

**ESTUDI DELS TRASTORNS DEPRESSIUS A
L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

TESI DOCTORAL

ENRIC ARAGONÈS BENAIGES

**DEPARTAMENT DE MEDICINA I CIRURGIA
FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT
UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

2004

*Dedicat a la Montse, la meva dona,
i als meus fills Enric, Guillem i Júlia*

AGRAÏ MENTS

Aquesta tesi es el resultat del treball i el suport de persones i institucions a qui vull fer patent el meu agraï ment:

De forma molt especial al Professor Dr. Antonio Labad Alquézar, Catedràtic de Psiquiatria de la Universitat Rovira i Virgili, director d'aquesta tesi, qui m'ha ofert la seva disponibilitat en totes les etapes del llarg procés del doctorat i qui m'ha transmès els seus coneixements i la seva experiència que han contribuï t al que de bo pugui tenir aquest tesi. Fou ell qui, després d'acabar la meva residència de medicina de família, em va acollir en la meva primera experiència laboral com a metge de família —com a metge “somatòleg” en deien allí— a l'Institut Pere Mata, on es va desvetllar el meu interès per la salut mental.

Al Dr. Josep Lluís Piñol Moreso, responsable de la Unitat de Suport a la Investigació del Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat, co-director d'aquesta tesi, per la seva saviesa de la qual n'he pogut treure profit en la preparació, anàlisi i interpretació de les dades d'aquest projecte, compartint moltes hores davant la pantalla de l'ordinador.

A les meves companyes del Centre d'Atenció Primària de Constantí, que em van dedicar desinteressadament matins i tardes en la realització del treball de camp: les metgesses Rosa Maria Masdéu, Maria Antònia Gutiérrez, Sílvia Folch i les infermeres Magdalena Pino, Carme Lucena, Josepa Cervera i Núria Mèlich.

L'estudi no hauria estat possible sense la generosa col·laboració dels metges i metgesses dels Centres d'Atenció Primària de Reus: Sant Pere I i Sant Pere II (F. Martín, D. Montañés, J. García, J. Cabré, M. Ferré, I. Sánchez-Oro, E. Moltó) i Riera Miró (D. Garola, M. Baldrich); els Centres d'Atenció Primària a Tarragona: Sant Pere i Sant Pau (F. Grifoll, R. Romagosa), Torreforta (N. Saún, C.M. Fuentes) i Bonavista (G. Cando, P. Camós), i els Centres d'Atenció Primària de Salou (C. Fernández, E. García), El Morell (S. Montserrat, F. Ester), Alcover (J. Pallejà, C. Rodríguez, X. Luque) i Constantí (S. Folch, R. Masdéu), que ens van permetre la intromissió en les seves consultes i a qui devem l'alta taxa de participació dels seus pacients.

El meu reconeixement al Dr. Ignasi Pascual Morón, Gerent de l'Àmbit d'Atenció Primària de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre de l'Institut Català de la Salut, i al Dr.

Albert Gómez Sorribes, Director del Servei d'Atenció Primària Tarragona-Valls de l'Institut Català de la Salut, que m'han proporcionat totes les facilitats per poder conciliar la meva feina assistencial quotidiana amb la extensa dedicació que ha precisat la realització d'aquest projecte d'investigació.

Reconec en el Dr. Josep Basora, Director Científic de l'Àmbit d'Atenció Primària de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre, el seu entusiasme i la seva energia encomanadissos.

Agraeixo a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (Ajut a la Recerca, 2001), a la Fundació Jordi Gol i Gurina (Beca d'Investigació per a l'Atenció Primària, 2002-2003), a la Red Española de Atención Primaria REAP (Beca de Investigación en Atención Primaria, 2002) i al Instituto de Salud Carlos III — Ministerio de Sanidad y Consumo (FIS Exp. PI202162) pel seu suport financer.

Estic particularment agraït a la Fundació Jordi Gol i Gurina per la concessió d'una beca pre-doctoral (2002-2003).

ÍNDIX	<i>pàgina</i>
Resum	I
Resumen	IV
Abstract	VII
Abreviatures	X
1. Introducció	1
1.1. Prevalença dels trastorns depressius en atenció primària	1
1.2. Presentació clínica dels trastorns depressius en atenció primària	3
1.3. Detecció de la depressió en atenció primària	4
2. Objectius	9
3. Mètodes	10
3.1. Ubicació	10
3.2. Subjectes d'estudi	12
3.3. Disseny	12
3.4. Mida de la mostra	14
3.5. Procediment	14
3.6. Variables i instruments de mesura	15
3.6.1. Primera fase	15
<i>Zung's Self-Rating Depression Scale</i>	15
<i>Qüestionari de dades sociodemogràfiques</i>	19
3.6.2. Segona fase	20
<i>Motius de consulta/símptomes presents i atribució</i>	20
<i>Malalties cròniques</i>	21
<i>Tractaments</i>	21
<i>Freqüentació i us de serveis sanitaris</i>	22
<i>Dies d'activitat restringida</i>	22
<i>Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI)</i>	22
<i>Qüestionari de Salut SF-12</i>	23
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)</i>	24
<i>Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)</i>	25
<i>Judici clínic del metge d'atenció primària</i>	26
3.7. Aspectes ètics	27

3.8. Estudi pilot	28
3.9. Pla d'anàlisi	31
3.9.1. Ponderació de les dades	31
3.9.2. Estimació de la variança	31
3.9.3. Pla d'anàlisi per a l'objectiu 1	32
3.9.4. Pla d'anàlisi per a l'objectiu 2	32
3.9.5. Pla d'anàlisi per als objectius 3 i 4.	33
4. Resultats	35
4.1. Participació i característiques generals de la mostra	35
4.2. Prevalença dels trastorns depressius a l'atenció primària	39
4.2.1. Depressió major actual.	39
4.2.2. Depressió major passada	44
4.2.2. Distímia	44
4.3. Presentació clínica dels trastorns depressius en relació als síntomes somàtics (somatització)	49
4.4. Detecció de la depressió pel metge d'atenció primària	56
4.4.1. El judici clínic del metge com a mètode diagnòstic	56
4.4.2. A qui identifiquen els metges com a deprimits?	59
4.4.3. Factors associats al infradiagnòstic dels trastorns depressius en atenció primària	65
4.4.4. Factors associats al sobrediagnòstic dels trastorns depressius pels metges d'atenció primària	72
4.5. Maneig de la depressió en atenció primària	77
5. Discussió	83
<i>Qualitats i limitacions de l'estudi</i>	83
<i>Prevalença</i>	85
<i>Somatització</i>	88
<i>El metge d'atenció primària i el diagnòstic dels trastorns depressius</i>	91
<i>El tractament dels trastorns depressius en atenció primària.</i>	96
6. Conclusions	98
7. Bibliografia	100
Annex I. Self-Rating Depression Scale de Zung, versió castellana	111
Annex II. Criteris diagnòstics per al Episodi depressiu major i per al Trastorn distímic (DSM-IV)	113
Annex III. Qüestionari de Salut SF-12	118
Annex IV. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).	122

Annex V. Dictamen del Comitè Ètic d'Investigació de la Fundació Jordi Gol i Gurina	124
Annex VI. Manuscrits, publicacions i comunicacions a congressos dels resultats d'aquesta tesi	126
Annex VII. Beques i premis	130

RESUM

INTRODUCCIÓ

Els trastorns depressius constitueixen un problema de salut pública de primera magnitud, tant per la seva alta prevalença com per les seves repercussions. L'atenció primària és l'àmbit fonamental per a l'abordatge d'aquests trastorns i és on, de fet, són atesos la major part dels pacients amb depressió. Tanmateix una alta proporció dels pacients deprimits visitats en aquest nivell no són detectats com a tals i resten aliens als beneficis d'una intervenció terapèutica.

OBJECTIUS

Quantificar i analitzar la presència i expressió del fenomen depressiu en el context de l'atenció primària:

- Determinant la prevalença dels trastorns depressius (depressió major i distímia) en els pacients atesos.
- Analitzant el fenomen de la somatització de la depressió.
- Analitzant el paper del metge d'atenció primària en el diagnòstic i tractament de la depressió.

MÈTODE

L'estudi es va realitzar en 10 consultes d'atenció primària del Camp de Tarragona.

Es va dissenyar un estudi transversal amb dues fases. La primera fase va consistir en el cribratge, amb la Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS), de 906 pacients consecutius que visitaven al seu metge per qualsevol problema de salut. Es va seleccionar una submostra estratificada segons els resultats del cribratge per ser avaluada en la segona fase: tots els 209 pacients amb resultat positiu i 97 pacients amb resultat negatiu (1/7 aleatori).

La segona fase va consistir en l'entrevista Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) per establir els diagnòstics dels trastorns psiquiàtrics, més una bateria d'escalles i qüestionaris, que incloï en la identificació dels motius de consulta i símptomes presents, comorbiditat mèdica, medicació consumida, utilització de serveis sanitaris,

repercussió funcional i vital de la depressió i una enquesta de valoració i detecció de la depressió pel metge d'atenció primària del pacient.

RESULTATS

Prevalença

La prevalença de depressió major va ser del 14.3 % (IC 95 %: 11.2-17.4) i la de distímia del 4.8 % (IC 95 %: 2.8-6.8). El sexe femení, el trastorn d'angoixa, el trastorn d'ansietat generalitzada, la presència de úlcera gastroduodenal/gastritis, la freqüència de les visites d'atenció primària i la presentació clínica amb símptomes psicològics enfront la presència exclusiva de símptomes somàtics es van associar independentment a la presència de depressió major. El trastorn d'ansietat generalitzada, la manifestació de símptomes psicològics i la presència de malalties orgàniques cròniques es van associar independentment a la prevalença de distímia.

Somatització

El 45.4% dels pacients amb trastorns depressius es van classificar com a depressió amb presentació psicològica, el 35.6% com a depressió somatitzada i el 19.1 % com a trastorn orgànic comòrbid amb depressió. Comparant els pacients deprimits que manifestaven símptomes psicològics explícits amb els somatitzadors vam trobar que aquests últims tenien un nivell educatiu inferior i que la depressió tenia menor gravetat i ocasionava menor repercussió. Els nivells de detecció, de tractament antidepressiu i d'assistència psiquiàtrica especialitzada foren considerablement menors en els somatitzadors.

Diagnòstic

La sensibilitat del diagnòstic de trastorn depressiu per part del metge d'atenció primària enfront el diagnòstic de referència (SCID, DSM-IV) fou del 68.3 % (IC 95%: 56.5-80.0) i l'especificitat del 73.5 % (IC 95%: 66.1-81.0).

L'infradiagnòstic de la depressió en els pacients deprimits es va associar significativament amb el menor nivell educatiu del pacient, amb la menor gravetat i menor repercussió de la depressió i amb la manifestació exclusiva de símptomes somàtics.

La qualificació per part del metge com a deprimits de pacients sense depressió (falsos positius) es va associar significativament a tenir història prèvia de depressió, a poder ser

diagnosticat d'altres trastorns depressius subsindròmics, a l'expressió de símptomes psicològics i a la pitjor autopercepció de la salut.

Tractament

La taxa de pacients deprimits amb tractament antidepressiu va ser del 34 %. Les principals variables associades al fet de pendre antidepressius van ser la gravetat i la repercussió funcional de la depressió, la freqüentació i la presentació psicològica.

CONCLUSIONS

Els trastorns depressius són freqüents en els pacients d'atenció primària.

Sovint la depressió es presenta de forma somatitzada i això dificulta la detecció i el tractament del procés psiquiàtric subjacent.

Una proporció significativa dels pacients deprimits no són detectats, però aquests pacients sovint presenten formes lleus de la depressió on els beneficis de la detecció són dubtosos.

La major part dels pacients deprimits, en qualsevol estrat de gravetat, no reben tractament adequat.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos constituyen un problema de salud pública de primera magnitud, tanto por su alta prevalencia como por sus repercusiones. La atención primaria es el ámbito fundamental en el abordaje de este tipo de trastornos mentales comunes y es donde, de hecho, son atendidos la mayor parte de los pacientes con depresión. Sin embargo, una alta proporción de los pacientes deprimidos atendidos en este nivel no son detectados como tales y permanecen ajenos a los beneficios de una intervención terapéutica.

OBJETIVOS

Cuantificar y analizar la presencia y expresión del fenómeno depresivo en el contexto de la atención primaria:

- Determinando la prevalencia de los trastorno depresivos (depresión mayor y distimia) en los pacientes atendidos.
- Analizando el fenómeno de la somatización de la depresión.
- Analizando el papel del médico de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en sus pacientes.

MÉTODO

El estudio se realizó en 10 consultas de atención primaria en el Camp de Tarragona.

Se diseñó un estudio transversal en dos fases. La primera fase consistió en el cribado, empleando la Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS), de 906 pacientes consecutivos que visitaban a su médico por cualquier problema de salud. Se seleccionó una submuestra estratificada según los resultados del cribado para ser evaluada en la segunda fase: todos los 209 pacientes con resultado positivo y 97 pacientes con resultado negativo (1/7 aleatorio).

La segunda fase consistió en la entrevista Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) para establecer los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos, más una batería de escalas y cuestionarios, que incluían la identificación de los motivos de

consulta y síntomas presentes, comorbilidad médica, medicación consumida, utilización de servicios sanitarios, repercusión funcional y vital de la depresión y una encuesta de valoración y detección de la depresión por el médico de cabecera del paciente.

RESULTADOS

Prevalencia

La prevalencia de depresión mayor fue del 14.3 % (IC 95 %: 11.2-17.4) y la de distimia del 4.8 % (IC 95 %: 2.8-6.8). El sexo femenino, el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la presencia de úlcera gastroduodenal/gastritis, la frecuencia de las visitas de atención primaria y la presentación clínica con síntomas psicológicos frente a la presencia exclusiva de síntomas somáticos se asociaron independientemente a la presencia de depresión mayor. El trastorno de ansiedad generalizada, la manifestación de síntomas psicológicos y la presencia de enfermedades orgánicas crónicas se asociaron independientemente a la prevalencia de distimia.

Somatización

El 45.4% de los casos con trastornos depresivos se clasificaron como depresión con presentación psicológica, el 35.6% como depresión somatizada y el 19.1 % como trastorno orgánico comórbido con depresión. Comparando los pacientes deprimidos que manifestaban síntomas psicológicos explícitos con los somatizadores hallamos que estos últimos tenían un nivel educativo inferior y que la depresión tenía menor gravedad y ocasionaba menor repercusión. Los niveles de detección, de tratamiento antidepresivo y de asistencia psiquiátrica especializada fueron considerablemente menores en los somatizadores.

Detección

La sensibilidad del juicio clínico del médico sobre la presencia de depresión fue del 68.3 % (IC 95%: 56.5-80.0) y la especificidad del 73.5 % (IC 95%: 66.1-81.0).

El infradiagnóstico de la depresión en los pacientes deprimidos se asoció con el menor nivel educativo del paciente, con la menor gravedad y menor repercusión de la depresión y con la manifestación exclusiva de síntomas somáticos.

La calificación como deprimidos de pacientes sin depresión (falsos positivos) se asoció a tener historia previa de depresión, a poder ser diagnosticado de otros trastornos

depresivos subsindrómicos, a la expresión de síntomas psicológicos y a la peor autopercepción de la salud.

Tratamiento

La tasa de pacientes deprimidos con tratamiento antidepresivo fue del 34 %. Las principales variables asociadas al hecho de tomar antidepresivos fueron la gravedad y la repercusión funcional de la depresión, la frecuentación y la presentación psicológica.

CONCLUSIONES

Los trastornos depresivos son frecuentes en los pacientes consecutivos de atención primaria.

A menudo la depresión se presenta de forma somatizada y este hecho dificulta la detección y el tratamiento del proceso psiquiátrico subyacente.

Una proporción significativa de los pacientes deprimidos no son detectados, estos pacientes a menudo presentan formas leves de depresión donde los beneficios de la detección son dudosos.

La mayor parte de los pacientes deprimidos, en cualquier estrato de gravedad, no reciben tratamiento adecuado.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Depressive disorders are a public health problem of the first order, both for their high prevalence and repercussion. Primary care is the main area in which these disorders can first be tackled and it is, in fact, where most patients with depression are dealt with. Nevertheless, a considerable proportion of depressed patients who are seen at this level of care are not detected and remain unaware of the benefits of therapeutic intervention.

AIMS

To analyse the presence and expression of depression in the context of primary care by:

- Determining the prevalence of depressive disorders (major depression and dysthymia) in attended patients.
- Analysing the phenomenon of somatization of depression.
- Analysing the role of general practitioners in the diagnosis and treatment of depression in their patients.

METHOD

The study was carried out in ten primary health care surgeries in the Camp de Tarragona. A cross sectional, two phase study was designed. The first phase used Zung's Self-Rating Depression Scale (SDS) to screen 906 consecutive patients who visited their general practitioner for a variety of health problems. The results of the screening led to a stratified subsample being selected, which was assessed in the second phase. This subsample consisted of all the 209 patients with a positive result and 97 patients with a negative result (1/7 random).

The second phase consisted of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID), which was used to diagnose the psychiatric disorders, plus a battery of scales and questionnaires, which included the motives for consultation and current symptoms, medical comorbidity, the medication taken, the use of health services, the functional and vital repercussions of the depression and a survey for assessing and detecting the depression by the patient's general practitioner.

RESULTS

Prevalence

The prevalence of major depression was 14.3 % (95 % CI: 11.2-17.4) and of dysthymia it was 4.8 % (95 % CI: 2.8-6.8). The female sex, panic disorder, generalised anxiety disorder, gastroduodenal ulcer/gastritis, the frequency of primary care visits and clinical presentation with psychological symptoms and not only somatic symptoms were independently associated with the presence of major depression. Generalised anxiety disorder, the manifestation of psychological symptoms and the presence of chronic organic diseases were independently associated with the presence of dysthymia

Somatization

A total of 45.5 % of the cases of depressive disorders were classified as depression with psychological presentation, 35.6 % as somatized depression and 19.1 % as a comorbid organic disorder with depression. Comparing the depressed patients who manifested explicit psychological symptoms with the somatizers, we found that the latter had a lower educational level and that the depression was less severe and had fewer repercussions. The levels of detection, antidepressive treatment and specialized psychiatric care were considerably lower in the somatizers.

Detection

The sensitivity of the general practitioner's clinical judgement about the presence of depression was 68.3 % (IC 95%: 56.5-80.0) and the specificity was 73.5 % (IC 95%: 66.1-81.0).

Non-diagnostic of depression in depressed patients was associated with the lower educational level of the patient, lower severity and the lack of repercussion of the depression, and the exclusive manifestation of somatic symptoms.

The classification of patients with no depression as depressed (false positive) was associated with previous histories of depression, to diagnosis from other subsyndromic depressive disorders, to the expression of psychological symptoms and to a worse self-perception of health.

Treatment

The proportion of depressed patients undergoing antidepressive treatment was 34 %. The main variables associated with the taking of antidepressants were the severity and the functional repercussions of the depression, the frequency of primary care visits and the psychological presentation.

CONCLUSIONS

Depressive disorders are frequent among the consecutive patients in primary care.

Depression often presents in somatised form and this hinders detection and treatment of the underlying psychiatric process.

A significant proportion of depressed patients are not detected, but these often present mild forms of depression in which the benefits of detection are doubtful. Most depressed patients, in any state of severity, do not receive appropriate treatment.

ABREVIATURES

BDC: Bedford College Criteria

BDI: Beck Depression Inventory

CAP: Centre d'Atenció Primària

CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression

95 % CI: 95% Confidence Interval

CIDI: Composite International Diagnostic Interview

CIM-10: Classificació Internacional de Malalties, 10^a Edició

CIS: Clinical Interview Schedule

Corba ROC: Corba "Receiver Operating Characteristics"

DALYs: Disability-Adjusted Life Years

DE: Desviació estàndard

DIS: Diagnostic Interview Schedule

DM: Depressió Major

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DUSOI: Duke Severity of Illness Checklist

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global, versió castellana de la GAF

EPEP: Entrevista Psiquiàtrica Estandaritzada Polivalente

FIS: Fondo de Investigaciones Sanitarias

GAF: Global Assessment of Functioning scale

GHQ-12: General Health Questionnaire, 12 ítems

GHQ-28: General Health Questionnaire, 28 ítems

GZEMPP: Grupo de Trabajo de Zaragoza para el estudio de la Morbilidad Psíquica y Psicósomática en Atención Primaria

HTA: Hipertensió Arterial

IC 95%: Interval de confiança al 95 %

ICS: Institut Català de la Salut

ISRS: Antidepressius Inhibidors Selectius de la Recaptació de la Serotonina

MFiC: Medicina Familiar i Comunitària

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

MPOC: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica

PGs: “Psicologitzadors”, pacients deprimits que manifesten símptomes psicològics explícits

PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders

PSE: Present State Examination

RDC: Research Diagnostic Criteria

REAP: Red Española de Atención Primaria

RV: Raó de Versemblança

SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

SAP: Servei d’Atenció Primària

SCAN: Schedules for Clinical Assesment in Neuropsychiatry

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

SCMFic: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

SDS: Self-Rating Depression Scale

SF-12: Cuestionari de Salut Medical Outcomes Study, Short-Form, amb 12 ítems

SF-36: Cuestionari de Salut Medical Outcomes Study, Short-Form, amb 36 ítems

SIDA: Síndrome de Immunodeficiència Adquirida

STs: Somatitzadors, pacients deprimits que manifesten úniamment símptomes somàtics

USA: United States of America

VIH: Virus de la Immunodeficiència Humana

WONCA: World Organization of Family Doctors (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

1. INTRODUCCIÓ

La depressió és un problema de salut pública de primera magnitud. En els països desenvolupats, la depressió major constitueix la segona causa de discapacitat mesurada en DALYs (*disability-adjusted life years*: anys de vida ajustats per discapacitat), només per darrera de la cardiopatia isquèmica (Murray i López, 1996). Tanmateix, molts dels pacients que pateixen depressió no estan diagnosticats i la majoria no rep tractament adequat (Wittchen et al., 2001).

L'atenció primària de salut constitueix el primer nivell assistencial del sistema sanitari i és l'àmbit fonamental en el maneig dels trastorns mentals més freqüents en la població (Wittchen et al., 2001; Goldberg i Huxley, 1992). De fet, la majoria dels pacients que els sofreixen són atesos exclusivament en aquest nivell assistencial i hi ha dades que suggereixen que, en virtut dels diferents mecanismes que dirigeixen a un pacient cap al nivell especialitzat o cap a l'atenció primària, la depressió que es presenta en el nivell primari tindria una expressió i una naturalesa diferent als quadres clínics que es manegen en les consultes psiquiàtriques especialitzades, dels quals justament solen provenir les descripcions clíniques, les classificacions diagnòstiques i les pautes terapèutiques que després es generalitzen, potser inadequadament, als pacients del primer nivell.

Per la seva prevalença, el seu impacte en el benestar i la capacitat funcional dels pacients que els sofreixen i l'existència de tractaments disponibles de demostrada efectivitat, els trastorns depressius constitueixen el problema de salut mental més freqüent i rellevant en atenció primària i han estat objecte d'atenció i el focus de diverses línies d'investigació centrades en aquest nivell, especialment en les dues últimes dècades.

