goldberg D.** Psychiatric screening in general practice. A controlled trial. *Lancet.* 1976; 1(7960):605-8. <http://doi.org/dx37xr>.
54. **Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA.** Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. *J Fam Pract.* 1978; 7(3):509-13.
55. **Linn LS, Yager J.** Screening of depression in relationship to subsequent patient and physician behavior. *Med Care.* 1982; 20(12):1233-1240. <http://doi.org/bj825r>.
56. **Zung WWK, Magill M, Moore JT, George DT.** Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry.* 1983; 44(1):3-6.
57. **German PS, Shapiro S, Skinner EA, Von Korff M, Klein LE, Turner RW, et al.** Detection and Management of Mental Health Problems of Older Patients by Primary Care Providers. *JAMA.* 1987; 257(4):489-493. <http://doi.org/fh9m92>.
58. **Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR.** Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care.* 1990; 28(3):239-250. <http://doi.org/c9ntqz>.
59. **Christensen KS, Toft T, Frostholm L, Ørnbol E, Fink P, Olsen F.** The FIP study: a randomised, controlled trial of screening and recognition of psychiatric disorders. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(495):758-63.
60. **Aragones E, Pinol J, Labad A.** The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract.* 2006; 23(3):363-368. <http://doi.org/cpcdxg>.
61. **MaGPIe Research Group.** The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *Br J Gen Pract.* 2005; 55(518):665-9.
62. **Kendrick T, Stevens L, Bryant A, Goddard J, Stevens A, Raftery J, et al.** Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequence. *Br J Gen Pract.* 2001; 51(472):911-3.
63. **Thompson C1, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al.** Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet.* 2000; 355(9199):185-191. <http://doi.org/d9dj3m>.
64. **Gómez C, Bohórquez A, Okuda M, Gil JF, Tamayo N, Rey D.** Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007; 36(3):439-50.
65. **Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, van der Meer K, Van Os TW, van den Brink RH, et al.** Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med.* 1999; 29(4):833-845. <http://doi.org/dg2k8v>.
66. **Zung WW, King RE.** Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. *J Clin Psychiatry.* 1983; 44(10):365-8.
67. **Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM.** Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42(8):839-846. <http://doi.org/5kn>.
68. **Callahan CM, Dittus RS, Tierney WM.** Primary care physicians' medical decision making for late-life depression. *J Gen Intern Med.* 1996; 11(4):218-225. <http://doi.org/ddj9tr>.
69. **Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al.** Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med.* 2000; 9(4):345-51. <http://doi.org/d9sv9t>.
70. **Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, et al.** Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000; 283(2):212-220. <http://doi.org/c7thrd>.
71. **Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N.** Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QuEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(3):143-149. <http://doi.org/bmmhfz>.
72. **Jarjoura D, Polen A, Baum E, Kropp D, Hetrick S, Rutecki G.** Effectiveness of Screening and Treatment for Depression in Ambulatory Indigent Patients. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(1):78-84. <http://doi.org/d9vprm>.
73. **Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Trinidad Hoyl M, Harker JO, Pietruszka FM.** A randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(2):166-174. <http://doi.org/dx883n>.
74. **Whooley MA, Stone B, Soghikian K.** Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2000; 15(5):293-300. <http://doi.org/d7gfwk>.
75. **Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, van Marwijk H, Beekman A, Bouter L, et al.** Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2006; 21(10):1020-1026. <http://doi.org/ch5zfc>.
76. **Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A.** The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med.* 2001; 134(5):345-60. <http://doi.org/5kp>.
77. **Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M.** The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract.* 1998; 48(437):1840-1844.

78. **Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Faragher EB.** The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med.* 1993; 23(1):185-193. <http://doi.org/fm53gc>.
79. **Gask L, Rogers A, Oliver D, May C, Roland M.** Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract.* 2003; 53(489):278-283.
80. **Bushnell J, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, et al.** Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Fam Pract.* 2005; 22(2):631-637. <http://doi.org/dt3xrp>.
81. **Pilgrim D, Dowrick C.** From a diagnostic-therapeutic to a social existential response to "depression". *J Public Ment Health.* 2006; 5(2):6-12. <http://doi.org/dr5xq7>.
82. **Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C.** "Justifiable depression": How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* 2006; 23(3):369-377. <http://doi.org/d7s7nj>.
83. **May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al.** Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Sociol Health Illn.* 2004;26(2):135-158. <http://doi.org/b9m2fv>.
84. **Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J.** Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(11):966-971. <http://doi.org/dwfdvt>.
85. **Ellis CG.** Chronic unhappiness. Investigating the phenomenon in family practice. *Can Fam Physician.* 1996; 42: 645-651.
86. **Pilgrim D, Bentall R.** The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *J Ment Heal.* 1999; 8(3):261-274. <http://doi.org/c89jck>.
87. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. London: NICE, 2009.