1.1 PREVALENÇA DELS TRASTORNS DEPRESSIUS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

En la dècada dels 80, amb la publicació del DSM-III i l'aparició de diverses entrevistes diagnòstiques estructurades basades en aquests criteris es consolidà una metodologia d'investigació en epidemiologia psiquiàtrica rigorosa i fiable, sovint utilitzant dissenys en “dues fases”: una primera fase en la qual s'aplica un qüestionari de cribatge a una mostra àmplia per a seleccionar una submostra que concentra a la major quantitat de “casos” i una segona fase en la qual s'utilitza sobre aquesta submostra d'alta prevalença l'entrevista

diagnòstica estructurada, més laboriosa. Una revisió de diversos estudis que van utilitzar entrevistes diagnòstiques estructurades i criteris diagnòstics definits (DSM-III o Research Diagnostic Criteria) en població atesa en atenció primària publicada per Katon i Schulberg (1992) va aportar unes dades de prevalença de depressió major que oscil·laven entre un 4.8% i un 8.6% i, addicionalment, entre un 2% i un 9% dels pacients presentaven un diagnòstic de distímia o formes de depressió menor o intermitent (TAULA 1).

Més recentment cal esmentar dos estudis rellevants: el Michigan Depression Project (Coyne et al., 1994; Klinkman et al., 1997) que, utilitzant un disseny en dues fases amb el CES-D com test de cribratge i la SCID-DSM-III-R com entrevista diagnòstica va trobar una prevalença en pacients d'atenció primària del 13.2 % per a la depressió major (TAULA 1), dels quals un 40% van ser formes lleus, i d'un 22% per a tots els trastorns depressius. Aquesta alta prevalença la van interpretar els autors com derivada de detecció de molts pacients amb depressió lleu i poca repercussió funcional, freqüents en atenció primària, el significat clínic de la qual pot ser qüestionable.

El segon estudi és el "Psychological Problems in General Health Care" (Üstün i Sartorius, 1995) dut a terme en centres d'atenció primària de 14 països de tot el món representatius de diferents mitjans culturals i econòmics i patrocinat per l'Organització Mundial de la Salut. També en aquest cas es va emprar un disseny en dues fases, usant en la fase de cribratge el GHQ-12 que es va aplicar a més de 25000 pacients, dels quals aproximadament 5500 foren entrevistats exhaustivament utilitzant la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) amb els criteris diagnòstics de la CIM-10. La prevalença de depressió major actual en el conjunt dels pacients va ser d'un 10.4% i d'un 2,1% per al diagnòstic de distímia (TAULA 1), encara que amb una àmplia variabilitat entre els diferents centres, per exemple la prevalença de depressió major en el centres europeus estudiats oscil·la en un rang entre el 4.7 % a Verona al 16.9 % a Manchester. Aquesta variabilitat es pot atribuir, no sols a possibles diferències reals en la prevalença de la depressió en les distintes poblacions, sinó també als factors que determinen les raons per les quals els pacients contacten amb els serveis sanitaris, com són les seves expectatives respecte a l'atenció primària i la disponibilitat de serveis assistencials alternatius.

Entre els estudis realitzats en el nostre país cal ressenyar els treballs del *Grupo de Trabajo de Zaragoza para el estudio de la Morbilidad Psíquica y Psicossomática en Atención*

Primaria (GZEMPP) conduït pel Dr. Lobo. En l'Estudi Zaragoza sobre morbiditat psíquica en atenció primària (Lobo et al., 1993), portat a terme amb un disseny en dues fases utilitzant el GHQ-28 (*General Health Questionnaire*, 28 ítems) sobre una mostra inicial de 1559 pacients de 8 centres de salut i l'entrevista semiestructurada EPEP (*Entrevista Psiquiàtrica Estandaritzada Polivalente*) en una segona fase, van trobar una prevalença del 27% per al conjunt dels trastorns psíquics dels quals un 23 % van correspondre a Trastorns Depressius (el 6,2 % de la mostra total) i el 19 % a Trastorn Mixt d'Ansietat i Depressió, la nova categoria introduïda en la CIM-10 (5,1% de la mostra total) (TAULA 1).

Chocrón et al.(1995, 1996) van estudiar la prevalença de psicopatologia en un centre d'atenció primària utilitzant el GHQ-28 i el CIS (Clinical Interview Schedule) sobre una mostra inicial de 400 pacients i van trobar una prevalença de trastorns depressius del 10,3%, dels quals un 6% van correspondre a Depressió Major i un 4,3% a Distímia (segons criteris del DSM-III-R) (TAULA 1).

Vázquez-Barquero et al. (1997), en quatre centres de salut del nord d'Espanya, van estudiar la morbiditat psiquiàtrica i les relacions clíniques i sociodemogràfiques d'aquests trastorns. Van utilitzar un disseny en doble fase GHQ-28/SCAN i van trobar una prevalença de depressió major del 6,1 % i del 2,7 % per a la distímia (TAULA 1).

1.2 PRESENTACIÓ CLÍNICA DELS TRASTORNS DEPRESSIUS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Molts pacients deprimits que consulten al seu metge d'atenció primària focalitzen el seu malestar en símptomes somàtics i no són conscients, o no manifesten, el seu malestar psicològic obertament. En l'estudi "Psychological Problems in General Health Care" es refereixen proporcions de pacients amb depressió amb presentació exclusivament somàtica entre el 45 % i el 95 % (Simon et al., 1999). Aquest fenomen representa un seriós obstacle per al reconeixement, per part del metge, del trastorn depressiu subjacent i per la instauració i manteniment d'un pla terapèutic orientat al problema psicològic (Kirmayer et al. 1993).

La somatització ha estat definida com l'experiència i l'expressió del malestar psicològic per mitjà de símptomes somàtics i la consegüent demanda d'atenció mèdica (Lipowski, 1987). Aquesta noció genèrica s'ha conceptualitzat en diferents formes. Dues són les

principals accepcions: 1) la presentació de la depressió exclusivament amb símptomes o queixes somàtiques i 2) la presentació comòrbida de la depressió i quadres somatoformes definits o subsindròmics.

Bridges i Goldberg (1985) han proposat uns criteris operatius per al primer concepte citat, que implica la presentació clínica exclusivament somàtica en pacients en els que es pot diagnosticar un trastorn psiquiàtric subjacent. Aquesta forma de somatització no és un diagnòstic psiquiàtric específic, sinó que és la descripció d'un model de conducta associada a la malaltia que és característica en el context de l'atenció primària de salut. Donada la natura eminentment mèdica d'aquest nivell assistencial i la seva accessibilitat, els somatitzadors poden cercar fàcilment atenció pels seus símptomes somàtics, que sovint són inespecífics, sense delatar el seu malestar psicològic.

En el nostre país Lobo et al. (1996) han utilitzat aquesta definició de somatització aplicant els criteris de Bridges i Goldberg i han trobat, entre els pacients d'atenció primària que pateixen qualsevol trastorn mental, una proporció de "somatitzadors" del 34,5 %.

En l'estudi "Psychological Problems in General Health Care" (Üstün i Sartorius, 1995; Simon et al. 1999) s'estudien ambdós conceptes, que conformen dos grups escassament coincidents. La proporció de presentació somàtica (primera accepció) va ser del 69 % dels casos de depressió major i la proporció de casos de depressió major que presenten, a més, un Trastorn multisomatoforme (quadre clínic no oficial en la classificació del DSM-IV amb criteris diagnòstics menys exigents que el Trastorn de Somatització) va ser del 50 % (segona accepció).

El fenomen de la presentació de la depressió en forma de símptomes somàtics sembla tenir relació amb el tipus d'atenció que el pacient espera rebre quan consulta al seu metge, de forma que reflectiria aspectes de la relació metge-pacient així com de l'estructura del sistema d'atenció primària i de les expectatives que aquest genera.

1.3 DETECCIÓ DE LA DEPRESSIÓ PEL METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

En les dues últimes dècades la capacitat del metge d'atenció primària per a diagnosticar correctament els trastorns mentals, i en particular la depressió, en els seus pacients, ha estat un objectiu de la investigació epidemiològica en aquesta àrea. En general, s'ha posat

de manifest que la depressió no es diagnostica adequadament en l'àmbit de l'atenció primària (TAULA 1).

S'han investigat diferents factors —relatius al propi pacient, al metge o a l'estructura sanitària— que poden contribuir a la “no-detecció”. Entre els factors del pacient, que són els quals constitueixen l'objecte d'interès en el present estudi, en general s'ha trobat que la detecció s'associa a la gravetat inicial del quadre psicopatològic i, sobretot, a la repercussió funcional del mateix (Simon et al., 1995; Coyne et al., 1995; Tiemens et al., 1996). La “no-detecció” de quadres lleus i autolimitats, en els quals no existeix l'evidència clara que una intervenció terapèutica sigui superior a l'abstenció, podria ser adequada. La coexistència de malaltia física disminueix la probabilitat de detecció de la depressió.

Tylee et al. (1993, 1995) van trobar una taxa de detecció del 68 % en pacients sense altra malaltia de caràcter orgànic i del 37 % en pacients amb comorbiditat orgànica. Si els pacients manifestaven explícitament el seu malestar psicològic i ho feien aviat en l'entrevista augmentava molt la probabilitat de detecció de la depressió. Molts pacients amb trastorns mentals es presenten davant el seu metge amb queixes i símptomes somàtics, com s'ha referit en un apartat anterior, i aquesta presentació s'ha associat amb menors taxes de detecció (Kirmayer et al., 1993): la depressió va ser detectada en un 77% dels pacients que espontàniament es presentaven amb símptomes psicossocials, en un 52 % dels que referien inicialment símptomes somàtics però que reconeixien problemes psicossocials, en un 45% dels quals es presentaven exclusivament amb símptomes somàtics però admetien, si se'ls suggeria, la possibilitat d'una problemàtica psicossocial subjacent i solament en un 20 % dels quals referien símptomes somàtics i negaven l'existència de problemes psicològics.

En el “Psychological Problems in General Health Care” (Üstün i Sartorius, 1995) les taxes de detecció de la depressió variaven entre els distints centres participants en un ampli rang entre el 19 i el 74 % amb una mitjana en el 39 % (TAULA 1). Dintre d'aquest estudi multinacional, Tiemens et al.(1996) a Holanda, han aportat una taxa de detecció del 60 % per a la depressió major i del 54% per a la distímia i Simon et al.(1995) als Estats Units, han trobat una taxa de detecció del 64 % per a la depressió major.

En el Michigan Depression Project (Coyne et al., 1995) els metges de família van detectar solament el 35 % dels pacients amb depressió major (TAULA 1); no obstant això, la taxa de detecció estava molt relacionada amb la gravetat del quadre depressiu: el 73 % dels pacients amb depressió greu van ser identificats com a tals mentre que solament ho van ser el 18 % dels pacients amb depressió lleu.

En el nostre país s'ha confirmat la discordança entre el judici clínic dels metges d'atenció primària i el diagnòstic de referència: Herrán et al. (1999a, 1999b) van trobar una taxa de detecció del 29% en els pacients d'atenció primària amb malestar psíquic (TAULA 1). Aquesta taxa es reduï a al 23% si es manifestava en forma de símptomes somàtics mentre que aquesta va superar el 90% si l'atribució inicial per part del pacient era psicològica, la major severitat psicopatològica també estava associada a una major probabilitat de detecció.

Segons Chocrón et al. (1996) el metge de família establia un diagnòstic correcte en el 34% dels pacients amb depressió major i en el 42 % dels distímics (TAULA 1) i la probabilitat de detecció s'associava al motiu de consulta, segons fora aquest suggeridor o no de depressió.

S'ha assenyalat que la no-discussió sobre problemes psicològics en el curs de la visita mèdica pot representar un acord tàcit entre el pacient i el metge: el primer s'estalvia enfrontar-se a problemes que si afloren li poden ocasionar sentiments de culpabilitat i estigma que comporta la malaltia mental i el segon s'estalvia abordar una problemàtica delicada, que pot consumir molt temps i en la qual potser no es maneja amb seguretat.

Els trastorns depressius han estat objecte, doncs, d'una atenció creixent i han motivat línies d'investigació centrades en el nivell assistencial de l'atenció primària. No obstant això, la major part del cos de coneixements sobre la depressió en atenció primària procedeix d'estudis realitzats en altres països, principalment el Regne Unit o els Estats Units i, encara que moltes de les conclusions poden ser útils en el nostre àmbit social i geogràfic, no sempre aquesta assumpció pot ser automàtica i immediata.

Tot i que la depressió és un fenomen universal, l'expressió clínica, el significat social i personal poden estar influïts pel medi sociocultural. Encara en països occidentals en els quals podem suposar un bagatge cultural bàsic comú, les diferents formes d'organització del sistema sanitari i de l'atenció primària (que generen diferents expectatives en la població, diferents nivells de resolució, diferents graus d'accessibilitat), poden donar lloc que les poblacions de “pacients d'atenció primària” no siguin equiparables en les seves característiques en general, i en particular respecte de la depressió.

Així doncs, la justificació d'aquesta tesi és analitzar la presència i l'expressió del fenomen depressiu en el context de l'atenció primària de salut en el nostre medi sociodemogràfic.

Autors	Lloc	Mostra	Criteris	Instruments	Prevalença de depressió major (DM)	Prevalença d'altres trastorns depressius	Taxa de detecció pel metge
Katon i Schulberg, 1992 (revisió)	USA, UK, Holanda		DSM-III, RDC, BCC	DIS, PSE, SADS	4.8% a 8.6%	2.1%-3.7% distímia 3.4%-4.7% dep. menor	
Coyne et al, 1994 Coyne et al, 1995	Michigan	1928	DSM-III-R	CES-D/SCID	13.2%	2.1% distímia	35% dels pacients amb DM
Üstun i Sartorius, 1995	Centres d'atenció primària en 14 països del món	26422	CIM-10	GHQ(12)/CIDI	10.4%	2.1 % distímia	54.2% dels pacients amb DM reconeguts com a "casos", 39% reconeguts com a "deprimits"
Lobo et al, 1993	Saragossa	1559	CIM-10	GHQ(28)/EPEP	6.2% trastorns depressius	5.1% trastorn mixt ansiós-depressiu	
Chocrón et al, 1995	Girona	400	DSM-III-R	GHQ(28)/CIS	6%	4.3% distímia	34% en DM 42% en distímia
Vázquez-Barquero et al, 1997 Herrán et al, 1999a	Cantàbria i Astúries	823	CIM-10	GHQ(28)/SCAN	6.1%	2.7% distímia	29% dels casos diagnosticats amb el GHQ (punt de tall 4/5)

DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual; 3rd edition, RDC: Research Diagnostic Criteria; BDC: Bedford College Criteria; DIS: Diagnostic Interview Schedule; PSE: Present State Examination; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression; SCID: Structured Clinical Interview for Mental Disorders; CIM-10: Classificació Internacional de Malalties, 10^a edició; GHQ(12): General Health Questionnaire, 12 ítems; CIDI: Composite International Diagnostic Interview; GHQ(28): General Health Questionnaire, 28 ítems; EPEP: Entrevista Psiquiàtrica Estandaritzada Polivalente; DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition, revised; CIS: Clinical Interview Schedule; SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry.

TAULA 1. Resum dels principals resultats citats.

2. OBJECTIUS

L'objectiu general d'aquesta tesi és quantificar i analitzar la presència i expressió del fenomen depressiu en els pacients atesos en el nivell d'atenció primària en el nostre medi sociodemogràfic.

Aquest objectiu general es concreta en:

1. Determinar la prevalença dels trastorns depressius (depressió major i distímia) en els pacients atesos en l'àmbit de l'atenció primària i identificar els seus factors determinants.
2. Analitzar el fenomen de la somatització de la depressió en els pacients d'atenció primària i identificar els factors que s'associen amb aquesta forma de presentació clínica.
3. Avaluar el paper del metge d'atenció primària en el diagnòstic dels trastorns depressius i identificar els factors associats als errors diagnòstics (sobrediagnòstic i infradiagnòstic) per part dels metges d'atenció primària.
4. Descriure la taxa de tractament antidepressiu dels trastorns depressius en atenció primària i identificar els factors que determinen l'infractament.

3. MÈTODES

Una referència abreujada de la justificació, objectius i metodologia d'aquest estudi ha estat publicada prèviament per Aragonès Benaiges et al. (2003).

3.1 UBICACIÓ

L'estudi es va dur a terme en una mostra de centres d'atenció primària de l'àmbit geogràfic del Camp de Tarragona. Aquesta és una regió natural i històrica que comprèn les comarques de l'Alt Camp, del Baix Camp i del Tarragonès, amb centres comarcals a Valls, Reus i Tarragona, respectivament. Té una extensió de 1.568 km² i una població total de 343.959 habitants (segons el padró de 1996). L'entitat proveïdora principal de l'atenció primària de salut és l'Institut Català de la Salut, amb els serveis d'atenció primària SAP Tarragona-Valls i SAP Reus-Altebrat, que gestionen dues àrees bàsiques de salut en la comarca de l'Alt Camp, vuit en el Baix Camp i dotze en el Tarragonès. Empreses vinculades als hospitals de Sant Joan (Reus) i Santa Tecla (Tarragona), gestionen tres àrees bàsiques al Baix Camp i dues al Tarragonès. Una societat participada pels propis facultatius gestiona una àrea bàsica a l'Alt Camp (dades de l'any 2001).

Es van seleccionar 10 centres d'atenció primària perquè constituïssin una mostra heterogènia que fos representativa de l'atenció primària de salut en aquesta zona i va incloure centres que atendien diferents tipus de població: urbans, semi-urbans i rurals, amb diferents característiques: centres docents i no docents, dependents de l'Institut Català de la Salut o d'altres entitats, i amb consultes en diferents franges horàries: de matí i de tarda (veure la TAULA 2).

Van participar un nombre variable de metges de cada centre segons les particularitats i necessitats organitzatives, des d'un centre on va participar un sol metge que va aportar tots els pacients fins a un altre centre on van participar, per torns, sis metges. Les característiques dels 23 metges responsables de les consultes on es va dur a terme l'estudi s'exposen en la TAULA 3.

Centre d'atenció primària	Ubicació	Nombre d'habitants*	Consultes mèdiques participants	Altres característiques
CAP Sant Pere 1	Reus (Baix Camp)	13.544	6, de matí	
CAP Sant Pere 2	Reus (Baix Camp)	24.209	1, de tarda	Centre docent de MFiC**
CAP Riera Miró	Reus (Baix Camp)	16.021	2, de tarda	Centre docent de MFiC**
CAP El Morell	El Morell (Tarragonès)	6.568	2, de matí	
CAP Constantí	Constantí (Tarragonès)	5.154	1 de matí i 1 de tarda	
CAP Salou	Salou (Tarragonès)	10.708	2, de matí	
CAP La Granja	Tarragona (Tarragonès)	21.982	2, de matí	Centre docent de MFiC**
CAP Bonavista	Tarragona (Tarragonès)	12.217	2, de tarda	
CAP St. Pere i St. Pau	Tarragona (Tarragonès)	11.445	2, de tarda	
CAP Alt Camp Oest	Alcover (Alt Camp)	8.339	2, de matí	Centre autogestionat

*Segons el padró de 1996.; ** MFiC: Medicina Familiar i Comunitària

TAULA 2. Centres d'atenció primària on es va realitzar l'estudi i característiques d'aquests

Sexe	12 dones i 11 homes	
Especialitat	17 metges de família i 1 medicina interna	
Tipus de contracte	14 amb plaça fixa i 9 eventual	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>rang</i>
Edat	37,4 (7,4)	de 27 a 50 anys
Anys des de la llicenciatura	13 (7,7)	de 3 a 26 anys
Anys en el lloc actual	3,7 (3,2)	de 6 mesos a 9 anys

TAULA 3. Característiques dels 23 metges d'atenció primària participants

3.2 SUBJECTES DE ESTUDI

La mostra es va obtenir de les visites consecutives realitzades per qualsevol problema de salut, en cadascuna de les consultes, durant el període d'estudi.

Eren elegibles els pacients en un rang d'edat entre 18 i 70 anys, adscrits al centre d'atenció primària. La decisió de no incloure els pacients fora d'aquest rang d'edat va ser per assegurar la comparabilitat dels nostres resultats amb altres estudis que imposen límits similars. En l'estudi dels trastorns mentals en adolescents o en ancians se solen usar metodologies específiques i en persones d'edat avançada, a més, la freqüent presència de trastorns cognitius, de dèficits sensorials i de limitacions culturals podia haver dificultat significativament el mostreig i l'avaluació.

Es va considerar motiu d'exclusió l'existència de limitació física, psíquica, cultural, idiomàtica o malaltia concurrent que fes impossible l'aplicació de les proves de l'estudi o haver participat ja en el mostreig en una visita anterior. També es va considerar motiu d'exclusió l'existència d'un trastorn psicòtic.

3.3 DISSENY

És un estudi transversal, amb un disseny en dues fases (Vázquez-Barquero, 1993) (FIGURA 1): una primera fase de cribratge amb un test senzill que ens permetia classificar als individus de la mostra inicial en "probables casos" i "probables no casos", i una segona fase en la que es va examinar amb detall una submostra estratificada segons les puntuacions obtingudes en el cribratge previ.

Passaven a la segona fase tots els subjectes amb un resultat positiu en el cribratge més 1/7 aleatori dels resultats negatius. La major representació en la submostra de la segona fase dels individus amb resultat positiu en el cribratge té com a finalitat detectar el major nombre absolut possible de casos amb depressió per a l'anàlisi de les diferents variables. La proporció de pacients amb cribratge negatiu que s'avaluen en la segona fase permet corregir les estimacions tenint en compte els falsos negatius del test de cribratge. També permet comptar amb un grup "control" de pacients no deprimits en el que hi estan representats tant els falsos positius (cribratge positiu) com els vertaders negatius (cribratge negatiu).

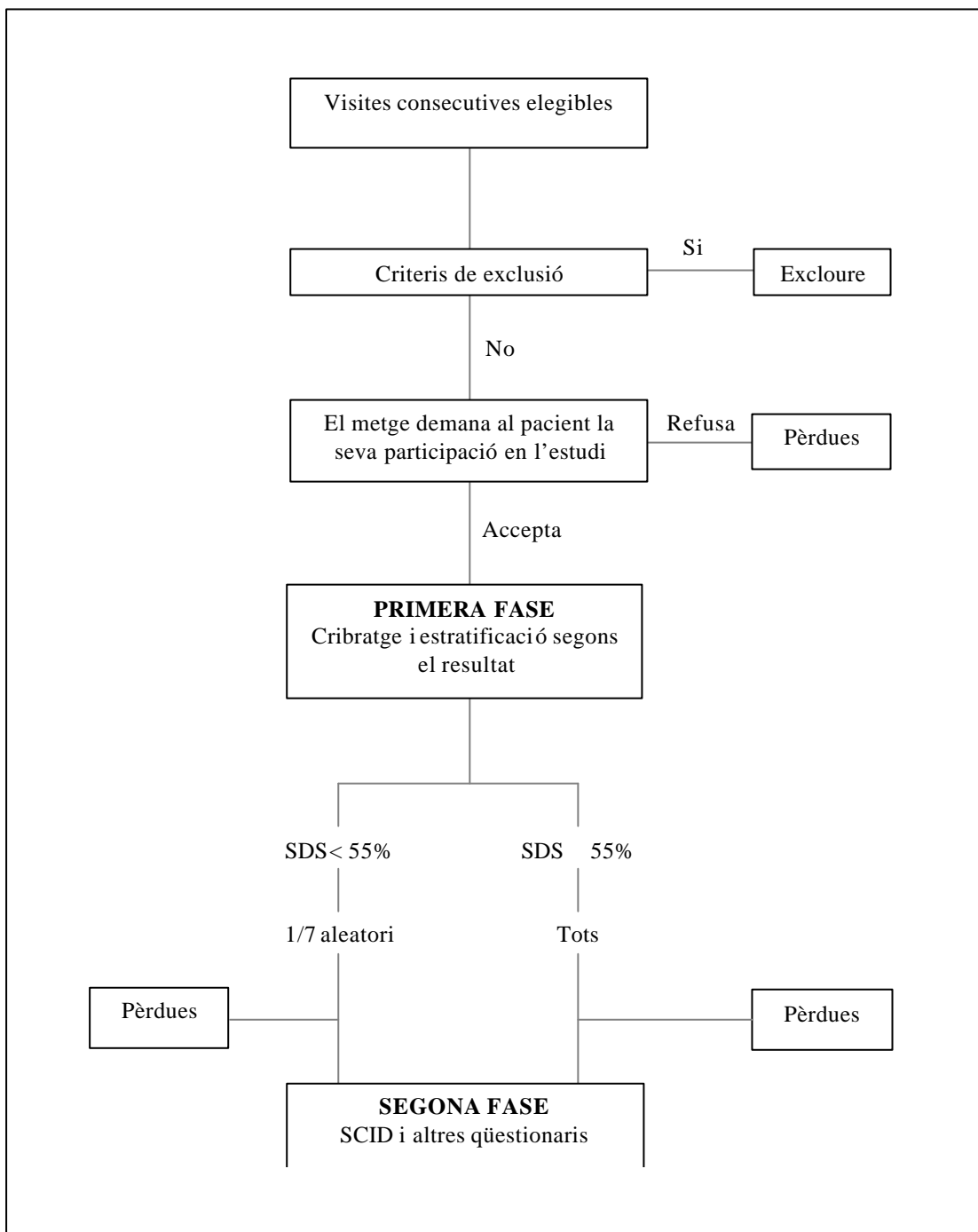


FIGURA 1. Procés de mostreig i avaluació dels subjectes.

3.4 MIDA DE LA MOSTRA

L'objectiu del pla de mostreig fou avaluar una ampla mostra que inclogués suficients pacients amb trastorns depressius i de la qual poguéssim extreure estimacions, no esbiaixades i raonablement precises, de prevalença i de factors associats a aquests trastorns en una població de pacients consecutius. En la determinació de la mida de la mostra es va tenir en compte la necessitat d'obtenir estimacions de prevalença dels diferents tipus de trastorns depressius i de comptar amb la suficient potència estadística en les comparacions entre pacients deprimits i no deprimits, entre pacients deprimits que presenten solament símptomes somàtics i els que presenten símptomes psicològics i entre quadres detectats i no detectats. Basant-nos en dades de un estudi previ realitzat pel nostre grup en una població de característiques similars (Aragonès Benaiges et al., 2001a) i usant com a test de cribratge la *Self-Rating Depression Scale* (SDS) de Zung amb punt de tall ≥ 55 %, vam estimar que, en una mostra inicial de 1.000 pacients, 250 resultarien positius (dels quals 160 pacients serien vertaders positius) i 750 negatius (dels quals 30 serien falsos negatius), cosa que dona lloc a una prevalença del 19%. Si tots els positius i 1/7 dels negatius configuressin la submostra que passa a la segona fase, aquesta tindria un tamany de $n = 357$. Aplicant a aquestes estimacions l'equació proposada per Pickles et al. (1995) per al càlcul de la variança no esbiaixada per el mostreig en doble fase, obtindríem una precisió de $\pm 3,5\%$. Identificaríem un total de 164 pacients deprimits, dels que 3/4 serien casos de depressió major i 1/4 de distímia i, aproximadament la meitat d'ells no haurien sigut identificats pel seu metge d'atenció primària. Vam considerar aquestes xifres suficients i adequades per a les comparacions i anàlisis estadístics derivats dels objectius plantejats.

Es va preveure assolir la mostra inicial de 1000 pacients assignant a cada un dels 10 centres participants una quota de 100 pacients per incloure en la primera fase de l'estudi.

3.5 PROCEDIMENT (veure FIGURA 1)

Durant un període determinat, habitualment 10 dies o fins completar la quota de pacients assignada, un equip de dos entrevistadors s'ubicava en el centre d'atenció primària seleccionat.

Durant aquest període, el metge d'atenció primària col·laborador examinava l'elegibilitat de cada pacient visitat i, al finalitzar la visita, li sol·licitava la participació en l'estudi. Si

el pacient tenia algun criteri d'exclusió, el metge registrava l'edat, el sexe i el motiu d'exclusió. Si un pacient sense criteris d'exclusió refusava participar, el metge registrava edat, sexe i el motiu al·legat per no participar.

Si el pacient no tenia criteris d'exclusió i acceptava participar, un primer entrevistador aplicava el test de cribratge i el qüestionari de la primera fase. El test es puntuava immediatament i s'aplicava la regla d'estratificació per a la segona fase. Si el pacient resultava seleccionat per a la segona fase, de forma immediata un segon entrevistador li aplicava la bateria de proves de la segona fase.

3.6 VARIABLES I INSTRUMENTS DE MESURA (TAULA 4)

3.6.1 Primera fase (cribratge)

Zung's Self-Rating Depression Scale. (Veure l'Annex I)

Es va utilitzar com a instrument de cribratge la versió espanyola d'aquesta escala. És un test clàssic per a la mesura i la detecció de la depressió que gaudeix de gran difusió. Va ser desenvolupada per Zung (1965) i la traducció al castellà i els estudis de validació en aquest país daten de pocs anys després (Conde i Sánchez de Vega, 1969; Conde i Esteban, 1973).

Consisteix en 20 ítems que avaluen símptomes depressius en les següents àrees: psicoafectiva (2 ítems: estat d'ànim i plor), símptomes psicomotors (2 ítems: alentiment i agitació), símptomes somàtics/fisiològics (8 ítems: son, gana, libido, estrenyiment, palpitations, etc.) i símptomes psicològics/cognitius (8 ítems: desesperança, irritabilitat, confusió, ideació suïcida, inseguretat, etc.). Cada ítem consisteix en una afirmació que es refereix a un símptoma depressiu, la meitat estan formulades en termes positius (la frase refereix la presència del símptoma) i 10 en termes negatius (la frase refereix la condició contrària al símptoma). Les opcions de resposta són 4 per a cada ítem i expressen la freqüència amb que s'experimenta, des de 1) Mai o gairebé mai a 4) Gairebé sempre o sempre. El marc temporal que s'avalua no està clarament establert però es defineix com a "actualment" o "recentment".

Les puntuacions de cada ítem, en un rang de 1 a 4 punts, se sumen i donen lloc a una puntuació total, en un rang de 20 a 80 punts. Aquesta puntuació "bruta" es transforma a una puntuació normalitzada, anomenada Índex SDS, expressada com el percentatge de la

màxima puntuació possible. S'obté dividint la puntuació "bruta" entre 80 i multiplicant el resultat per 100. El rang de valors de l'Índex SDS va, doncs, des del 25 % al 100 %.

Quan el test s'utilitza com a instrument de mesura de la depressió, els punts de tall habitualment emprats en la literatura anglosaxona (Mulrow et al., 1995; Williams et al., 2002) són:

- un índex SDS inferior a 50% indica absència de depressió
- entre 50% i 59% indica depressió lleu
- entre 60% i 69% depressió moderada
- una puntuació de 70% o superior indica depressió greu

Quan s'utilitza com a instrument de detecció de casos no hi ha unanimitat al definir els punts de tall i s'han usat puntuacions de 50%, 55% o 60% (Zung, 1990) en diferents estudis.

La fiabilitat de l'escala és satisfactòria. En la revisió de Naughton i Wiklund (1993) els coeficients de fiabilitat (mètode de les dues meitats) se situaven en un rang de 0,73 a 0,85 i la consistència interna (coeficient α de Cronbach) de 0,72 a 0,84. El nostre grup, en un estudi previ a aquesta tesi (Aragonès Benaiges et al., 2001a), va obtenir uns coeficients de 0,80 i 0,78 respectivament.

La validesa concurrent, avaluada amb els índex de correlació amb d'altres escales estandarditzades com, per exemple, amb l'escala per la depressió de Hamilton, amb l'inventari de depressió de Beck o amb la Escala de Depressió del MMPI, van des d'un 0,50 a 0,79 (Vázquez Valverde i Jiménez Franco, 2000).

La validesa com a instrument per a la detecció i el diagnòstic de la depressió havia estat estudiada a Espanya únicament en l'àmbit psiquiàtric (Conde López i de Esteban Chamorro, 1975; Ramos Brieva, 1986; Ramos Brieva et al., 1991) i els estudis que s'havien fet en atenció primària procedien dels Estats Units (Magruder-Habib et al., 1989; Spitzer et al., 1994). No estàvem segurs que les dades aportades en aquests estudis poguessin ser extrapolades automàticament a l'àmbit de l'atenció primària en el nostre país, ni que fossin fiables com a referència per aquest projecte d'investigació. Respecte als primers perquè hi ha dades que senyalen que la depressió en atenció primària te unes característiques diferents a la que es veu en l'àmbit especialitzat (Schulberg et al., 1996) i

respecte als estudis americans per la procedència distant tant geogràfica com socialment. Per això, vam dur a terme un estudi previ amb l'objectiu de determinar la validesa diagnòstica de la SDS en pacients d'atenció primària prenent com a referència les categories diagnòstiques del DSM-IV (Aragonès Benaiges et al., 2001a). Això ens va permetre, tenint en compte els propòsits i els medis amb que contàvem per aquest estudi, escollir com punt de tall un Índex SDS $\geq 55\%$, on la sensibilitat és menor que en el punt de tall convencional de $\geq 50\%$: 0,83 enfront de 0,95, respectivament; però l'especificitat augmenta del 0,74 al 0,89 (veure en l'apartat 3.8 ESTUDI PILOT)

Fase	Instrument	Àrea d'avaluació
Primera fase: mostreig i cribratge	Formulari de mostreig	Edat, sexe Motius d'inelegibilitat, refús a participar
	Qüestionari sociodemogràfic	Edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis, situació laboral, classe social
	Self-Rating Depression Scale (SDS)	Síntomes depressius Intensitat simptomàtica
Segona fase	Qüestionari	Malalties cròniques Consum de medicaments Tractament antidepressiu Freqüentació i us de serveis sanitaris: Visites al metge d'atenció primària Visites a urgències Visites a salut mental Dies d'activitat restringida per problemes de salut Motius de consulta/síntomes presents Atribució causal dels símptomes somàtics presents
	Qüestionari de Salut SF-12	Qualitat de vida relacionada amb la salut: salut general, component de salut física i component de salut mental
	Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I) (DSM-IV)	Diagnòstic de trastorns depressius: trastorn depressiu major, distímia. Altres diagnòstics psiquiàtrics: abús/dependència d'alcohol, trastorn d'angoixa, trastorn d'ansietat generalitzada, trastorn de somatització. Síntomes mentals presents Evolució i gravetat clínica Comorbilitat psiquiàtrica
	Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	Repercussió funcional dels trastorns mentals (eix V del DSM-IV)
	Qüestionari al metge d'atenció primària	Diagnòstic de trastorn depressiu segons el judici del metge d'atenció primària
	Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI)	Gravetat global de la patologia somàtica del pacient

TAULA 4. Instruments usats en l'estudi i principals àrees d'avaluació.

Qüestionari de dades sociodemogràfiques.

En aquesta fase es van recollir les següents dades dels subjectes: sexe, edat, estat civil (solter, casat/viu en parella, divorciat/separat o vidu), nivell educatiu (Domingo Salvany et al., 2000) (sense estudis, estudis primaris, estudis secundaris-primer cicle, estudis secundaris-segona cicle i estudis universitaris; veure TAULA 5) i classe social basada en la ocupació (Domingo Salvany et al., 2000) (I, II, III, IVa, IVb i V; equivalents respectivament a les categories I, II, III_N, III_M, IV i V del *British Registrar General's Scale*, veure TAULA 6).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Sense estudis (analfabets + sense estudis) 2. Primer grau 3. Segon grau, primer cicle 4. Segon grau, segon cicle 5. Tercer grau |
|--|

TAULA 5. Nivell d'estudis, classificació abreujada.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> I. Directius de l'administració pública i d'empreses amb 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari. II. Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de primer cicle universitari. Tècnics. Artistes i esportistes. III. Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat. Treballadors per compte propi. Supervisors de treballadors manuals. IVa. Treballadors manuals qualificats IVb. Treballadors manuals semiqualicats V. Treballadors manuals no qualificats |
|--|

TAULA 6. Classe social basada en la ocupació, classificació abreujada.

3.6.2 Segona fase

Consistia en una avaluació exhaustiva dels pacients seleccionats amb una entrevista psiquiàtrica estructurada i una bateria de qüestionaris i escales.

Motius de consulta/símptomes presents i atribució.

S'interrogava, de forma oberta, sobre els motius de consulta i símptomes presents (s'insistia, si espontàniament es referien menys de tres problemes, en si n'hi havia algun altre). Aquests eren classificats en somàtics o psicològics/socials (capítols P i Z de la Clasificación Internacional en Atención Primaria (WONCA, 1999)).

Per cada símptoma somàtic referit s'indagava sobre l'atribució que feia el pacient:

—*I, a què atribuiu aquests símptomes de?*

La resposta es classificava en: *a) a problemes o trastorns psicològics o socials, o b) a problemes o trastorns somàtics*

Si en l'entrevista psiquiàtrica s'establia el diagnòstic d'un trastorn depressiu, aquesta informació ens permetia classificar el tipus de presentació segons la classificació de Goldberg i Bridges (Wittchen i Ahmoi Essau, 1990):

1. *Depressió amb presentació psicològica*, on els símptomes presents són de natura psicosocial o són símptomes somàtics atribuïts espontàniament pel pacient a un origen psicosocial.
2. *Depressió somatitzada*, on hi ha una presència exclusiva de queixes somàtiques, atribuïdes pel pacient a un origen somàtic o aquest pensa que els símptomes somàtics constitueixen per si mateixos el problema. En opinió del clínic són plausiblement d'origen psicològic, o els factors psicològics influeixen determinantment en la seva expressió o repercussions, i pot esperar-se que un abordatge terapèutic del problema psicològic milloraria els símptomes.

Si el pacient deprimat expressava exclusivament símptomes somàtics però aquests eren explicables per una malaltia física (no es pot esperar que el tractament del trastorn

depressiu millori els símptomes físics) el pacient podia ser inclòs en un dels dos grups següents:

3. *Trastorn orgànic i trastorn depressiu secundari*, on el trastorn depressiu diagnosticat en l'entrevista és secundari al trastorn orgànic: el trastorn depressiu no hauria ocorregut sense la malaltia física prèvia.
4. *Trastorn orgànic i trastorn depressiu no relacionat*, sense vincles etiològics entre els dos.

Diversos autors (García-Campayo i Sanz-Carrillo, 1999; De Gucht i Fischler, 2002) han constatat les dificultats en implementar aquests criteris perquè precisen valoracions subjectives sobre l'etiologia dels símptomes somàtics o sobre el possible efecte del tractament en el trastorn psiquiàtric subjacent. En aquest estudi la valoració era feta pels entrevistadors, que eren dos metges d'atenció primària familiaritzats amb la pràctica clínica en atenció primària i accedien, si era necessari, a la història clínica del pacient i a l'opinió del metge de família que l'havia atès.

Malalties cròniques.

Un llistat de 15 malalties cròniques comuns inclouï a: hipertensió arterial, depressió/ansietat/neurosi, síndromes i dolor relacionat amb la columna vertebral, artrosi, diabetis, bronquitis crònica/emfisema/MPOC, gastritis/úlceres pèptics, cardiopatia isquèmica/insuficiència cardíaca, asma, malaltia cerebro-vascular, neoplàsia maligna, varices en extremitats inferiors, hipotiroidisme/hipertiroidisme, VIH +/-SIDA i epilèpsia, i a més un espai en blanc per "altres malalties". Sobre el llistat es marcaven les malalties presents en cada pacient. Es registraven les malalties cròniques actualment actives i es considerava així si en el darrer mes havien precisat tractament o atenció mèdica.

Tractaments.

Es registraven els tractaments farmacològics actualment consumits (en el darrer mes), en concret en els grups terapèutics següents: ansiolítics/hipnòtics, antidepressius, analgèsics, antiinflamatoris no esteroïdals, antipsicòtics/neurolèptics i vitamines/reconstituents. Si el pacient estava prenent un fàrmac antidepressiu es registrava el nom del principi actiu i dosi diària.

Freqüentació i ús de serveis sanitaris.

Es preguntava sobre el nombre de visites al metge d'atenció primària en els darrers tres mesos i sobre si s'estava sent visitat en el nivell especialitzat de salut mental (es considerava així si hi havia hagut alguna visita en els darrers sis mesos).

Dies d'activitat restringida.

El qüestionari incloï a un ítem que preguntava sobre el nombre de dies amb activitat restringida (en l'àmbit laboral, en els estudis o en les tasques domèstiques/familiars habituals) per problemes de salut en un període de tres mesos. Aquesta és una mesura sovint utilitzada en estudis epidemiològics com a indicador d'impacte funcional de la malaltia (Scoles et al., 1991) i se solen prendre com a referència temporal períodes d'un o tres mesos. Revicki et al. (1994) van demostrar que en la utilització d'un rang de tres mesos el declivi en la memòria és mínim per aquestes contingències i proporciona estimacions estables.

Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI).

Aquest és un instrument desenvolupat per Parkerson et al. (1993) per mesurar de forma quantitativa la gravetat de la malaltia i la comorbilitat en pacients ambulatoris. Vam utilitzar aquesta escala per mesurar la gravetat de la comorbilitat somàtica.

La DUSOI és un mètode genèric que mesura la gravetat de cada diagnòstic mitjançant quatre paràmetres: símptomes, complicacions, pronòstic i possibilitats terapèutiques. A cadascun d'aquests paràmetres s'els assigna un valor de 0 a 4, obtenint una puntuació de gravetat per a cada diagnòstic i una puntuació global del pacient.

La gravetat de cada diagnòstic es calcula sumant la puntuació de cadascun dels quatre paràmetres i transformant-la en un percentatge (dividint-la per 16 i multiplicant-la per 100).

La gravetat global o comòrbida del pacient es calcula a partir dels valors de gravetat dels diagnòstics consignats mitjançant una equació que dona major pes a la malaltia més greu i valors decreixents a la resta:

$$D1 + \{[(100-D1)/100] \times (1/2 D2 + 1/4 D3 + \dots + (1/2^{n-1} Dn))\}$$

on:

D1: valor de gravetat del diagnòstic principal

D2: valor de gravetat del diagnòstic que ocupa el segon lloc

D3: valor de gravetat del diagnòstic que ocupa el tercer lloc

Dn: valor de gravetat més baix

n: nombre de diagnòstics

El resultat és un valor de gravetat en una escala de 0 a 100. Aquest valor continu es pot agrupar convencionalment en les següents categories:

- 0%, gravetat absent
- de 1% a 25%, gravetat lleugera
- de 26% a 50%, gravetat intermèdia
- de 51% a 75%, gravetat moderada
- de 76% a 100%, gravetat extrema

En el nostre país s'ha estudiat l'aplicació de la DUSOI en atenció primària i s'ha constatat seva potencial utilitat per a la mesura de la comorbilitat en estudis d'investigació (Martínez et al., 1998). En aquest estudi l'utilitzem per mesurar la gravetat de la comorbilitat orgànica. Per tant, en cada pacient avaluat solament hi consignem els diagnòstics actius de natura orgànica i exclouem els diagnòstics de trastorns psiquiàtrics o emocionals.

Qüestionari de Salut SF-12 (Veure l'Annex III)

Es va utilitzar per a la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Aquest és un instrument genèric autoadministrat per a la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Consta de 12 ítems que provenen del qüestionari SF-36 (Ware et al., 1996). El SF-12 explora, com el seu predecessor, vuit àrees de l'estat de salut i inclou un o dos ítems que exploren cadascuna d'elles: funció física, limitacions de rol degudes a problemes de salut física, dolor corporal, salut general, vitalitat (energia/fatiga), funció social, salut mental (malestar/benestar psicològic) i limitacions de rol degudes a problemes emocionals. Les primeres quatre àrees es refereixen a l'estat de salut física i els altres quatre a l'estat de salut mental. S'obtenen dos resultats de puntuació: el component de salut mental i el component de salut física.

Les puntuacions s'obtenen amb un programa informàtic que inclou els algorismes de puntuació estandarditzats de manera que en població general s'obtenen mitjanes de 50 i desviacions estàndard de 10 en cadascun dels dos components. El Qüestionari SF-12 reproduïx, tant en població general americana com espanyola més del 90 % de la variança en els components de salut física i mental respecte a les mesures del SF-36 (Gandek et al., 1998).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) (First et al., 1996a)

És un entrevista semiestructurada utilitzada per a establir els diagnòstics dels trastorns mentals segons els criteris normalitzats del DSM-IV (veure l'Annex II). Aquesta entrevista formula preguntes que obtenen informació per a que un entrevistador qualificat, fent ús del seu judici clínic pugui interpretar i si convé ampliar la recerca d'informació reformulant les preguntes o fent-ne de noves, i finalment pugui concloure sobre la presència o l'absència de cada criteri diagnòstic. Uns algorismes dirigeixen el curs de l'entrevista segons les respostes obtingudes.

La versió d'investigació de la SCID original te una cobertura diagnòstica molt àmplia i per aquest estudi solament ens interessaven un nombre limitat de diagnòstics. Vam seleccionar i adaptar, a partir de la versió bilingüe (castellà/anglès) de la versió d'investigació de la SCID (New York State Psychiatric Institute Spanish Translation Committee-Columbia University and Behavioral Sciences Research Institute-University of Puerto Rico-Medical Sciences Campus, 1998) i de la versió castellana de la versió clínica (First et al., 1999), els mòduls corresponents als diagnòstics de trastorn depressiu major, trastorn distímic, trastorn d'angoixa, trastorn d'ansietat generalitzada, trastorns d'abús i dependència de l'alcohol i trastorn de somatització. La presència de trastorn depressiu major es va examinar en el moment actual i en el passat i la resta dels trastorns es van estudiar en el moment actual. La SCID-I exclou el diagnòstic de trastorn per ansietat generalitzada en pacients amb depressió major actual, tanmateix, per a l'estudi de la comorbiditat entre depressió i ansietat, aquí vam obviar aquesta norma.

L'aplicació de l'entrevista ha de ser duta a terme per entrevistadors experts familiaritzats amb la nosologia psiquiàtrica ja que a partir de la informació recollida han de discernir, segons el seu judici clínic, sobre la presència o l'absència de cada criteri diagnòstic explorat. Els entrevistadors que van participar en l'estudi eren dos metges d'atenció

primària amb experiència clínica i que van ser ensinistrats específicament en l'ús de l'entrevista, seguint la metodologia proposta per els autors de la SCID (First et al., 1996b), en uns seminaris que incloïen exposicions teòriques sobre la psicopatologia dels trastorns que s'havien d'estudiar, sobre les particularitats de l'ús de la SCID i exercicis pràctics de *rol-playing* amb casos simulats.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Veure l'Annex IV)

És un instrument heteroadministrat, inclòs en la SCID, per a la valoració del funcionament general del pacient. L'avaluació de l'activitat general en una escala continua va ser operativitzada per Luborsky (1962) en la *Health-Sickness Rating Scale*. Endicott et al. (1976) van desenvolupar una revisió denominada *Global Assessment Scale (GAS)* i una versió modificada d'aquesta va ser inclosa en el manual del DSM-III-R, i després del DSM-IV, amb el nom de *Global Assessment of Functioning (GAF) scale* (Goldman et al., 1992) o *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)* en la seva versió castellana.

Mesura en una escala continua de 1 a 100 la repercussió de la malaltia mental sobre el nivell general d'activitat psicològica, social i laboral del subjecte (Eix V del DSM-IV). Per a facilitar l'aplicació l'escala continua està dividida en 10 trams de 10 punts. Cada tram inclou una descripció amb dos components: el primer cobreix la gravetat dels símptomes, i el segon el funcionament. Per exemple, la primera part de la descripció del tram 51-60 es refereix a "síntomes moderats (afecte aplanat i llenguatge circumstancial, crisis d'angoixa ocasionals...)" i la segona part es refereix a "dificultats moderades en l'activitat social, laboral o familiar (pocs amics, conflictes amb companys de treball o de l'escola...)".

La puntuació es troba dins un tram si la gravetat dels símptomes o bé el nivell de funcionament (si hi ha discordança es considera el pitjor situat dels dos components) es troben dins la descripció del tram. Dins d'un determinat tram, l'entrevistador ha de considerar si el pacient se situa en la part superior, mitja o inferior del tram.

La valoració de l'escala es refereix en aquest estudi al moment de l'entrevista o recentment (el darrer mes) i en el present estudi ho complimentava l'entrevistador segons la informació obtinguda a partir de tota l'entrevista.

Judici clínic del metge d'atenció primària.

Per a cada pacient avaluat en aquesta fase, després de la visita, el seu metge complimentava un qüestionari en el que se li demanava el judici sobre la presència o l'absència actual d'un “trastorn depressiu clínicament significatiu” basant-se en el contingut de la visita, en les dades de la historia clínica i en el coneixement previ que tingués sobre el pacient.

Les opcions de resposta eren:

- no
- possiblement no
- possiblement sí
- sí
- no ho sé

i en els resultats presentem agregats “sí” i “possiblement sí” com a “detectat” i la resta de les opcions com a “no detectat”.

Estratègia d'avaluació de múltiples variables amb múltiple mètodes

Un aspecte destacable en aquest estudi és la utilització d'una estratègia d'aproximació a múltiples variables a través de diversos instruments, de manera que una mateixa àrea d'avaluació pot ser explorada des de dos o més mètodes. Aquesta estructura permet avaluar diferències o similituds entre grups i constatar que no són degudes a artefactes en les observacions, analitzant, si cal, la correlació entre mesures alternatives d'un mateix constructe i la consistència entre dels resultats a través de les diferents mesures. En la TAULA 7 es resumeixen les principals àrees d'avaluació i els principals mètodes de mesura.

	Salut mental	Repercussió funcional	Salut física
Informació autoreferida	SDS de Zung SF-12	SF-12 Dies d'activitat restringida Freqüentació	Malalties cròniques SF-12
Informació basada en l'entrevistador	SCID	EEAG	
Informació del metge	Detecció per part del metge d'atenció primària		DUSOI

TAULA 7. Estratègia d'avaluació de múltiples variables amb múltiples mètodes

3.7 ASPECTES ÈTICS

Aquest es un estudi merament observacional, en el que no es realitza cap intervenció sobre els subjectes ni s'aplica cap tècnica exploratòria perillosa o agressiva.

Els propis metges d'atenció primària dels pacients inclosos en la mostra informaven de l'objectiu general de l'estudi i sol·licitaven el consentiment per a la participació en aquest. Abans de l'aplicació del cribratge, l'investigador especificava la voluntarietat en la participació en l'estudi i garantia la confidencialitat de la informació que es pugues obtenir i l'ús exclusiu d'aquesta informació per aquest projecte d'investigació.

Per la possibilitat d'obtenir informació rellevant de caràcter clínic, i concretament el diagnòstic d'un trastorn mental que pogués ser ignorat per part del metge d'atenció primària del pacient estudiat, a tots els pacients avaluats en la segona fase en els que s'obtenia un diagnòstic d'un trastorn mental específic se'ls entregà un informe-resum on constaven els diagnòstics de l'entrevista SCID-I amb la recomanació, tot salvaguardant el nostre compromís de confidencialitat i la decisió autònoma del pacient, d'entregar aquest document al seu metge per a que aquest valorés la conveniència d'establir un pla terapèutic, si no n'hi havia.

Aquest projecte va comptar amb l'avaluació i aprovació del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina amb certificat emès a Barcelona a 11 de febrer de 2002 (veure l'Annex V).

3.8 ESTUDI PILOT

L'estudi (Aragonès Benaiges et al., 2001a; Aragonès Benaiges et al., 2001b) es va dur a terme en 8 consultes mèdiques en 4 centres d'atenció primària del Tarragonès amb els objectius de:

- a) comprovar la factibilitat de l'estratègia de col·laboració amb diferents centres per a obtenir la mostra de pacients,
- b) fer una primera aproximació al coneixement de la prevalença i característiques dels trastorns depressius en atenció primària en el nostre àmbit, i
- c) examinar el funcionament del test de Zung i determinar la seva validesa diagnòstica en pacients d'atenció primària.

En una primera fase es van avaluar 350 pacients consecutius, de entre 18 i 70 anys d'edat, amb la SDS i, en una segona fase, vam aplicar la SCID-I en els seus apartats de Depressió Major i Distímia actuals —excloent la investigació d'un trastorn distímic si hi havia un episodi depressiu major actual—, a una submostra formada per tots els pacients amb resultat positiu en el test de cribratge més 1/3 aleatori dels negatius.

Vam poder comprovar satisfactòriament la utilitat i factibilitat de l'estratègia basada en sol·licitar la participació per part del propi metge d'atenció primària i procedir al cribratge i a l'avaluació dels pacients a continuació de la visita mèdica, sense precisar cites o visites posteriors. Això tenia com a propòsit maximitzar la participació, que en aquest estudi va ser del 92,1% en la primera fase i del 97,9% en la segona.

Vam constatar l'alta prevalença dels trastorns depressius amb una prevalença conjunta del 19,3% (IC 95%: 14,9-23,7), del 14,7% (IC 95%: 10,7-18,7) per a la depressió major i del 4,6% (IC 95%: 2,4-6,8) per a la distímia.

La sensibilitat de la SDS per detectar Depressió Major o Trastorn Distímic (DSM-IV) en el punt de tall convencional (Índex SDS \geq 50%) va ser de 0,95 (IC 95%: 0,87-1) i l'especificitat de 0,74 (IC 95%: 0,68-0,79). En la FIGURA 2 es mostra el gràfic de la corba ROC, on en l'eix d'ordenades s'exposen els valors de sensibilitat per a diferents punts de tall i en l'eix d'abscisses els valors corresponents del complementari de l'especificitat. L'àrea per sota la corba (0,93) reflecteix el valor global de la validesa de la prova. La zona de la corba ROC pròxima al vèrtex superior esquerre de la gràfica és on els valors de

sensibilitat i especificitat aconseguen els seus valors més alts. En la TAULA 7 es mostren les proporcions de pacients amb resultat positiu en el cribratge segons on s'estableixi el punt de tall i es mostren per a les diferents puntuacions els valors de sensibilitat i especificitat de manera que ens facilita la selecció d'un punt de tall òptim tenint en compte la importància relativa que podem atribuir als falsos positius i als falsos negatius en l'aplicació de la prova.

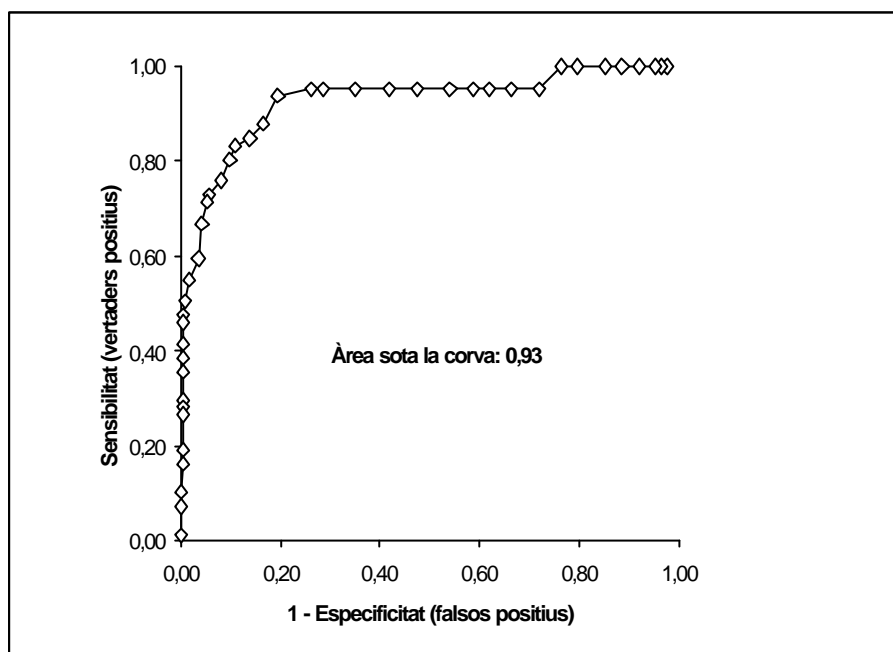


FIGURA 2.
Corba ROC de la Zung's Self-Rating Depression Scale per a detectar Depressió Major o Trastorn Distímic (DSM-

IV).

Punt de tall	Proporció de positius	Sensibilitat	Especificitat
≥ 50	0.39	0.95	0.74
≥ 51	0.34	0.94	0.80
≥ 52	0.30	0.88	0.84
≥ 54	0.27	0.85	0.86
≥ 55	0.25	0.83	0.89
≥ 56	0.23	0.80	0.90
≥ 58	0.21	0.76	0.92
≥ 59	0.19	0.73	0.94
≥ 60	0.18	0.71	0.95
≥ 61	0.16	0.67	0.96

TAULA 8. Comportament de diferents punts de tall de la SDS en proporció de positius i en sensibilitat i especificitat per detectar depressió major o distímia (DSM-IV). Ombrejada la fila amb el punt de tall seleccionat per aquest projecte.

3.9 PLA D'ANÀLISI

La base de dades obtinguda en la segona fase constituí una mostra de pacients que visiten el seu metge en 10 centres d'atenció primària diferents, estratificada i amb diferents probabilitats de selecció per a la segona fase segons els resultats en el test de cribratge. Les anàlisis es van dur a terme globalment i no es van fer anàlisis específics per cada un dels centres participants.

3.9.1 *Ponderació de les dades*

La mostra avaluada en la segona fase estava formada per subjectes amb diferents probabilitats de ser-hi. Per tant, per obtenir estimacions de paràmetres poblacionals, es van aplicar ponderacions a les dades obtingudes en la segona fase segons la probabilitat de cada subjecte d'haver sigut seleccionat per aquesta fase (Vázquez-Barquero, 1993; Pickles et al., 1995). Per a cada subjecte, aquesta ponderació es l'invers de la probabilitat de ser avaluat en la segona fase i s'obté del quocient entre el nombre de subjectes en la primera fase en cada un dels dos estrats definits pel cribratge (positiu o negatiu) i el nombre de subjectes en el mateix estrat que són avaluats en la segona fase. Les ponderacions corregeixen les diferents probabilitats de selecció per a la segona fase segons el l'estrat de puntuació en el cribratge i per les diferents taxes de participació, segons l'estrat del cribratge, assumint que les pèrdues de pacients entre la primera i segona fase són aleatòries.

Les anàlisis no dependents de la prevalença de depressió es van dur a terme a partir de dades no ponderades.

3.9.2 *Estimació de la variança*

L'anàlisi de les dades ponderades amb un programa estadístic estàndard dona lloc a estimacions no esbiaixades de mitjanes i proporcions. Tanmateix, les estimacions de les variàncies, desviacions estàndard i intervals de confiança no són correctes, perquè el programa interpreta que les dades s'han obtingut per un sistema aleatori simple, i no assumeix el pla de mostreig més complex com el disseny en dues fases amb ponderacions compensatòries utilitzat en aquest estudi. El mòdul CSAMPLE del programa EPI Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA*), que usa el mètode de les sèries de Taylor per a l'estimació de la variança, té en compte les particularitats dels

mostrejos complexos i va ser usat per a l'anàlisi de les dades ponderades en aquest estudi (Lepkowski i Bowles, 1996).

3.9.3 Pla d'anàlisi per a l'objectiu 1:

Objectiu: Determinar la prevalença dels trastorns depressius (depressió major i distímia) en els pacients atesos en l'àmbit de l'atenció primària i determinar els seus factors determinants.

Les estimacions de prevalença es basaren en les dades de la submostra de la segona fase ponderades per obtenir la freqüència de casos en els pacients consecutius, segons s'ha descrit en els apartats **3.9.1** i **3.9.2** previs.

En les anàlisis bivariades es va usar el test de χ^2 sobre els percentatges obtinguts amb les dades ponderades aplicats el nombre de casos realment avaluat en la segona fase. El nivell estàndard de significació estadística està establert en $p < 0.05$.

Per tal d'identificar els factors independents associats a la presència dels trastorns depressius es van dur a terme anàlisis multivariants mitjançant models de regressió logística no condicional. Aquestes anàlisis es van dur a terme sobre les dades de la mostra de la segona fase sense aplicar ponderacions.

3.9.4 Pla d'anàlisi per a l'objectiu 2:

Objectiu: Analitzar el fenomen de la somatització de la depressió en els pacients d'atenció primària i identificar els factors que s'associen a mb aquesta forma de presentació clínica.

Analitzarem conjuntament els pacients amb depressió major o distímia. Les estimacions de prevalença dels diferents tipus de presentació de la depressió es van basar en dades ponderades.

Per estudiar el fenomen de la somatització de la depressió es van comparar els pacients amb un trastorn depressiu segons el tipus de presentació: amb símptomes psicològics explícits o somatitzada. Aquesta comparació entre dos grups es va realitzar sobre dades no ponderades.

Les proves estadístiques utilitzades són χ^2 per a les variables categòriques i U de Mann Withney per a les contínues, el nivell estàndard de significació estadístic està establert en $p < 0.05$.

Es van dur a terme anàlisis de regressió logística no condicional per tal de determinar els factors independents associats a la somatització de la depressió.

3.9.5 Pla d'anàlisi per als objectius 3 i 4:

Objectius: Avaluar el paper del metge d'atenció primària en el diagnòstic i identificar els factors associats als errors diagnòstics de depressió (sobrediagnòstic i infradiagnòstic) per part dels metges d'atenció primària. Descriure la taxa de tractament adequat de la depressió en atenció primària i identificar els factors associats al infratractament.

Prenent com a referència el diagnòstic d'un trastorn depressiu (conjuntament depressió major o distímia, DSM-IV) obtingut pels investigadors amb la SCID vam calcular els valors de sensibilitat, especificitat, valors predictius i raons de versemblança. Vam calcular la concordança entre el diagnòstic SCID i el diagnòstic del metge mitjançant el coeficient Kappa. Per aquests càlculs s'utilitzaren dades ponderades.

Un primer anàlisi exploratori consistí en identificar quins factors s'associaven al diagnòstic de depressió que formula un metge en el seu pacient. Així que vam comparar els pacients deprimits segons el criteri del metge amb els pacients no deprimits segons el mateix criteri.

Després, prenent com a referència el diagnòstic obtingut amb la SCID analitzarem les dues àrees de no coincidència; els falsos negatius: aquells diagnosticats positivament amb la SCID però que el metge no valorà com a deprimits; i els falsos positius: aquells no diagnosticats amb la SCID, però que el metge considerà deprimits.

Per tal d'analitzar el fenomen de la infradetecció de la depressió per part del metge d'atenció primària es compararen els pacients deprimits segons la SCID detectats com a tals pel seu metge (vertaders positius) amb els pacients deprimits (SCID) no detectats pel metge (falsos negatius).

L'altre aspecte de desacord fou la formulació d'un diagnòstic de depressió per part del metge en un pacient no deprimat segons la SCID. Per tal d'analitzar aquest fenomen i els

factors que s'hi associen es compararen els pacients no deprimits (segons la SCID) però que el seu metge els considera com a tals (falsos positius) amb els pacients on el criteri del metge i el de la SCID coincidiren a descartar un trastorn depressiu (vertaders negatius).

Es va determinar la taxa de tractament antidepressiu en els pacients amb trastorns depressius i es van comparar els pacients que prenen tractament antidepressiu amb els que no el prenen.

Les proves estadístiques utilitzades són el test de χ^2 per a les variables categòriques i el test U de Mann Withney per a les variables contínues i el nivell estàndard de significació estadístic es establert en $p < 0.05$.

Es van dur a terme anàlisis multivariants mitjançant regressió logística no condicional per tal de determinar els factors independents associats al infradiagnòstic i al sobrediagnòstic dels trastorns depressius i al tractament antidepressiu en pacients deprimits.

4. RESULTATS

4.1 PARTICIPACIÓ I CARACTERÍSTIQUES DE LA MOSTRA

De 1050 pacients que complien amb les condicions inicials per ser seleccionats per al mostreig: adscrits al centre i amb edat en un rang entre 18 i 70 anys, s'en van excloure 21 dones i 14 homes amb una mitjana d'edat de 42,1 anys (DE = 16,1 anys). D'aquests, 23 ho foren per patir una malaltia concurrent que impedia la participació en aquell moment, 6 per limitacions idiomàtiques i 6 per que estaven diagnosticats d'un trastorn psicòtic.

Dels 1015 pacients que satisfieien els criteris d'inclusió, 906 pacients (el 89,3%) van accedir a participar en la primera fase de l'estudi. Els pacients que no van acceptar foren 44 homes i 65 dones, amb una mitjana d'edat de 45,4 anys (DE = 14,9 anys).

Dels 906 pacients que van formar la mostra de la primera fase, 224 pacients (el 24,7 %) van obtenir un resultat positiu en el cribratge (Índex SDS \geq 55 %) i havien de passar a la segona fase. Quinze d'aquests pacients van refusar la participació.

Van obtenir un resultat negatiu en el cribratge (Índex SDS $<$ 55 %) 682 pacients (el 75,3%). D'aquests s'en van seleccionar aleatòriament 98 pacients (1/7) per passar a la segona fase i solament 1 pacient va refusar participar.

Així doncs, en la segona fase van participar 306 pacients (participació del 95 %). La mitjana d'edat dels 16 pacients perduts va ser de 48,3 anys (DE = 14,3 anys) i d'aquests 14 eren dones. En cap de les dues fases es van constatar diferències significatives entre les característiques dels pacients que accediren a participar i els que no.

Tot i que en el projecte estava previst reclutar una quota de 100 pacients per cadascun dels centres d'atenció primària participants, finalment l'aportació de pacients no va ser uniforme entre els diferents centres. En la TAULA 9 es mostra el nombre de pacients de cada centre que participaren en cadascuna de les dues fases de l'estudi. Les característiques sociodemogràfiques dels participants es presenten en la TAULA 10. En la FIGURA 3 es mostren les dades globals de participació en les diferents etapes del mostreig i la avaluació.

Centre d'Atenció Primària	Primera fase (n)	Segona fase (n)
CAP Sant Pere i Sant Pau	64	20
CAP La Granja-Torreforta	101	28
CAP Bonavista	102	36
CAP Salou	46	17
CAP El Morell	100	36
CAP Constantí	158	60
CAP Sant Pere 1	109	36
CAP Sant Pere 2	85	32
CAP Riera Miró	23	11
CAP Alt Camp Est	118	30
Total	906	306

TAULA 9. Aportació de pacients a les mostres de la primera i segona fase, per centres d'atenció primària

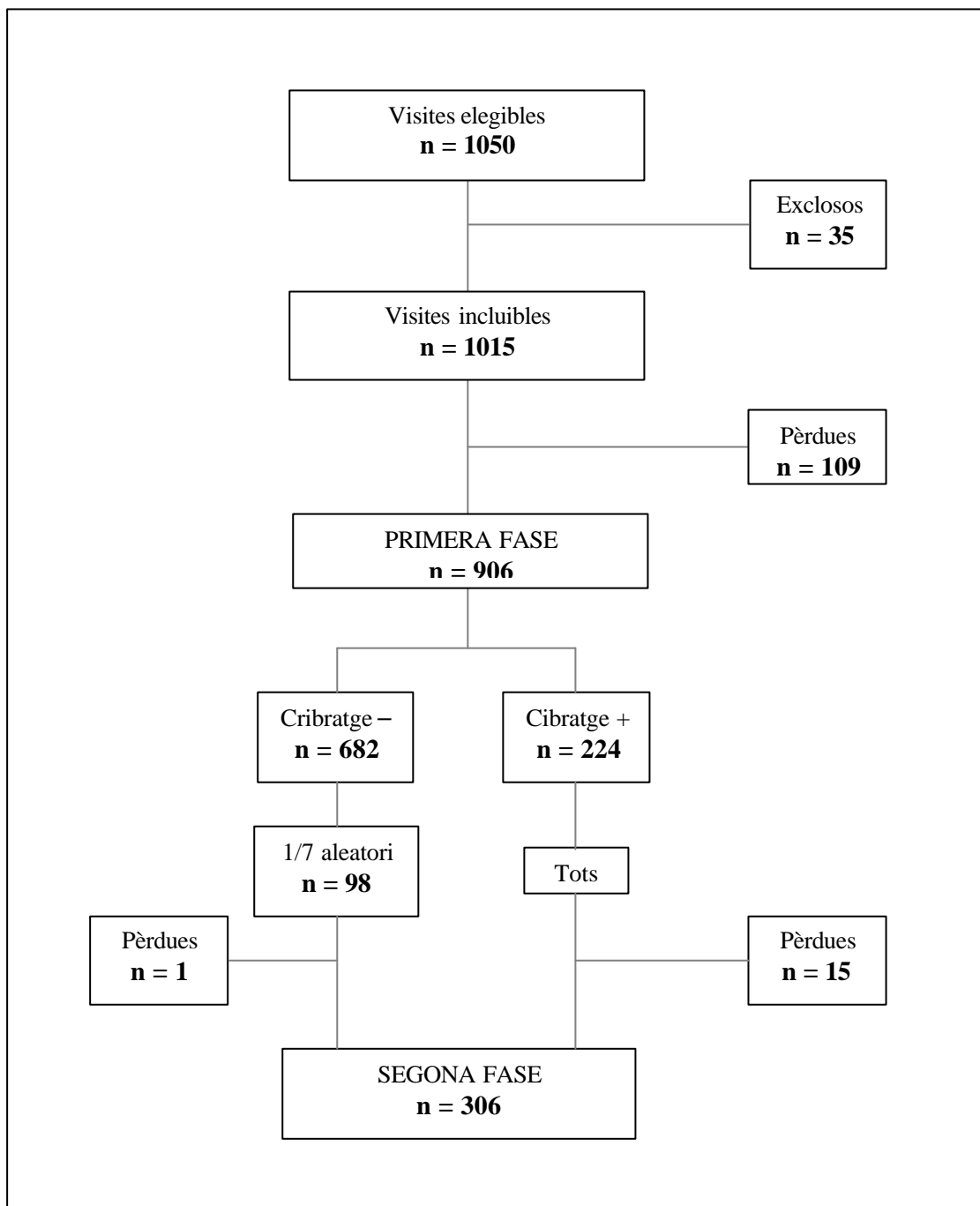


FIGURA 3. Participació dels pacients en les successives etapes del mostreig.

	Primera fase (n=906)		Segona fase (n=306)	
	n	(%)	n	(%)
Sexe				
<i>Dona</i>	576	(63)	220	(72)
<i>Home</i>	330	(37)	86	(28)
Edat (Mitjana i DE)	47.9	(15.4)	48.7	(15.0)
Estat civil				
<i>Solter</i>	141	(15)	47	(15)
<i>Casat/Viu en parella</i>	640	(71)	198	(65)
<i>Divorciat / Separat</i>	59	(7)	32	(11)
<i>Vidu</i>	66	(7)	29	(9)
Nivell educatiu				
<i>Sense estudis</i>	139	(15)	59	(19)
<i>Estudis primaris</i>	304	(34)	104	(34)
<i>Estudis secundaris, 1^{er} cicle</i>	267	(29)	79	(26)
<i>Estudis secundaris, 2^{on} cicle</i>	155	(17)	53	(17)
<i>Universitaris</i>	41	(5)	11	(4)
Classe social basada en la ocupació				
<i>I</i>	23	(3)	8	(3)
<i>II</i>	42	(5)	9	(3)
<i>III</i>	220	(24)	68	(22)
<i>IVa</i>	267	(29)	82	(27)
<i>IVb</i>	149	(16)	61	(20)
<i>V</i>	205	(23)	78	(25)

TAULA 10. Característiques demogràfiques dels subjectes en les mostres de la primera i segona fases.

4.2 PREVALENÇA

En aquest apartat es mostra la taxa de prevalença de depressió major actual en pacients atesos en atenció primària, de forma global i segons diversos factors sociodemogràfics i clínics, es descriu la distribució dels pacients amb aquest trastorn segons temps d'evolució i diversos estrats de gravetat clínica i, mitjançant anàlisis multivariants, s'identifiquen els factors associats de forma independent a la presència de depressió major actual.

Es mostra la proporció de pacients amb depressió major passada, sense criteris diagnòstics en el moment de l'avaluació.

Es mostra la prevalença de distímia, total i segons diverses variables sociodemogràfiques i clíniques i, mitjançant anàlisis multivariants, s'identifiquen els factors associats independentment a la presència de distímia.

4.2.1 *Depressió major actual*

La prevalença de depressió major actual va ser del 14.3 % (IC 95%: 11.2-17.4).

En la TAULA 11 es mostra la prevalença de depressió major actual obtinguda segons diferents variables sociodemogràfiques. La prevalença va ser significativament més alta ($p=0.002$) en les dones, amb un 19.8 %, que en els homes, amb un 5.6%. En el grup d'edat superior, de 65 a 70 anys, vam trobar una prevalença del 6.6 %, aparentment menor que la dels grups d'edat de 45 a 64 anys i de 18 a 44 anys, amb uns percentatges del 16.2 % i 17.1 % respectivament, però sense associació estadísticament significativa ($p=0.155$). Respecte a l'estat civil, els pacients divorciats amb un 39.4 % foren el grup amb més alta prevalença, seguits pels vidus amb un 21.1 %, mentre que en pacients casats i solters la prevalença fou menor, amb un 12.9 % i un 9.5 % respectivament ($p<0.001$). Vam trobar que a menor nivell d'estudis major prevalença: el grup dels pacients sense estudis tenia una prevalença del 26,6 %, el grup amb estudis primaris del 16.7 %, el grup amb un nivell educatiu fins al primer cicle de secundària del 9.9 % i en els pacients amb un nivell de segon cicle de secundària o superior la prevalença fou del 9,4 % ($p=0.020$). La classe social també es va associar significativament a la prevalença de depressió major, que fou màxima en els estrats socials menys favorables (classes V i IVb) amb unes

prevalences del 25.9 % i 18.0 % respectivament i menor en els estrats superiors, amb prevalences en un rang del 7.0 % al 12.0 % ($p=0.021$).

La TAULA 12 mostra la prevalença de depressió major actual segons variables clíniques. La gravetat de la comorbiditat orgànica, mesurada amb el DUSOI, es va associar significativament a una major prevalença: en els estrats de gravetat de moderada a extrema la prevalença de depressió major fou de 21.5 % mentre que en els estrats de gravetat d'absent a intermèdia les prevalences trobades se situaven en un rang de 9.9 % a 14.4 % ($p<0.001$). Vam investigar la prevalença de depressió major actual en grups de pacients que patien algunes de les malalties cròniques més comuns en atenció primària i vam trobar que aquest fou significativament més alta en els pacients amb síndromes i dolor relacionat amb la columna vertebral, amb el 32.5 % ($p<0.001$) i en els pacients amb artrosi, amb el 26.1 % ($p=0.005$). La pluripatologia crònica, mesurada amb el nombre de diferents malalties orgàniques cròniques coexistents en un pacient, estava associada significativament a la prevalença de depressió major actual: en els pacients amb dos o més malalties orgàniques cròniques la prevalença fou del 23.5 %: el doble que en els pacients que solament tenien una, 9.3 %, o cap malaltia crònica, 10.7 % ($p=0.004$).

La prevalença de depressió major actual fou significativament més alta quan hi havia un altre trastorn psiquiàtric: el 67.4 % dels pacients amb un trastorn d'angoixa ($p<0.001$), el 39.5 % dels pacients amb un trastorn d'ansietat generalitzada ($p<0.001$), el 44.8 % dels que patien trastorns d'abús o dependència a l'alcohol ($p=0.016$) i el 88.9 % dels que tenien un trastorn de somatització ($p<0.001$) (8 dels 9 casos amb Trastorn de somatització van ser diagnosticats d'un depressió major actual).

En els pacients més freqüentment atesos en atenció primària la prevalença fou més alta: en els que no havien estat visitats en els últims tres mesos aquesta va ser del 5.1 %, en els que havien estat visitats entre 1 i 3 vegades fou del 12.1 % i si havien estat visitats 4 o més vegades en aquest període de temps la proporció de pacients deprimits fou del 34.4% ($p<0.001$).

La prevalença de depressió major actual fou més alta en el grup de pacients que referien explícitament símptomes de natura psicosocial que en els que solament referien símptomes o problemes de natura somàtica: el 46.8 % en front del 10.0 % ($p<0.001$).

Tanmateix, la major part dels pacients amb depressió major actual (el 61.9 %) solament referia símptomes somàtics.

Tipificació dels pacients amb depressió major actual segons evolució i gravetat

El 15 % dels pacients amb depressió major havien iniciat l'episodi actual en el darrer mes, el 43 % dels pacients l'havien desenvolupat entre 1 i 6 mesos previs i els 42 % patien el procés depressiu des de feia més de 6 mesos.

El 54 % dels pacients depressius en el moment de l'estudi havien sofert episodis previs de depressió major, i per tant es classificaren en la categoria de Trastorn depressiu major, recidivant. El 46 % restant es van classificar com a Trastorn depressiu major, episodi únic. Els episodis actuals es van classificar, segons el DSM-IV en lleus el 27 %, moderats el 54 % o greus el 19 %.

	Nombre de subjectes (segona fase)	Depressió major		
		prevalença	IC 95%	p*
Total	306	14.3	11.2-17.4	
Sexe				
<i>Dona</i>	220	19.8	15.1-24.6	0.002
<i>Home</i>	86	5.6	1.3-10.0	
Edat (anys)				
18-44	110	17.1	10.1-24.1	0.155
45-64	137	16.2	10.7-21.6	
65-70	59	6.6	2.8-10.3	
Estat civil				
<i>Solter</i>	47	9.5	3.9-15.3	<0.001
<i>Casat/Viu en parella</i>	198	12.9	8.7-17.1	
<i>Divorciat/Separat</i>	32	39.4	18.4-60.4	
<i>Vidu</i>	29	21.1	6.9-35.3	
Nivell educatiu				
<i>Sense estudis</i>	59	26.6	15.0-38.1	0.020
<i>Primària</i>	104	16.7	9.4-24.1	
<i>Secundària, 1^{er} cicle</i>	79	9.9	4.0-15.9	
<i>Secundària, 2^{on} cicle i universitat</i>	64	9.4	4.7-14.0	
Classe social				
<i>I, II</i>	17	11.1	0.0-22.3	0.021
<i>III</i>	68	12.0	4.8-19.3	
<i>IVa</i>	82	7.0	3.7-10.3	
<i>IVb</i>	61	18.0	9.9-26.1	
<i>V</i>	78	25.9	14.3-37.4	

* *Prova de χ^2*

TAULA 11. Prevalença de depressió major actual (DSM-IV) en pacients d'atenció primària segons variables sociodemogràfiques (*dades ponderades*).

	Nombre de subjectes (segona fase)	Depressió major		
		prevalença	IC 95%	p*
Total	306	14.3	11.2-17.4	
Comorbilitat somàtica (DUSOI)				
<i>Absent</i>	36	13.1	4.6-21.5	<0.001
<i>Lleugera</i>	66	14.4	6.6-22.2	
<i>Intermèdia</i>	118	9.9	6.8-12.9	
<i>Moderada a extrema</i>	86	21.5	10.9-32.1	
Malalties orgàniques cròniques				
<i>HTA</i>	79	19.9	10.5-29.2	0.106
<i>Dolor columna vertebral</i>	55	32.5	15.4-49.5	<0.001
<i>Artrosi</i>	60	26.1	13.5-38.7	0.005
<i>Diabetis</i>	44	13.1	3.4-22.8	0.879
<i>MPOC</i>	16	13.7	0.8-26.6	0.852
<i>Úlcera pèptica, gastritis</i>	21	22.5	5.9-39.1	0.340
<i>Cardiopatia</i>	26	14.2	3.9-24.5	0.889
Malalties orgàniques cròniques				
<i>0</i>	97	10.7	6.9-14.6	0.004
<i>1</i>	90	9.3	3.9-14.7	
<i>2 o més</i>	119	23.5	15.1-32.0	
Comorbilitat psiquiàtrica				
<i>Trastorn d'angoixa</i>	42	67.4	43.8-91.0	<0.001
<i>Trastorn d'ansietat generalitzada</i>	113	39.5	27.8-51.1	<0.001
<i>Trastorns per alcohol</i>	8	44.8	0.0-94.4	0.016
<i>Trastorn de somatització</i>	9	88.9	68.3-109.5	<0.001
Visites d'atenció primària en els darrers 3 mesos				
<i>0</i>	47	5.1	1.6-8.7	<0.001
<i>1 a 3</i>	184	12.1	8.0-16.3	
<i>4 o més</i>	75	34.4	21.0-47.8	
Síntomes referits				
<i>Sols símptomes somàtics</i>	230	10.0	6.6-13.3	<0.001
<i>Algun símptoma psicossocial</i>	76	46.8	32.0-61.6	

* Prova de χ^2

TAULA 12. Prevalença de depressió major actual (DSM-IV) en pacients d'atenció primària segons variables clíniques (*dades ponderades*).

Anàlisi multivariant

Per tal d'identificar els factors associats de forma independent a la presència de depressió major es va dur a terme una anàlisi multivariant mitjançant regressió logística no condicional incloent totes les variables analitzades en el model bivariant. Els factors determinants resultants (TAULA 13) després d'ajustar per totes les variables dites van ser el sexe femení, amb un risc 3.10 vegades superior per patir depressió major en les dones que en els homes. La presència d'un trastorn d'angoixa, amb un risc 10.67 vegades superior en els pacients amb aquest trastorn que en els que no el tenien. La presència d'un trastorn d'ansietat generalitzada, amb un risc 3.24 vegades superior. La freqüentació de les consultes d'atenció primària: a major nombre de visites, major risc; amb un risc 1.59 vegades superior en els pacients que s'havien visitat entre 1 i 3 vegades en els darrers tres mesos que en els que no s'havien visitat cap vegada i un risc 4.53 vegades superior en els que s'havien visitat 4 o més vegades. El tipus de símptomes expressats: els pacients que referien símptomes de tipus psicosocial tenien 3.77 vegades major risc de patir una depressió major que els pacients que referien exclusivament símptomes somàtics. Sorprenentment, la presència d'una malaltia orgànica crònica concreta definida en el qüestionari de recollida de dades com a "gastritis o úlcera pèptica" s'associava de forma independent a un risc 4.04 vegades superior de depressió major que en els pacients que no havien referit patir aquesta malaltia.

	Odds Ratio	IC 95%
Sexe		
<i>Home</i>	1	
<i>Dona</i>	3.10	1.43-6.71
Trastorn d'angoixa		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	10.67	4.23-26.88
Trastorn d'ansietat generalitzada		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	3.24	1.77-5.93
Visites d'atenció primària en els últims 3 mesos		
<i>0</i>	1	
<i>1 a 3</i>	1.59	0.61-4.10
<i>4 o més</i>	4.35	1.58-11.98
Símptomes referits		
<i>Només somàtics</i>	1	
<i>Algun psicosocial</i>	3.77	1.97-7.22
Gastritis o úlcera pèptica		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	4.04	1.36-12.04

TAULA 13. Factors independents associats a la presència de depressió major actual (DSM-IV) en pacients d'atenció primària .

4.2.2 Depressió major passada

La prevalença de pacients que havien sofert episodis de depressió major en el passat però que en el moment de l'estudi no complien els criteris per al diagnòstic fou del 11.3 % (IC 95 %: 6.6-16.0). D'aquests, el 43 % es van classificar com a remissió parcial i el 57 % com a remissió total.

4.2.3 Distímia

La prevalença de distímia fou del 4.8 % (IC 95 %: 2.8-6.8) i en el 46.8 % d'aquests pacients coexistia amb un episodi actual de depressió major.

En la TAULA 14 es mostra la prevalença de distímia segons les variables sociodemogràfiques estudiades. Cap d'elles s'associava significativament a la presència de distímia.

En la TAULA 15 es mostra la prevalença de distímia segons variables clíniques. Solament la presència comòrbida d'un trastorn d'ansietat generalitzada, amb una prevalença del 18.1 % ($p < 0.001$) i la presentació de símptomes psicosocials enfront la presentació exclusivament en forma de símptomes o problemes somàtics, amb unes prevalences de 20.9 % i del 2.7 % respectivament ($p < 0.001$) van estar significativament associades a la prevalença de distímia. Tanmateix, gairebé la meitat dels pacients amb distímia (el 49.3 %) van presentar exclusivament símptomes somàtics.

	Nombre de subjectes (segona fase)	Distímia		
		prevalença	IC 95%	p*
Total	306	4.8	2.8-6.8	
Sexe				
<i>Dona</i>	220	5.8	3.8-7.9	0.569
<i>Home</i>	86	3.2	0.0-7.2	
Edat (anys)				
<i>18-44</i>	110	2.3	0.6-4.0	0.138
<i>45-64</i>	137	7.7	3.3-12.2	
<i>65-70</i>	59	3.5	0.8-6.2	
Estat civil				
<i>Solter</i>	47	2.2	0.0-4.8	0.445
<i>Casat/Viu en parella</i>	198	4.9	2.3-7.4	
<i>Divorciat/Separat</i>	32	4.6	0.0-11.2	
<i>Vidu</i>	29	10.6	1.3-19.9	
Nivell educatiu				
<i>Sense estudis</i>	59	10.1	3.7-16.5	0.267
<i>Primària</i>	104	4.5	2.0-7.0	
<i>Secundària, 1^{er} cicle</i>	79	2.3	0.4-4.2	
<i>Secundària, 2^{on} i universitat</i>	64	5.5	0.0-12.4	
Classe social				
<i>I, II</i>	17	2.2	0.0-6.7	0.437
<i>III</i>	68	0.9	0.0-2.3	
<i>IVa</i>	82	6.5	1.2-11.7	
<i>IVb</i>	61	5.0	1.1-8.9	
<i>V</i>	78	7.3	3.1-11.5	

* Prova de χ^2

TAULA 14. Prevalença de distímia (DSM-IV) en pacients d'atenció primària segons variables sociodemogràfiques (*dades ponderades*).

	Nombre de subjectes (segona fase)	Distímia		
		prevalença	IC 95%	p*
Total	306	4.8	2.8-6.8	
Comorbilitat somàtica (DUSOI)				
<i>Absent</i>	36	3.3	0.0-7.1	0.295
<i>Lleugera</i>	66	3.4	0.8-6.0	
<i>Intermèdia</i>	118	3.4	1.5-5.2	
<i>Moderada a extrema</i>	86	10.9	1.9-20.0	
Malalties orgàniques cròniques				
<i>HTA</i>	79	7.8	3.5-12.1	0.325
<i>Dolor columna vertebral</i>	55	11.4	4.4-18.5	0.079
<i>Artrosi</i>	60	8.3	3.0-13.6	0.298
<i>Diabetis</i>	44	7.0	0.0-15.8	0.704
<i>MPOC</i>	16	4.6	0.0-11.3	0.536
<i>Úlcera pèptica, gastritis</i>	21	4.1	0.0-10.1	0.622
<i>Cardiopatia</i>	26	1.4	0.0-4.3	0.499
Malalties orgàniques cròniques				
<i>0</i>	97	2.0	0.4-3.6	0.193
<i>1</i>	90	5.5	0.6-10.4	
<i>2 o més</i>	119	7.2	3.9-10.6	
Comorbilitat psiquiàtrica				
<i>Trastorn d'angoixa</i>	42	11.9	2.7-21.2	0.085
<i>Trastorn d'ansietat generalitzada</i>	113	18.1	9.1-27.2	<0.001
<i>Trastorns per alcohol</i>	8	0.0	-	1
<i>Trastorn de somatització</i>	9	11.1	0.0-31.7	0.358
Visites d'atenció primària en els darrers 3 mesos				
<i>0</i>	47	0.6	0.0-1.7	0.107
<i>1 a 3</i>	184	5.3	2.4-8.2	
<i>4 o més</i>	75	8.1	3.0-13.2	
Síntomes referits				
<i>Sols símptomes somàtics</i>	230	2.7	1.6-3.8	<0.001
<i>Algun símptoma psicossocial</i>	76	20.9	7.7-34.2	

* Prova de χ^2

TAULA 15. Prevalença de distímia (DSM-IV) en pacients d'atenció primària segons variables clíniques (dades ponderades).

Anàlisi multivariant

En la TAULA 16 es mostren les variables que es van associar de forma independent a la presència de distímia, segons l'anàlisi multivariant mitjançant regressió logística no condicional en el que es van considerar totes les variables estudiades en les anàlisis bivariants.

Els factors independents associats a la prevalença de distímia van ser la presència d'un trastorn d'ansietat generalitzada, amb un risc 4.52 vegades superior en els pacients que patien aquest trastorn, la presentació clínica de símptomes psicològics explícits amb un risc 2.26 vegades superior de patir distímia que en els pacients que referien solament símptomes o problemes somàtics, i el nombre de malalties orgàniques cròniques presents (variable contínua, per cada malaltia crònica que s'incrementa de més en un pacient, augmenta el seu risc de patir distímia en un 39 %).

	Odds Ratio	IC 95%
Trastorn d'ansietat generalitzada		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	4.52	2.05-9.96
Símptomes referits		
<i>Només somàtics</i>	1	
<i>Algun psicosocial</i>	2.26	1.05-4.88
Malalties orgàniques cròniques (nombre)	1.39	1.05-1.84

TAULA 16. Factors independents associats a la presència de distímia (DSM-IV) en pacients d'atenció primària.

4.3 PRESENTACIÓ CLÍNICA DELS TRASTORNS DEPRESSIUS EN RELACIÓ ALS SÍMPTOMES SOMÀTICS (SOMATITZACIÓ)

En aquest apartat analitzem el fenomen de la somatització en la depressió, es a dir, de la presentació clínica dels trastorns depressius exclusivament a través de símptomes somàtics.

Els conceptes que utilitzem provenen de la classificació proposada per Bridges i Goldberg (Wittchen i Ahmouï Essau, 1990), detallada anteriorment en l'apartat "*Variables i instruments de mesura*" del capítol MÈTODES. Aquesta classificació inclou una "*Depressió amb presentació psicològica, on els símptomes presents són de natura psicosocial o són símptomes somàtics atribuïts espontàniament pel pacient a un origen psicosocial*" i una "*Depressió somatitzada, on hi ha una presència exclusiva de queixes somàtiques, atribuïdes pel pacient a un origen somàtic però que en opinió del clínic l'origen psicològic és prou plausible*". Altres pacients deprimits que manifesten exclusivament símptomes somàtics, però que són atribuïbles a processos orgànics i ni directa ni indirectament poden ser atribuïts al trastorn depressiu no s'inclouen en la categoria de depressió somatitzada.

Mostrem les taxes de prevalença de cada forma de presentació de la depressió, quins són i amb quina freqüència es presenten els diferents símptomes somàtics d'origen psicològic en els somatitzadors i analitzem les variables associades a la somatització comparant el grup dels somatitzadors amb el grup amb depressió expressada psicològicament. Mitjançant anàlisis multivariants identifiquem els factors associats a la presentació somatitzada de la depressió.

En les anàlisis que presentem en aquest apartat avaluem conjuntament els pacients amb qualsevol dels dos trastorns depressius que hem considerat en l'estudi (depressió major actual i distímia) i quan fem referència a "depressió" o a "pacient deprimat" ens referim genèricament a qualsevol dels trastorns depressius esmentats.

La prevalença conjunta d'ambdós trastorns fou de 16.8% (IC 95%: 13.4-20.2). El 45.4% dels casos (prevalença en la mostra inicial del 7.6%; IC 95%: 5.5-9.8%) es van classificar com a **depressió amb presentació psicològica**, el 35.6% (prevalença: 6.0%; IC 95%: 3.9-8.0%) com a **depressió somatitzada**, el 7.4% (prevalença: 1.3%; IC 95%: -0.3-2.9%) com a **trastorn orgànic amb depressió secundària** i el 11.7% (prevalença: 2.0%; IC 95%: 0.3-3.6%) com a **trastorn orgànic comòrbid amb depressió no relacionada etiològicament** (FIGURA 4).

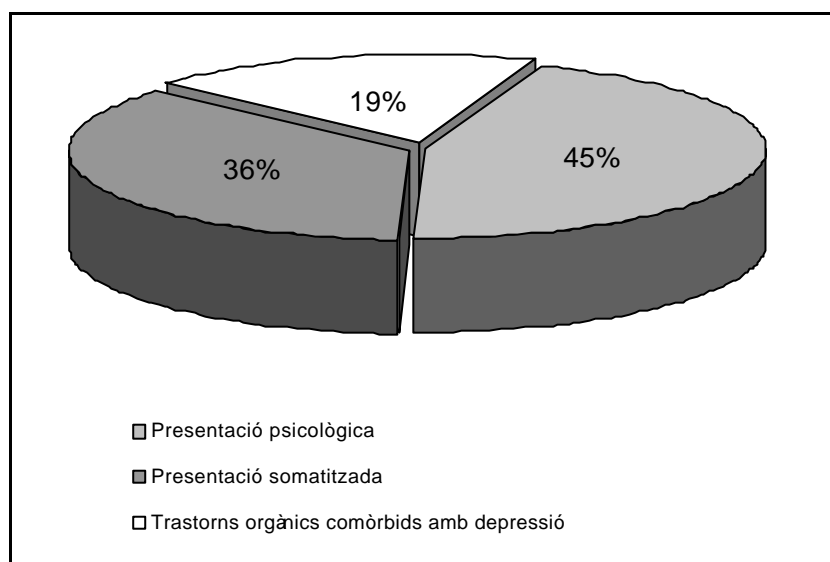
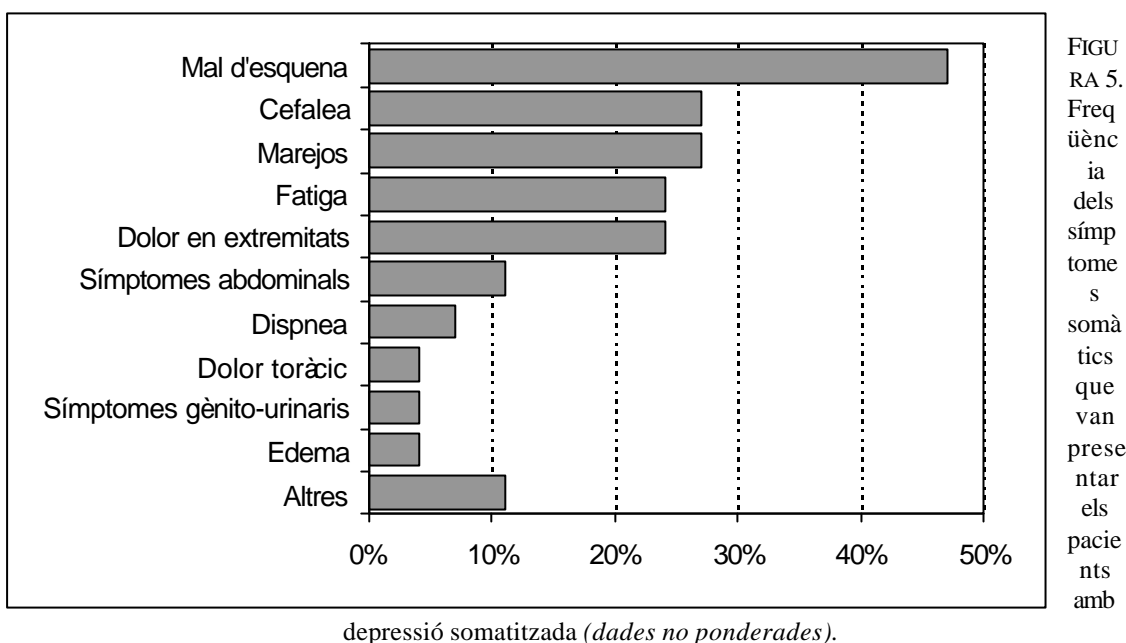


FIGURA 4. Expressió clínica dels trastorns depressius en relació als símptomes somàtics en pacients depressius d'atenció primària (*dades ponderades*).

En la FIGURA 5 es mostren quins són i amb quina freqüència es presenten els diferents símptomes somàtics atribuïbles a la depressió subjacent que presenten els pacients somatitzadors. En els 45 pacients amb depressió somatitzada els símptomes referits van ser: en 21 casos (47%) dolor d'esquena, en 12 (27%) cefalea, en 12 (27%) marejos, en 11 (24%) fatiga, en 11 (24%) dolor en les extremitats, en 5 (11%) dolor abdominal o símptomes digestius, en 3 (7%) dispnea, en 2 (4%) dolor toràctic, en 2 (4%) símptomes gènito-urinaris, en 2 (4%) edema i en 5 (11%) altres símptomes.



Per tal d'analitzar les variables associades a la presentació somatitzada dels trastorns depressius vam comparar els pacients amb criteris de depressió somatitzada amb els pacients amb presentació de símptomes psicològics explícits. Per tal d'assegurar la comparabilitat en quant a metodologia de les nostres anàlisis amb la literatura prèvia sobre el tema vam excloure en aquesta anàlisi els pacients que referien símptomes somàtics atribuïbles a processos orgànics: els grups amb trastorn orgànic amb depressió secundària o trastorn orgànic comòrbid amb depressió no relacionada etiològicament.

Tanmateix vam dur a terme anàlisis exploratoris que ens van permetre comprovar una definició més permissiva de depressió somatitzada que inclogués també aquells pacients que refereixen exclusivament símptomes somàtics encara que aquests són atribuïbles a un trastorn orgànic i no refereixen cap símptoma psicològic, no modificava el perfil de les associacions trobades amb significació estadística havent utilitzat la definició de somatització més estricta segons els criteris de Bridges i Goldberg (resultats no mostrats).

En las TAULA 17 s'exposen els resultats de les comparacions en relació a les variables sociodemogràfiques. No es van trobar diferències significatives en quant al sexe, estat civil i classe social. Mentre els pacients amb depressió amb símptomes psicològics es van distribuir uniformement entre els diferents nivells educatius, la major part de pacients del grup de somatitzadors es van concentrar en els nivells educatius inferiors: el 26.7 % en

l'estrat "sense estudis" i el 60 % en l'estrat d'estudis primaris, i això de manera estadísticament significativa ($p < 0.001$). El grup de somatitzadors va tendir a ser de major edat, amb una mitjana de 52.1 anys enfront els 45.8 anys dels que manifestaren símptomes psicològics ($p = 0.05$).

En la Taula 18 es mostren els resultats de les comparacions en les variables clíniques. La distribució dels dos diagnòstics específics de trastorns depressius estudiats (depressió major i distímia) així com la comorbiditat dels trastorns depressius amb trastorns d'ansietat no diferiren significativament entre els que van presentar símptomes psicològics i els somatitzadors. La comorbiditat mèdica i la freqüentació tampoc no s'associaren significativament al tipus de presentació clínica del trastorn depressiu.

La depressió somatitzada fou significativament de menor gravetat, amb una mitjana de puntuació en el Índex SDS de 66.4 enfront dels 71.5 de la depressió amb expressió psicològica explícita ($p = 0.004$), i provocà menys repercussió funcional i vital, mesurada amb la EEAG (62.4 enfront de 58.7, $p = 0.008$) i el component de salut mental del SF-12 (30.6 enfront de 25.1, $p < 0.001$).

Els dos grups no es diferenciaren significativament en les variables relacionades amb la comorbiditat orgànica: DUSOI, nombre de malalties orgàniques cròniques i component de salut física del qüestionari SF-12 ni en la freqüentació.

Les variables que avaluen el maneig dels trastorns depressius (detecció, tractament antidepressiu i atenció psiquiàtrica especialitzada) van mostrar totes elles diferències estadísticament significatives entre ambdós grups. Les proporcions de casos detectats com a deprimits pel seu metge fou del 60 % en els somatitzadors mentre que en els que manifesten símptomes psicològics va arribar fins al 88.1 % ($p = 0.002$). Una quarta part (el 24.4 %) dels somatitzadors reberen tractament amb antidepressius enfront a la meitat (el 50.8 %) dels que manifesten símptomes psicològics ($p = 0.011$). Solament el 4.4 % dels somatitzadors havia rebut atenció psiquiàtrica especialitzada, en canvi una tercera part (el 33.9 %) dels que manifestaren símptomes psicològics havien estat visitats en el nivell especialitzat de salut mental ($p = 0.001$).

	Depressió amb presentació psicològica (n=59)	Depressió somatitzada (n= 45)	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>p</i> *
Sexe			
<i>Home</i>	8 (13.6)	5 (11.1)	0.940
<i>Dona</i>	51 (86.4)	40 (88.9)	
Estat civil			
<i>Solter</i>	9 (15.3)	3 (6.7)	0.199
<i>Casat/Viu en parella</i>	30 (50.8)	32 (71.1)	
<i>Separat/Divorciat</i>	11 (18.6)	6 (13.3)	
<i>Vidu</i>	9 (15.3)	4 (8.9)	
Nivell d'estudis			
<i>Sense estudis</i>	15 (25.4)	12 (26.7)	<0.001
<i>Primària</i>	13 (22.0)	27 (60.0)	
<i>Secundària, 1er cicle</i>	16 (27.1)	2 (4.4)	
<i>Secundària, 2on cicle i universitat</i>	15 (25.4)	4 (8.9)	
Classe social			
<i>I, II</i>	5 (8.5)	1 (2.2)	0.296
<i>III</i>	12 (20.3)	5 (11.1)	
<i>IVa</i>	11 (18.6)	12 (26.7)	
<i>IVb</i>	14 (23.7)	9 (20.0)	
<i>V</i>	17 (28.8)	18 (40.0)	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p</i> **
Edat	45.8 (15.0)	52.1 (11.5)	0.050

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 17. Diferències entre els pacients deprimits que manifesten símptomes psicològics i els que presenten una depressió somatitzada en una mostra de pacients atesos en atenció primària. Part I: variables sociodemogràfiques (*dades no ponderades*).

	Depressió amb presentació psicològica (n=59)	Depressió somatitzada (n= 45)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p*</i>
Depressió major	52 (88.1)	39 (86.7)	0.940
Distímia	16 (27.1)	11 (24.4)	0.934
Trastorn d'angoixa comòrbid	19 (32.2)	12 (26.7)	0.693
Trastorn d'ansietat generalitzada comòrbid	36 (61.0)	25 (55.6)	0.719
Casos detectats	52 (88.1)	27 (60.0)	0.002
Casos tractats amb antidepressius	30 (50.8)	11 (24.4)	0.011
Atenció psiquiàtrica especialitzada	20 (33.9)	2 (4.4)	0.001
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p**</i>
Índex SDS	71.5 (9.2)	66.4 (7.8)	0.004
EEAG	58.7 (7.8)	62.4 (6.4)	0.008
SF-12, salut física	37.8 (10.2)	39.3 (11.5)	0.677
SF-12, salut mental	25.1 (6.9)	30.6 (9.0)	<0.001
DUSOI	34.4 (23.5)	42.1 (21.0)	0.197
Malalties orgàniques cròniques (nombre)	1.5 (1.5)	1.7 (1.4)	0.215
Visites d'atenció primària en els últims tres mesos	3.6 (2.8)	3.3 (2.6)	0.501

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 18. Diferències entre els pacients deprimits que manifesten símptomes psicològics i els que presenten una depressió somatitzada en una mostra de pacients atesos en atenció primària. Part II: variables clíniques (*dades no ponderades*).

Anàlisi multivariant

Es va realitzar una anàlisi multivariant mitjançant regressió logística no condicional per tal d'identificar les variables que s'associaven de forma independent al fet que un quadre de depressió es presentés de forma somatitzada i no amb símptomes psicològics explícits. Vam incloure totes les variables analitzades prèviament en les anàlisis bivariants i vam identificar els següents factors independents (veure TAULA 19). El nivell d'estudis, amb unes *odds ratio* inferiors a la unitat en els nivells de secundària i superiors, que palesen un efecte “de preservació” enfront la somatització i una *odds ratio* de 2.79 en el nivell d'estudis primaris, prenent com a referència l'estrat de pacients sense estudis que indica un major risc de somatització dels trastorns depressius en aquest estrat educatiu.

La presència d'un tractament antidepressiu estava associada negativament a la presentació somatitzada.

La puntuació en l'Índex SDS, que mesura de la gravetat de la simptomatologia depressiva, es va associar de forma inversa a la probabilitat de presentar la depressió en forma de símptomes somàtics: per cada punt de més gravetat en la SDS, un 7 % menys de probabilitats de presentar la depressió somatitzada i al contrari, presentar-la amb símptomes psicològics explícits.

	Odds Ratio	IC 95%
Nivell d'estudis		
<i>Sense estudis</i>	1	
<i>Primària</i>	2.79	0.88-8.82
<i>Secundària, 1er cicle</i>	0.14	0.03-0.83
<i>Secundària, 2on cicle</i>	0.36	0.08-1.57
<i>Universitat</i>	0.00	0.00-0.00
Tractament antidepressiu		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	0.30	0.10-0.85
Índex SDS	0.93	0.88-0.99

TAULA 19. Factors independents associats a la presentació somatitzada d'un trastorn depressiu (depressió major o distímia, DSM-IV) en pacients d'atenció primària (*dades no ponderades*).

4.4 DETECCIÓ DELS TRASTORNS DEPRESSIUS PEL METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

En aquest apartat presentem els resultats de diferents anàlisis encaminades a avaluar el paper del metge d'atenció primària en el diagnòstic de la depressió i a identificar els factors associats als errors diagnòstics (sobrediagnòstic i infradiagnòstic).

En primer lloc calculem els paràmetres de validesa com a mètode diagnòstic del judici clínic del metge d'atenció primària i la concordança d'aquest judici amb el mètode de referència.

Posteriorment duem a terme anàlisis bivariants i multivariants per identificar les variables associades a la identificació de la depressió per part dels metges d'atenció primària en la mostra total, en els pacients amb trastorns depressius confirmats i en els pacients amb trastorns depressius descartats segons el mètode de referència.

4.4.1 Avaluació del judici clínic del metge com a mètode diagnòstic dels trastorns depressius.

Prenent com a referència (“*gold standard*”) els diagnòstics obtinguts pels investigadors amb la SCID segons els criteris del DSM-IV (es van considerar conjuntament els diagnòstics específics de depressió major actual i/o distímia), varem determinar els paràmetres de validesa del diagnòstic dels trastorns depressius per part dels metges d'atenció primària. Per aquests càlculs es van utilitzar les dades ponderades (TAULA 20) i per a l'anàlisi estadística es va utilitzar el mòdul CSAMPLE del programa EPI Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA*) tal i com es descriu en detall en MÈTODES, *Pla d'anàlisi*.

		Diagnòstic segons la SCID		
		Depressió	No depressió	
Judici clínic dels metges d'atenció primària	Depressió	104	199	303
	No depressió	48	554	602
		152	753	905

TAULA 20. Taula de contingència amb els diagnòstics (depressió major actual i/o distímia, DSM-IV) obtinguts amb l'entrevista psiquiàtrica SCID (prova de referència) i els diagnòstics de depressió formulats pels metges d'atenció primària que atendien als pacients (*dades ponderades segons les probabilitats de cada pacient per a ser seleccionat per a la segona fase*).

Sensibilitat i especificitat:

El judici clínic dels metges d'atenció primària va tenir una sensibilitat del 68.3 % (IC 95%: 56.5-80.0) i una especificitat del 73.5 % (IC 95%: 66.1-81.0).

Valor predictiu positiu i valor predictiu negatiu:

Solament en un terç dels pacients qualificats com a deprimits pel seu metge es confirmà la presència d'un trastorn depressiu segons els criteris de referència (valor predictiu positiu del 34.3% amb IC 95%: 25.4-43.1) mentre que la qualificació com a no deprimid d'un pacient assolí un valor predictiu negatiu del 92.0% (IC 95%: 88.3-95.7).

Raons de versemblança:

La raó de versemblança del resultat positiu, això és, el quocient entre la probabilitat d'obtenir una qualificació com a deprimid segons el judici del seu metge d'atenció primària, en un pacient que pateix la malaltia, i la probabilitat d'obtenir aquesta mateixa qualificació en un pacient que no la pateix ens va oferir un resultat de 2.58. Això s'interpreta com que en el grup de pacients amb un trastorn depressiu la probabilitat de ser detectats com a tals pel seu metge és 2.58 vegades major que en els pacients que no tenen la malaltia.

La raó de versemblança d'un resultat negatiu va ser de 0.43, cosa que significa que es va produir un judici negatiu per part del metge d'atenció primària sobre la presència d'un trastorn depressiu 2.33 vegades ($1/0.43$) amb més freqüència en els pacients sense depressió que en els que si que la patien.

En la pràctica clínica, per a la interpretació de les raons de versemblança es poden tenir en compte les consideracions mostrades en la TAULA 21 (Jaeschke et al., 1994).

Raons de versemblança (RV)	Interpretació
RV (+) > 10 i RV (-) < 0.1	Generen grans canvis, sovint conclouents, en la probabilitat pre-prova.
RV (+) de 5-10 i RV (-) de 0.1-0.2	Generen canvis moderats en la probabilitat pre-prova
RV (+) de 2-5 i RV (-) de 0.2-0.5	Generen petits (però potser importants) canvis en la probabilitat pre-prova
RV (+) de 1-2 i RV (-) de 0.5-1	Alteren la probabilitat pre-prova en petit grau (i rarament important)

TAULA 21. Interpretació qualitativa de les raons de versemblança positiva i negativa d'una prova diagnòstica.

Concordança:

Encara que es va observar concordança o acord entre l'avaluació psicopatològica feta per l'investigador amb la SCID i el judici clínic emès pel metge d'atenció primària en el 72.6% dels casos, el coeficient Kappa, que elimina la fracció de la concordança deguda a l'atzar (la que s'obtidria si les dues mesures no estiguessin relacionades) va ser d'un modest $\hat{\kappa} = 0.299$, que indica una concordança feble (Landis i Koch, 1977) (TAULA 22).

Coefficient $\hat{\kappa}$	Concordança
menor de 0.20	molt feble
entre 0.21 i 0.40	feble
entre 0.41 i 0.60	moderada
entre 0.61 i 0.80	bona
superior a 0.80	molt bona

TAULA 22. Valoració convencional del grau de concordança segons el coeficient Kappa

4.4.2 A qui identifiquen els metges d'atenció primària com a deprimits?

Cent-noranta-cinc dels 306 pacients que formaven la submostra avaluada en la segona fase van ser identificats com a deprimits pels seus metges, per els investigadors amb la SCID, o per ambdós mètodes. Els metges van identificar com a deprimits 161 pacients mentre que 120 pacients complien amb els criteris per a ser diagnosticats de depressió major o distímia segons la SCID (TAULA 23 i FIGURA 6).

		Diagnòstic segons la SCID		
		Depressió	No depressió	
Judici clínic dels metges d'atenció primària	Depressió	86	75	161
	No depressió	34	111	145
		120	186	306

TAULA 23. Taula de contingència amb els diagnòstics (depressió major actual i/o distímia, DSM-IV) obtinguts amb l'entrevista psiquiàtrica SCID (prova de referència) i els diagnòstics de depressió formulats pels metges d'atenció primària que atenien als pacients (*dades no ponderades*).

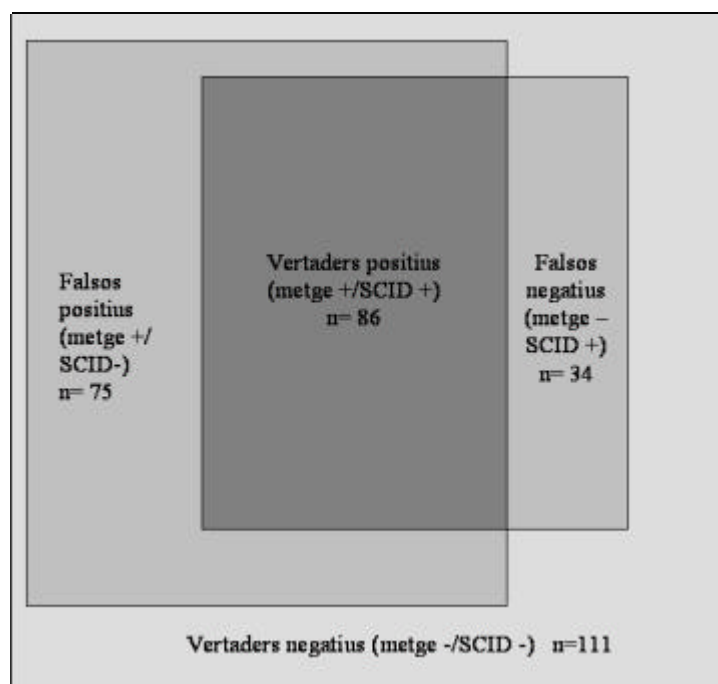


FIGURA 6. Pacients identificats com a depressius pels metges d'atenció primària, per la SCID, per ambdós mètodes o per cap dels dos ($n = 306$, dades no ponderades).

Com es mostra en la FIGURA 6 i en la TAULA 23, 86 pacients (el 44,1 % del total de depressius identificats per qualsevol dels dos mètodes) foren identificats positivament per ambdós mètodes, mentre 75 pacients (el 38,5 %) van romandre en el grup dels falsos positius (identificats pel metge però sense diagnòstic positiu en la SCID) i 34 pacients (el 17,4 %) en el grup dels falsos negatius (diagnosticats amb la SCID i no identificats pel seu metge).

Per tal de determinar les variables que poden influir o que estan associades amb la decisió del metge d'atenció primària d'atribuir un diagnòstic de depressió a un pacient vam comparar, en les seves característiques sociodemogràfiques i clíniques, els pacients identificats com a depressius amb els pacients no identificats com a tals. Aquestes anàlisis s'han realitzat sobre tots els pacients de la mostra ($n=306$), independentment del diagnòstic d'un eventual trastorn depressiu segons la SCID (veure TAULA 24).

		Depressió	No depressió	
Judici clínic dels metges d'atenció primària	Depressió	86	75	161
	No depressió	34	111	145
		120	186	306

TAULA 24. Taula de contingència amb els diagnòstics (depressió major actual i/o distímia, DSM-IV) obtinguts amb l'entrevista psiquiàtrica SCID (prova de referència) i els diagnòstics de depressió formulats pels metges d'atenció primària que atenien als pacients (*dades no ponderades*). Ombrejades les cel·les que es sotmeten a comparació en aquest apartat.

En las TAULA 25 es mostren els resultats d'aquestes comparacions en les variables sociodemogràfiques. Els dos grups de pacients es van distingir significativament en la distribució per sexes: en el grup d'identificats com a deprimits el 81.4 % eren dones mentre que dels no identificats la proporció de dones era del 61.4 % ($p < 0.001$), i en la distribució segons l'estat civil, amb una major proporció de separats i vidus en els grup dels identificats com a deprimits ($p = 0.001$).

En quant a les variables clíniques, mostrades en la TAULA 26, el 47.2 % en el grup d'identificats com a deprimits enfront el 20.0 % en els grup dels no identificats com a deprimits tenien antecedents de depressió prèvia al episodi actual.

El 90.3 % dels pacients no identificats com a deprimits referien exclusivament símptomes somàtics mentre que en el grup dels identificats com a deprimits aquesta proporció fou del 61.5 % ($p < 0.001$) mentre que la resta presentava símptomes explícits de natura psicològica. L'autopercepció de salut general va ser significativament pitjor en el grup dels identificats, on dos terços dels pacients qualificaven la seva salut com a regular o dolenta, que en el grup dels no identificats, on la majoria dels pacients valoraven la seva salut com a bona, molt bona o excel·lent ($p < 0.001$).

Els pacients identificats com a deprimits van tenir una mitjana de puntuació significativament superior en la SDS de Zung, que indica una major presència de símptomes depressius (63.7 enfront de 52.3, $p < 0.001$).

La repercussió funcional de la malaltia mental i l'impacte en la mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut va ser major en els identificats, fets que es reflecteixen en una menor puntuació en l'escala EEAG (64.8 enfront de 74.8, $p < 0.001$) i en el component de salut mental de la SF-12 (33.6 enfront de 44.7, $p < 0.001$).

Els pacients identificats van presentar un major nombre mitjà de dies d'activitat restringida per motius de salut en els darrers tres mesos, gairebé el triple, que els no identificats (21.0 enfront de 7.6, $p < 0.001$).

La puntuació en el component de salut física de la SF-12 va ser tanmateix inferior (pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut física) en el grup identificat (40.4 enfront de 45.3, $p < 0.001$), que també presentà una mesura de gravetat global de la malaltia orgànica (DUSOI) més alta (38.6 enfront de 33.7, $p = 0.049$) però no un major nombre mitjà de malalties orgàniques cròniques (1.4 enfront 1.2, $p = 0.065$).

Els pacients identificats foren més freqüentadors de les consultes d'atenció primària, amb una mitjana de visites en els darrers tres mesos significativament superior (3 enfront de 2.3, $p = 0.008$).

	No identificats com a deprimits pel metge (n=145)	Identificats com a deprimits pel metge (n= 161)	
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>p</i> *
Sexe			
<i>Home</i>	56 (38.6)	30 (18.6)	<0.001
<i>Dona</i>	89 (61.4)	131 (81.4)	
Estat civil			
<i>Solter</i>	27 (18.6)	20 (12.4)	0.001
<i>Casat/Viu en parella</i>	102 (70.3)	96 (59.6)	
<i>Separat/Divorciat</i>	6 (4.1)	26 (16.1)	
<i>Vidu</i>	10 (6.9)	19 (11.8)	
Nivell d'estudis			
<i>Sense estudis</i>	24 (16.5)	35 (21.7)	0.511
<i>Primària</i>	46 (31.7)	58 (36.0)	
<i>Secundària, 1er cicle</i>	41 (28.3)	38 (23.6)	
<i>Secundària, 2on cicle</i>	29 (20.0)	24 (14.9)	
<i>Universitat</i>	5 (3.5)	6 (3.7)	
Classe social			
<i>I, II</i>	8 (5.5)	9 (5.6)	0.956
<i>III</i>	33 (22.8)	35 (21.7)	
<i>IVa</i>	42 (29.0)	40 (24.8)	
<i>IVb</i>	27 (18.6)	34 (21.1)	
<i>V</i>	35 (24.1)	43 (26.7)	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p</i> **
Edat	47.8 (16.2)	49.6 (13.7)	0.295

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 25. Característiques sociodemogràfiques associades amb la identificació de la depressió per part dels metges d'atenció primària (*dades no ponderades*).

	No identificats com a depressits pel metge (n=145)	Identificats com a depressits pel metge (n= 161)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p*</i>
Història prèvia de depressió	29 (20.0)	76 (47.2)	<0.001
Motiu de consulta			
<i>Sol per problemes orgànics</i>	131 (90.3)	99 (61.5)	<0.001
<i>Algun problema psicosocial</i>	14 (9.7)	62 (38.5)	
Autopercepció de salut			
<i>Excel·lent o molt bona</i>	21 (14.5)	8 (5.0)	<0.001
<i>Bona</i>	63 (43.5)	35 (21.7)	
<i>Regular</i>	54 (37.2)	78 (48.5)	
<i>Dolenta</i>	7 (4.8)	35 (21.7)	
Trastorn d'angoixa	10 (6.9)	32 (19.9)	0.001
Trastorn d'ansietat generalitzada	41 (28.3)	72 (44.7)	0.003
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p**</i>
Índex SDS	52.3 (12.7)	63.7 (11.4)	<0.001
EEAG	74.8 (10.8)	64.8 (10.0)	<0.001
SF-12, salut física	45.3 (10.8)	40.4 (10.8)	<0.001
SF-12, salut mental	44.7 (12.2)	33.6 (12.3)	<0.001
Dies d'activitat restringida	7.6 (18.4)	21.0 (38.0)	<0.001
DUSOI	33.7 (20.1)	38.6 (23.1)	0.049
Malalties orgàniques cròniques (nombre)	1.2 (1.1)	1.4 (1.3)	0.065
Visites d'atenció primària en els últims tres mesos	2.3 (2.1)	3.0 (2.7)	0.008

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 26. Característiques clíniques associades amb la identificació de la depressió per part dels metges d'atenció primària (*dades no ponderades*).

Anàlisi multivariant

En la TAULA 27 es mostren els resultats de l'anàlisi multivariant dut a terme per identificar els factors que s'associen independentment a la formulació d'un diagnòstic de depressió per part del metge d'atenció primària en un pacient, sense considerar en aquesta anàlisi, si el pacient sofreix un trastorn depressiu segons l'avaluació realitzada pel investigador amb la SCID. Vam incloure en l'anàlisi totes les variables analitzades en el model bivariant i vam identificar com a factors independents:

El motiu de consulta/símptomes presents amb una *odds ratio* de 2.8 per a la manifestació explícita de símptomes psicològics en la consulta mèdica.

La major puntuació en la SDS, que indica major presència de simptomatologia depressiva, amb un increment d'un 4% en la *odds ratio* per cada punt d'augment en la SDS.

La major puntuació en la EEAG, els increments en la qual indiquen menor impacte de la malaltia mental en el nivell general d'activitat sociolaboral del pacient, s'associava a un efecte "protector" per a la qualificació d'un individu com a deprimat per part del seu metge.

	Odds Ratio	IC 95%
Motiu de consulta/símptomes presents		
<i>Somàtics</i>	1	
<i>Psicosocials</i>	2.83	1.40-5.71
Índex SDS	1.04	1.01-1.07
EEAG	0.95	0.92-0.99

TAULA 27. Factors independents associats a la detecció d'un trastorn depressiu (depressió major o distímia, DSM-IV) per part del metge en pacients d'atenció primària (*dades no ponderades*).

4.4.3 Factors associats al infradiagnòstic dels trastorns depressius en atenció primària.

Vuitanta-sis dels 120 pacients amb trastorns depressius segons la SCID (el 72%) van ser detectats pel seu metge. En la següent anàlisi comparem les característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients deprimits segons la SCID (DSM-IV) que van ser detectats pel seu metge (vertaders positius) amb les dels que no van ser detectats (falsos negatius) per determinar quins són els factors associats a la detecció i a la infradetecció en pacient deprimits (veure TAULA 28).

		Diagnòstic segons la SCID		
		Depressió	No depressió	
Judici clínic dels metges d'atenció primària	Depressió	86	75	161
	No depressió	34	111	145
		120	186	306

TAULA 28. Taula de contingència amb els diagnòstics (depressió major actual i/o distímia, DSM-IV) obtinguts amb l'entrevista psiquiàtrica SCID (prova de referència) i els diagnòstics de depressió formulats pels metges d'atenció primària que atenien als pacients (*dades no ponderades*). Ombrejades les cel·les que es comparen en aquest apartat.

En la TAULA 29 es mostren els resultats d'aquestes anàlisis respecte a les variables sociodemogràfiques. La detecció no estava significativament relacionada amb el sexe, l'edat, l'estat civil o la classe social però, en relació al nivell d'estudis, vam trobar que en el grup de pacients no detectats (falsos negatius) el 85 % s'ubicava en els estrats de més baix nivell d'estudis (sense estudis o primària) mentre que en el grup de detectats (vertaders positius) la distribució entre els diferents nivells era més uniforme.

En la TAULA 30 s'hi mostren les anàlisis de l'associació entre diverses variables clíniques i la detecció de la depressió per part del metge. Només 2 de cada 10 pacients (el 20.6 %) deprimits no detectats (falsos negatius) referien símptomes psicològics mentre que una mica més de la meitat (el 52.3 %) dels detectats ho feien ($p=0.002$). No vam trobar

diferències significatives en haver patit prèviament depressió, en el temps d'evolució, en l'autopercepció de salut o en la comorbilitat amb trastorn d'ansietat generalitzada o trastorn d'angoixa.

Els pacients deprimits detectats (vertaders positius) tenien una puntuació més alta en la SDS (70.0 enfront 65.8, $p=0.016$), que indica major intensitat simptomàtica, i una menor puntuació en la EEAG (59.5 enfront 63.8, $p=0.002$), que indica major repercussió funcional. El component de salut mental de la SF-12 també fou significativament més baix aquests pacients (pitjor qualitat de vida relacionada amb la salut mental) (27.2 enfront 31.6, $p=0.030$) mentre que el component de salut física d'aquesta escala no fou significativament diferent entre els dos grups.

Els pacients detectats (vertaders positius) van presentar un nombre de dies d'activitat restringida per motius de salut en els últims tres mesos aparentment superior als no detectats (mitjanes de 28.9 enfront de 15.4, $p=0.051$) encara que sense arribar al nivell estipulat de significació estadística, probablement degut a la gran variabilitat en cada grup.

El temps d'evolució del quadre depressiu actual, la freqüentació i la gravetat de la comorbilitat orgànica (DUSOI) no estaven significativament associats a la detecció. La presència de un trastorn d'ansietat o d'un trastorn d'angoixa comòrbids no distingia entre els dos grups.

	Pacients depressits no detectats pel seu metge (falsos negatius) n=34	Pacients depressits detectats pel seu metge (vertaders positius) n=86	
	n (%)	n (%)	p*
Sexe			
Home	6 (17.7)	11 (12.8)	0.492
Dona	28 (82.3)	75 (87.2)	
Estat civil			
Solter	3 (8.8)	11 (12.8)	0.121
Casat/viu en parella	25 (73.5)	49 (57.0)	
Separat/divorciat	1 (2.9)	16 (18.6)	
Vidu	5 (14.7)	10 (11.6)	
Nivell d'estudis			
Sense estudis	11 (32.3)	21 (24.4)	0.046
Primària	18 (52.9)	27 (31.4)	
Secundària, 1er cicle	3 (8.8)	19 (22.1)	
Secundària, 2on cicle	2 (5.9)	17 (19.8)	
Universitat	0 (0.0)	2 (2.3)	
Classe social			
I, II	1 (2.9)	5 (5.8)	0.064
III	1 (2.9)	19 (22.1)	
IVa	8 (23.5)	19 (22.1)	
IVb	8 (23.5)	20 (23.3)	
V	16 (47.1)	23 (26.7)	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana (DE)</i>	<i>p**</i>
Edat	50.4 (15.1)	47.9 (13.9)	0.271

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 29. Variables sociodemogràfiques associades a la detecció de trastorns depressius pels metges en pacients d'atenció primària depressits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) (dades no ponderades).

	Pacients deprimits no detectats pel seu metge (falsos negatius) n=34	Pacients deprimits detectats pel seu metge (vertaders positius) n=86	
	n (%)	n (%)	p*
Història prèvia de depressió	18 (52.9)	51 (59.3)	0.525
Síntomes presents			
<i>Psicològics</i>	7 (20.6)	45 (52.3)	0.002
<i>Només somàtics</i>	27 (79.4)	41 (47.7)	
Temps d'evolució			
<1 mes	3 (8.8)	10 (11.6)	0.443
1 a 6 mesos	11 (32.3)	36 (41.9)	
>6 mesos	20 (58.8)	39 (45.3)	
Autopercepció de salut			
<i>Excel·lent o molt bona</i>	1 (2.9)	2 (2.4)	0.423
<i>Bona</i>	4 (11.8)	11 (12.9)	
<i>Regular</i>	22 (64.7)	42 (49.4)	
<i>Dolenta</i>	7 (20.6)	30 (35.3)	
Trastorn d'angoixa	7 (20.6)	27 (31.4)	0.237
Trastorn d'ansietat generalitzada	16 (47.1)	54 (62.8)	0.115
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana (DE)</i>	<i>p**</i>
DUSOI	41.6 (21.8)	37.4 (23.0)	0.387
SDS	65.8 (9.4)	70.0 (8.5)	0.016
EEAG	63.8 (6.0)	59.5 (7.5)	0.002
SF-12, salut física	39.4 (12.0)	37.6 (10.8)	0.382
SF-12, salut mental	31.6 (10.1)	27.2 (8.8)	0.030
Dies d'activitat restringida	15.4 (26.9)	28.9 (34.5)	0.051
Malalties orgàniques cròniques (nombre)	1.7 (1.2)	1.6 (1.5)	0.591
Visites d'atenció primària en els darrers 3 mesos	2.9 (2.6)	3.7 (2.9)	0.093

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 30. Variables clíniques associades a la detecció de trastorns depressius pels metges en pacients d'atenció primària deprimits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) (dades no ponderades).

En la FIGURA 7 es mostren les proporcions de pacients amb depressió detectats i no detectats en els diferents estrats de gravetat simptomàtica de la depressió segons la puntuació en la SDS. En les depressions lleus (índex SDS entre 50 i 59) la freqüència de detecció és més baixa mentre que en les depressions moderades (índex SDS entre 60 i 69) i greus (índex SDS superior a 69) la taxa de detecció augmenta (45%, 75% i 79% respectivament; $p = 0.014$).

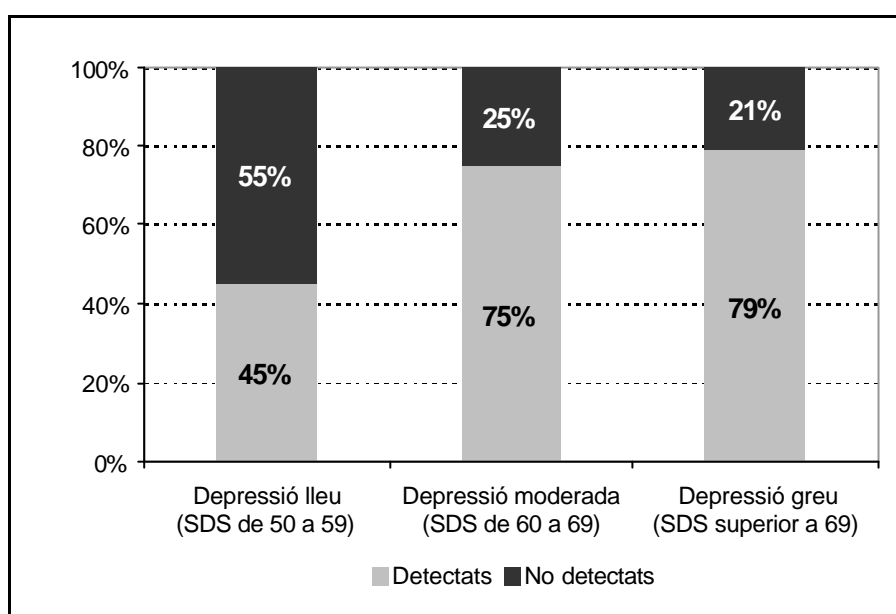


FIGURA 7. Proporció de casos de depressió detectats pel seu metge d'atenció primària segons l'estrat de puntuació en la Self-Rating Depression Scale (*dades no ponderades*).

En la FIGURA 8 es mostren aquests resultats segons els estrats de puntuació en la EEAG. En els pacients amb repercussió funcional greu de la depressió (EEAG<51) la taxa de detecció fou del 100%, en els casos amb repercussió moderada (EEAG entre 51 i 60) fou del 81% i en els casos amb repercussió lleu (EEAG>60) la taxa de detecció fou del 56% ($p = 0.001$).

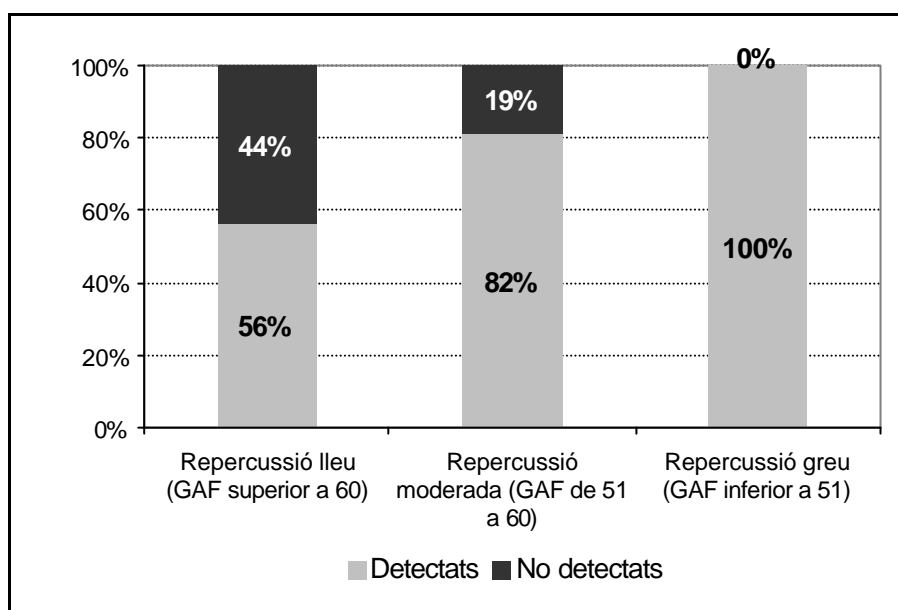


FIGURA 8. Proporció de casos de depressió detectats pel seu metge d'atenció primària segons l'estrat de puntuació en la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)* (dades no ponderades).

Anàlisi multivariant

Incloent totes les variables analitzades en el model bivariant previ vam realitzar anàlisis multivariants, els resultats de les quals es mostren en la TAULA 31, per tal d'identificar les variables associades independentment a la detecció de la depressió per part del metge en pacients amb trastorn depressius segons el criteri de referència que era el diagnòstic obtingut per l'investigador usant l'entrevista SCID.

Solament la presentació de símptomes explícits de natura psicològica, enfront la manifestació exclusiva de queixes o problemes de natura somàtica, amb una *odds ratio* de 3.5, i el major impacte funcional de la depressió, reflectit en una menor puntuació en la EEAG, van mantenir-se com a variables associades independentment a la detecció de la depressió.

	Odds Ratio	IC 95%
Motiu de consulta/símptomes presents		
<i>Somàtics</i>	1	
<i>Psicosocials</i>	3.5	1.34-9.18
EEAG	0.93	0.87-0.99

TAULA 31. Factors independents associats a la detecció d'un trastorn depressiu per part del metge en pacients d'atenció primària deprimits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) (*dades no ponderades*).

4.4.4. Factors associats al sobrediagnòstic dels trastorns depressius pels metges d'atenció primària.

De 186 pacients que, segons l'avaluació amb la SCID, no patien cap trastorn depressiu actual (ni depressió major ni distímia), 75 foren identificats com a deprimits pel metge d'atenció primària que els va atendre. Per investigar aquest sobrediagnòstic, vàrem comparar les característiques demogràfiques i clíniques dels pacients no deprimits identificats com a deprimits pel seu metge (falsos positius) amb aquells on la no-identificació de la depressió era concordant entre el metge d'atenció primària i la SCID (vertaders negatius) (veure TAULA 32).

		Diagnòstic segons la SCID		
		Depressió	No depressió	
Judici clínic dels metges d'atenció primària	Depressió	86	75	161
	No depressió	34	111	145
		120	186	306

TAULA 32. Taula de contingència amb els diagnòstics (depressió major actual i/o distímia, DSM-IV) obtinguts amb l'entrevista psiquiàtrica SCID (prova de referència) i els diagnòstics de depressió formulats pels metges d'atenció primària que atendien als pacients (*dades no ponderades*). Ombrejades les cel·les que es comparen en aquest apartat.

Els resultats d'aquesta comparació en les variables sociodemogràfiques es mostren en la TAULA 33. En grup dels falsos positius hi va haver una major proporció de dones (el 74.7 % enfront el 45.1 %, $p=0.006$), de separats i vidus i de pacients en els estrats de menor nivell d'estudis que en el grup de vertaders negatius. La classe social no va distingir entre falsos positius i vertaders negatius. El grup de falsos positius va presentar una mitjana d'edat lleugerament superior però estadísticament significativa (51.5 enfront 47.0, $p=0.047$).

En la TAULA 34 es mostren els resultats en les variables clíniques. Una tercera part dels falsos positius (el 33.3%) tenia antecedents d'episodis depressius anteriors, proporció que és significativament superior a la dels grup dels vertaders negatius on solament 1/10 dels pacients (el 9.9 %) tenia història prèvia de depressió ($p<0.001$).

Una certa proporció dels pacients en el grup dels falsos positius (16 pacients, el 21.3 %) complien els criteris per establir els diagnòstics d'altres trastorns afectius: depressió menor i/o trastorn mixt ansiós-depressiu (*veure la nota al peu de pàgina^a*). Aquesta proporció fou significativament superior a la que s'obtingué per al grup dels vertaders positius (11 pacients; el 9.9 %) ($\chi^2=4.707$; $p=0.030$)

La presentació de símptomes psicològics explícits (22.7 % en els falsos positius enfront el 6.3 % en els vertaders negatius, $p=0.001$) i la pitjor autopercepció de salut per part del pacient van estar associades significativament al fet que el metge d'atenció primària establís un diagnòstic de depressió en un pacient no deprimit.

La presència d'un trastorn d'angoixa o d'un trastorn d'ansietat generalitzada no es va associar, en aquesta submostra de pacients no deprimits, a la formulació, per part del metge d'atenció primària, d'un diagnòstic de depressió.

Els pacients qualificats com a deprimits pel seu metge (falsos positius) tenien més símptomes depressius, mesurats amb la SDS (56.5 enfront 48.1, $p<0.001$), major repercussió funcional atribuïda a problemes mentals, segons la EEAG (70.9 enfront 78.2, $p<0.001$) i pitjor puntuació en els components de la SF-12 de salut física (43.8 enfront 47.1, $p=0.028$) i salut mental (41.0 enfront 48.7, $p<0.001$). També es constatà en aquest grup una major gravetat de les malalties orgàniques concomitants, segons la DUSOI (40.0 enfront 31.2, $p=0.006$), però no un nombre mitjà de malalties orgàniques cròniques significativament major.

Ni el nombre de dies d'activitat restringida per problemes de salut ni la freqüentació no va ser significativament diferent entre els dos grups.

^a En l'apartat F32.9 **Trastorn depressiu no especificat** del DSM-IV, si inclouen quadres simptomàtics eventualment rellevants clínicament però que no compleixen els criteris per cap dels trastorns depressius oficials del DSM-IV:

- El **trastorn depressiu menor** es diagnostica si hi ha estat d'ànim deprimit o pèrdua de plaer per les coses i a més un altre símptoma del llistat de criteris per al episodi depressiu major, es precisa una durada mínima de dues setmanes i ha de causar malestar clínicament significatiu. No ha d'haver-hi antecedents de un trastorn depressiu previ. Altrament aquest quadre es consideraria una remissió parcial del trastorn previ.
- El **trastorn mixt ansiós-depressiu**, es caracteritza per un estat disfòric persistent, d'almenys 1 mes de durada, que s'acompanya al menys durant 1 mes amb altres símptomes ansiosos i depressius: manca de concentració, trastorns de la són, fatiga, irritabilitat, preocupació, plor fàcil, hipervigilància, anticipació del perill, desesperança i baixa autoestima. Els símptomes han de provocar deteriorament social, laboral, o d'altres àrees vitals del pacient. El diagnòstic s'exclou si mai hi ha hagut cap trastorn d'ansietat o depressiu definit.

	No identificats com a deprimits pel seu metge (<i>Vertaders negatius</i>) (n=111)	Identificats com a deprimits pel seu metge (<i>Falsos positius</i>) (n= 75)	
	n (%)	n (%)	p*
Sexe			
<i>Home</i>	50 (54.9)	19 (25.3)	0.006
<i>Dona</i>	61 (45.1)	56 (74.7)	
Estat civil			
<i>Solter</i>	24 (21.6)	9 (12.0)	0.016
<i>Casat/Viu en parella</i>	77 (69.4)	47 (62.7)	
<i>Separat/Divorciat</i>	5 (4.5)	10 (13.3)	
<i>Vidu</i>	5 (4.5)	9 (12.0)	
Nivell d'estudis			
<i>Sense estudis</i>	13 (11.7)	14 (18.7)	0.018
<i>Primària</i>	28 (25.2)	31 (41.3)	
<i>Secundària, 1er cicle</i>	38 (34.2)	19 (25.3)	
<i>Secundària, 2on cicle</i>	27 (24.3)	7 (9.3)	
<i>Universitat</i>	5 (4.5)	4 (5.3)	
Classe social			
<i>I, II</i>	7 (6.3)	4 (5.3)	0.532
<i>III</i>	32 (28.8)	16 (21.3)	
<i>IVa</i>	34 (30.6)	21 (28.0)	
<i>IVb</i>	19 (17.1)	14 (18.7)	
<i>V</i>	19 (17.1)	20 (26.7)	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p**</i>
Edat	47.0 (16.6)	51.5 (13.2)	0.047

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 33. Variables sociodemogràfiques associades a la detecció de trastorns depressius pels metges en pacients d'atenció primària sense depressió actual (sense distímia ni depressió major actual, DSM-IV).

	No identificats com a deprimits pel seu metge (<i>Vertaders negatius</i>) (n=111)	Identificats com a deprimits pel seu metge (<i>Falsos positius</i>) (n= 75)	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>p*</i>
Història prèvia de depressió	11 (9.9)	25 (33.3)	<0.001
Síntomes presents			
<i>Sol per problemes orgànics</i>	104 (93.7)	58 (77.3)	0.001
<i>Algun problema psicosocial</i>	7 (6.3)	17 (22.7)	
Autopercepció de salut			
<i>Excel·lent o molt bona</i>	20 (18.0)	6 (8.5)	<0.001
<i>Bona</i>	59 (53.1)	24 (33.8)	
<i>Regular</i>	32 (28.8)	36 (50.7)	
<i>Dolenta</i>	0 (0.0)	5 (7.4)	
Trastorn d'angoixa	3 (2.7)	5 (6.7)	0.191
Trastorn d'ansietat generalitzada	25 (22.5)	18 (24.0)	0.815
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana(DE)</i>	<i>p**</i>
Índex SDS	48.1 (10.6)	56.5 (10.0)	<0.001
EEAG	78.2 (9.6)	70.9 (9.0)	<0.001
SF-12, salut física	47.1 (9.8)	43.8 (9.7)	0.028
SF-12, salut mental	48.7 (9.7)	41.0 (11.6)	<0.001
Dies d'activitat restringida	5.2 (14.2)	12.0 (26.3)	0.458
DUSOI	31.2 (19.0)	40.0 (23.3)	0.006
Malalties orgàniques cròniques	1.0 (1.0)	1.2 (1.0)	0.184
Visites d'atenció primària en els últims tres mesos	2.1 (1.9)	2.3 (2.2)	0.579

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 34. Variables clíniques associades a la detecció de trastorns depressius pels metges en pacients d'atenció primària sense depressió actual (sense depressió major actual ni distímia, DSM-IV).

Anàlisi multivariant

Per esbrinar quins són els factors associats independentment a la sobredetecció de la depressió per part del metge d'atenció primària (identificació com a deprimits en un pacient que no pateix un trastorn depressiu en l'actualitat segons el mètode diagnòstic de referència: la SCID) vam realitzar una anàlisi multivariant (TAULA 35) incloent totes les variables que hem utilitzat en les anàlisis bivariants.

El fet d'haver patit depressió amb anterioritat es va associar de forma independent a la formulació d'un diagnòstic de depressió per part del metge, encara que el pacient formalment no complís en el moment de l'avaluació amb els criteris diagnòstics de referència.

La presència de símptomes depressius, indicada per la major puntuació en la SDS (un increment del 5 % en el risc per cada punt d'increment en la SDS) o el major impacte funcional dels problemes de salut mental, indicat per un decrement en la puntuació de la EEAG (un increment del 5 % en els risc per cada punt de decrement en la EEAG) també es van associar independentment al sobrediagnòstic de la depressió.

La presència d'un trastorn d'ansietat generalitzada, que l'anàlisi bivariant no associava a la formulació d'un diagnòstic de depressió en pacients no deprimits, quan s'ha ajustat per la resta de variables ha mostrat un efecte "protector" amb una significativa *odds ratio* de 0.42. En pacients sense depressió, la presència d'un trastorn d'ansietat generalitzada prevé de la formulació d'un diagnòstic de depressió "erroni".

	Odds Ratio	IC 95%
Trastorn d'ansietat generalitzada		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	0.42	0.18-0.97
Història prèvia de depressió		
<i>Absent</i>	1	
<i>Present</i>	2.66	1.12-6.30
Índex SDS	1.05	1.01-1.10
EEAG	0.95	0.90-0.99

TAULA 35. Factors independents associats a la identificació d'un trastorn depressiu per part del metge en pacients d'atenció primària no deprimits (*dades no ponderades*).

4.5 MANEIG DE LA DEPRESSIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

En aquest apartat mostrem la taxa de pacients deprimits que prenen tractament antidepressiu i mitjançant anàlisis bivariants i multivariants identifiquem els factors associats al fet de prendre antidepressius en pacients amb trastorns depressius.

Dels 120 pacients amb depressió major o distímia, 70 (58%) rebien tractament amb algun fàrmac psicotròpic. Prenien ansiolítics o hipnòtics 57 pacients (47%) i rebien tractament amb antidepressius 41 pacients (34%) (FIGURA 9).

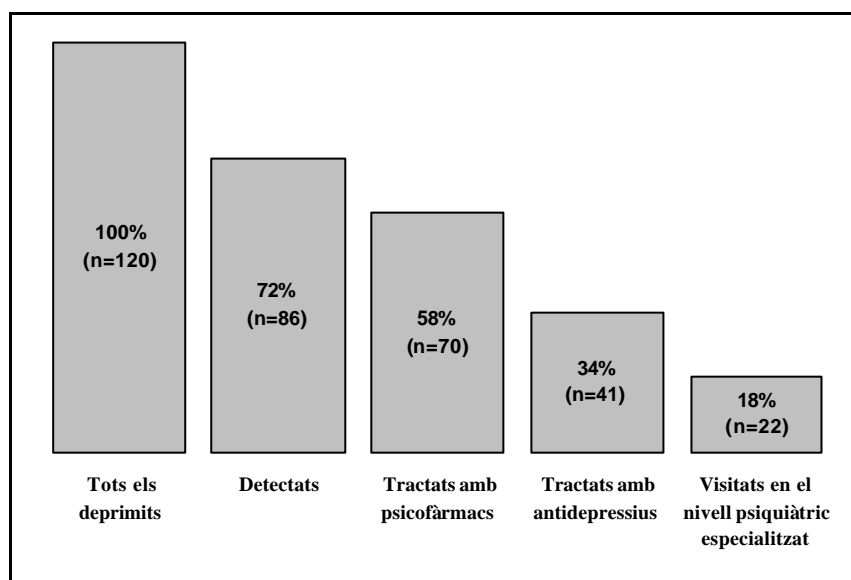


FIGURA 9. Proporcions dels pacients deprimits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) detectats, tractats i derivats (*dades no ponderades*)

D'aquests 41 pacients, 4 no van ser qualificats com a deprimits pel seu metge, tot i prendre antidepressius.

En la TAULA 36 es mostren els resultats de les anàlisis de les variables sociodemogràfiques. El sexe, l'edat o el nivell educatiu no es van associar al fet de estar en tractament antidepressiu. S'observà una associació significativa entre estat civil i el fet de prendre tractament antidepressiu en els pacients deprimits ($p=0.039$), amb una major proporció de separats/divorciats en el grup de pacients deprimits que prenen tractament.

En la TAULA 37, on es mostren els resultats de les variables clíniques, podem veure que dos terços (el 68.3 %) dels pacients que rebien tractament antidepressiu manifestaven obertament símptomes psicològics mentre que dos terços (el 69.6 %) dels pacients que **NO** rebien tractament antidepressiu presentaven exclusivament símptomes somàtics ($p < 0.001$). La presència d'un trastorn d'angoixa comòrbid s'associava al fet de rebre tractament antidepressiu ($p = 0.021$) però no succeï a així en el cas de patir un trastorn d'ansietat generalitzada i les proporcions de pacients afectats per aquest trastorn no diferien significativament entre ambdós grups.

La gravetat simptomàtica, mesurada amb la SDS, i la repercussió funcional, mesurada per diferents mètodes: EEAG, SF-12 i dies d'activitat restringida per motius de salut, variables associades a la detecció de la depressió, també ho estaven significativament al fet de rebre tractament antidepressiu. La freqüentació va ser significativament major en el grup que rebia tractament.

En l'anàlisi multivariant es van trobar com a variables associades independentment al fet de rebre tractament antidepressiu l'expressió de símptomes de natura psicològica enfront la manifestació exclusiva de símptomes somàtics (*odds ratio*: 3,95; IC 95%: 1,52-10,30), la major freqüentació (nombre de visites al metge d'atenció primària en 3 mesos), amb un increment en la probabilitat de rebre tractament antidepressiu (*odds ratio*: 1,25; IC 95% : 1,05-1,49) i la repercussió funcional segons la EEAG: a major impacte funcional (que es manifesta en un decrement en la puntuació de la EEAG), major probabilitat de estar rebent tractament antidepressiu (*odds ratio*: 0,86; IC 95%: 0,80-0,93).

Trenta-set pacients prenién antidepressius "inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina" (ISRS) o venlafaxina, tots ells a dosis correctes, i solament 4 pacients prenién antidepressius tricíclics, aquests últims tots amb dosis subterapèutiques.

Solament 22 pacients, tots ells classificats com a deprimits pel seu metge, (el 18 % dels deprimits) havien estat visitats alguna vegada en els darrers sis mesos en el nivell especialitzat de salut mental.

	Pacients deprimits que NO reben tractament antidepressiu	Pacients deprimits que SÍ reben tractament antidepressiu	
	n=79	n=41	
	n (%)	n (%)	p*
Sexe			
<i>Home</i>	13 (16.5)	4 (9.8)	0.318
<i>Dona</i>	66 (83.5)	37 (90.2)	
Estat civil			
<i>Solter</i>	10 (12.7)	4 (9.86)	0.039
<i>Casat/viu en parella</i>	53 (67.1)	21 (51.2)	
<i>Separat/divorciat</i>	6 (7.6)	11 (26.8)	
<i>Vidu</i>	10 (12.7)	5 (12.2)	
Nivell d'estudis			
<i>Sense estudis</i>	21 (26.6)	11 (26.8)	0.881
<i>Primària</i>	29 (36.7)	16 (39.0)	
<i>Secundària, 1er cicle</i>	14 (17.7)	8 (19.5)	
<i>Secundària, 2on cicle</i>	13 (16.5)	6 (14.6)	
<i>Universitat</i>	2 (2.5)	0 (0.0)	
Classe social			
<i>I, II</i>	4 (5.1)	2 (4.9)	0.878
<i>III</i>	13 (16.5)	7 (17.1)	
<i>IVa</i>	20 (25.3)	7 (17.1)	
<i>IVb</i>	17 (21.5)	11 (26.8)	
<i>V</i>	25 (31.7)	14 (34.1)	
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana (DE)</i>	<i>p**</i>
Edat	48.7 (15.1)	48.4 (12.6)	0.580

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 36. Variables sociodemogràfiques associades al tractament amb antidepressius en pacients d'atenció primària deprimits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) (*dades no ponderades*).

	Pacients deprimits que NO reben tractament antidepressiu n=79	Pacients deprimits que SÍ reben tractament antidepressiu n=41	
	n (%)	n (%)	p*
Història prèvia de depressió	44 (55.7)	25 (60.1)	0.579
Síntomes presents			
<i>Psicològics</i>	24 (30.4)	28 (68.3)	<0.001
<i>Només somàtics</i>	55 (69.6)	13 (31.7)	
Temps d'evolució			
<1 mes	8 (10.3)	2 (4.9)	0.107
1 a 6 mesos	20 (25.6)	18 (43.9)	
>6 mesos	50 (63.1)	21 (51.2)	
Autopercepció de salut			
<i>Excel·lent o molt bona</i>	3 (3.8)	0 (0.0)	0.238
<i>Bona</i>	12 (15.2)	3 (7.3)	
<i>Regular</i>	42 (53.2)	22 (53.7)	
<i>Dolenta</i>	21 (26.6)	16 (39.0)	
Trastorn d'angoixa	17 (21.5)	17 (41.5)	0.021
Trastorn d'ansietat generalitzada	49 (62.0)	21 (51.2)	0.255
	<i>mitjana (DE)</i>	<i>mitjana (DE)</i>	<i>p**</i>
DUSOI	38.5 (23.7)	38.6 (20.7)	0.842
SDS	66.8 (8.4)	72.7 (8.8)	0.001
EEAG	63.3 (6.5)	55.8 (6.4)	<0.001
SF-12, salut física	40.1 (11.8)	34.4 (8.8)	0.006
SF-12, salut mental	30.1 (9.9)	25.6 (7.6)	0.025
Dies d'activitat restringida	21.9 (33.0)	31.1 (32.5)	0.033
Malalties orgàniques cròniques (nombre)	1.2 (0.9)	1.3 (0.8)	0.718
Visites d'atenció primària en els darrers 3 mesos	2.7 (2.3)	4.8 (3.3)	0.001

* Prova de χ^2 ; ** Prova U de Mann Whitney

TAULA 37. Variables clíniques associades al tractament amb antidepressius en pacients d'atenció primària deprimits (depressió major actual o distímia, DSM-IV) (*dades no ponderades*).

En la FIGURA 10 es mostren les proporcions de pacients amb que estaven rebent tractament antidepressiu o que no el rebien en els diferents estrats de gravetat de la depressió segons la puntuació en la SDS. En les depressions lleus (índex SDS entre 50 i 59) i moderades (índex SDS entre 60 i 69) la proporció de tractament és molt baixa mentre que en les depressions greus (índex SDS superior a 69) la taxa de detecció augmenta però no arriba a la meitat dels pacients (20%, 27% i 46% respectivament; $p = 0.046$).

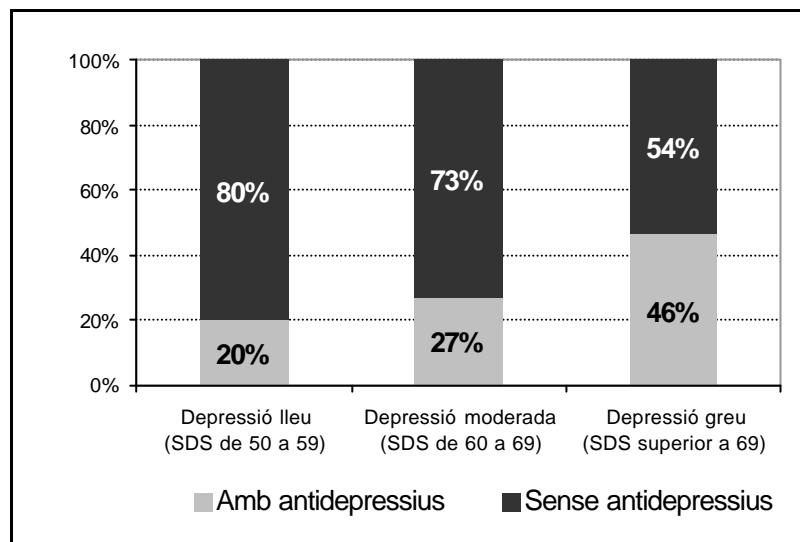


FIGURA 10. Proporció de casos de depressió tractats amb antidepressius segons l'estrat de puntuació en la Self-Rating Depression Scale (*dades no ponderades*)

En la FIGURA 11 es mostren les taxes de tractament antidepressiu segons els estrats de puntuació en la EEAG. En els pacients amb repercussió funcional greu de la depressió (EEAG<51) la taxa de tractament fou del 63 %, en els casos amb repercussió moderada (EEAG entre 51 i 60) fou del 48 % i en els casos amb repercussió lleu (EEAG>60) la taxa de tractament fou del 15% ($p = 0.001$).

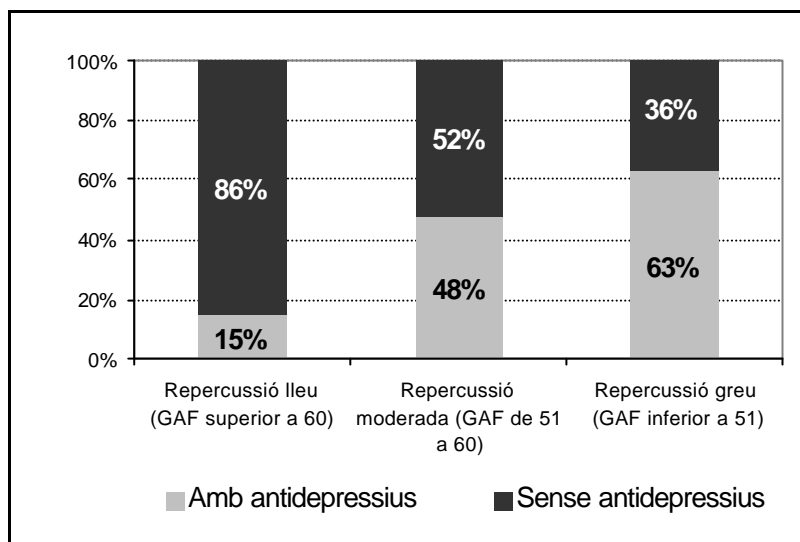


FIGURA 11. Proporció de casos de depressió tractats amb antidepressius segons l'estrat de puntuació en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (*dades no ponderades*).

5. DISCUSSIÓ

QUALITATS I LIMITACIONS DE L'ESTUDI

La selecció dels centres d'atenció primària no es pot considerar estrictament representativa dels centres no estudiats o d'altres àmbits geogràfics; tanmateix la cura que hem tingut en cobrir el ventall de diferents tipologies, localitzacions i condicions de provisió de l'atenció en l'àmbit geogràfic on hem ubicat l'estudi sí que ens permet esperar que els resultats obtinguts podran generalitzar-se, amb tota la prudència i les reserves que el lector consideri oportunes. Tampoc no podem garantir que el metges que ha participat en l'estudi siguin representatius dels seus col·legues que no han participat i no podem descartar que en el seu reclutament hi hagi hagut un biaix —inconscient— de selecció cap als que podien tenir un major interès per la salut mental que d'altres que no van acceptar o que no s'els va proposar la participació.

La participació obtinguda ha estat prou alta (89 % en la primera i 95 % en la segona fase) comparant-la amb altres estudis similars: per exemple en l'estudi de Coyne et al. (1994), al qual ens referim sovint perquè la metodologia d'aquest estudi és sobreposable a la nostra, no s'esmenta la taxa de participació en la fase de cribratge i refereix una participació del 66 % entre els pacients que havien de ser avaluats en la segona fase; en el "Psychological Problems in General Health Care" (Üstün i Sartorius, 1995) la participació global en el cribratge va ser d'un 97 % però en la segona fase va caure a un 65 %.

L'estratègia que hem utilitzat per tal de maximitzar la participació ja ens havia donat resultats en un estudi pilot previ (Aragonès Benaiges et al., 2001a; Aragonès Benaiges et al., 2001b) i es basava en: *a*) que era el propi metge d'atenció primària qui sol·licitava als seus pacients la participació en l'estudi, *b*) en els pacients que accedien a participar, tant el cribratge com l'entrevista psiquiàtrica i els diferents qüestionaris es duïen a terme en el propi centre d'atenció primària, habitualment en un despatx proper al del seu metge, i *c*) tot aquest procés es realitzava immediatament després de la visita mèdica, sense precisar cites o visites posteriors.

L'alta participació és important per garantir la validesa de la mostra i confiar en l'absència d'un biaix important si els pacients que declinen participar ho fan per algun

factor relacionat amb els problemes psicològics que s'estudien. S'ha referit que en estudis epidemiològics sobre salut mental, entre els pacients que refusen la participació hi hauria una major proporció d'individus amb problemes psiquiàtrics (Kessler et al., 1995), per la qual cosa el biaix que originaria donaria lloc a una infravaloració en la prevalença. Tanmateix, l'alta participació i la comparabilitat entre els participants i els no participants ens fa confiar en que la validesa d'aquesta mostra no s'haurà vist compromesa per les pèrdues de pacients.

Fem notar que l'univers mostral no ha sigut el conjunt de pacients adscrits al centre d'atenció primària o al metge, en la consulta de qui es duia a terme el reclutament de pacients per a l'estudi; sinó que la població d'on s'extreien els pacients per a l'estudi eren les visites consecutives realitzades en aquestes consultes en un període determinat de temps relativament curt, de entre 7 i 10 dies. La utilització de mostres de visites pot introduir un biaix sistemàtic doncs els pacients que més freqüentment utilitzen els serveis d'atenció primària tendiran a estar sobrerrepresentats en dites mostres de visites (Gérvás et al., 1990; Lee et al., 2002). Qualsevol generalització, doncs, s'ha de fer al conjunt de visites consecutives, no a la població adscrita i, molt menys a la població general. Però si tenim en compte això, podrem interpretar correctament els resultats i aquests reflectiran la realitat de l'activitat quotidiana de les consultes d'atenció primària.

En investigació psiquiàtrica hi ha una dificultat metodològica per a establir diagnòstics de validesa incontrovertible, i en els estudis en atenció primària s'hi afegeix la dificultat de que els instruments i classificacions diagnòstiques s'han desenvolupat en l'àmbit especialitzat (Regier et al., 1998). Aquí hem usat els criteris del DSM-IV avaluats mitjançant una entrevista estructurada (SCID) aplicada per investigadors amb experiència i criteri clínic i apropiadament ensinistrats. Així, al menys, garantim la fiabilitat i la comparabilitat dels diagnòstics obtinguts.

Però en atenció primària, igual que succeeix en estudis comunitaris, s'ha fet notar la dificultat d'establir el llindar de la "significació clínica" per a formular un diagnòstic encara que formalment puguem comptabilitzar el nombre de símptomes exigits en els criteris diagnòstics (Frances, 1998). En els pacients que arriben al nivell especialitzat, aquest criteri de significació clínica ja hi és implícit, altrament no haurien decidit o acceptat anar a un psiquiatre o no hi haguessin sigut derivats, però en la consulta d'atenció primària es pot diagnosticar un problema psiquiàtric que formalment compleix

els criteris simptomàtics exigits però que en realitat representa un estat lleu i autolimitat reactiu a estímuls externs o interns i que no és un autèntic trastorn psicopatològic. L'aplicació directa d'instruments i criteris que provenen de l'àmbit especialitzat en l'atenció primària pot donar lloc, doncs, a un sobrediagnòstic.

Quan vam adaptar els mòduls de la SCID-I per aquest estudi vam obviar el trastorn bipolar, així que alguns dels pacients classificats com a depressió major, poden estar erròniament diagnosticats. Coyne et al. (1994) van trobar aproximadament una prevalença d'un 1 % per al trastorn bipolar amb ànim deprimat. Creiem que aquest petit percentatge no pot representar un error important els nostres resultats.

PREVALENÇA.

Segons podem veure el l'apartat RESULTATS—PREVALENÇA, aquest estudi ens mostra que hi ha una alta prevalença de depressió major (14.3 %) i de distímia (4.8 %) entre els pacients atesos en atenció primària en el nostre àmbit. Utilitzant una metodologia anàloga a la nostra, Coyne et al. (1994), a Michigan, van trobar una prevalença de 13.5 % per a la depressió major i d'un 2.4 % per a la distímia. En l'estudi "Psychological Problems in General Health Care" (1995), les característiques del qual ja hem descrit en la INTRODUCCIÓ, la prevalença global trobada fou d'un 10.4 % per a la depressió major i d'un 2.1 % per a la distímia. Altres estudis recents refereixen taxes de prevalença de entre el 8.4 % i el 18.9 % per a la depressió major (Spitzer et al., 1994; Browne et al., 1998; McQuaid et al., 1999; Olfson et al., 2000; Berardi et al., 2002) i del 5.1 % al 8 % per a la distímia (Spitzer et al., 1994; Browne et al., 1998).

A Cantàbria, Vázquez-Barquero et al. (1997), utilitzant els criteris diagnòstics de la CIM-10, van trobar una prevalença del 6.1 % per a la depressió major i d'un 2.7 % per a la distímia. Tanmateix, aquests autors només van incloure en el seu estudi pacients atesos per episodis de malaltia nous, així que els pacients més freqüentadors i els pacients amb major presència de malalties orgàniques, en els que la prevalença de depressió és més alta, poden haver sigut exclosos en el mostreig.

A Madrid, en una mostra de gairebé 400 pacients de diferents centres de salut, Baca Baldomero et al.(1999), utilitzant l'entrevista PRIME-MD amb criteris del DSM-IV van

trobar una prevalença del 15.4 % per a la depressió major i d'un 5.1 % per a la distímia. Recentment, en un Centre d'Atenció Primària a Gavà (Barcelona) un estudi en dues fases (BDI/MINI) realitzat sobre una mostra inicial de 400 pacients que acudeixen a la consulta, troba una prevalença del 14.7 % per a la depressió major i del 6.7 % per a la distímia (Gabarrón Hortal et al, 2002).

Les comparacions estrictes entre els estudis referits són difícils i potser no són adequades atesa la varietat d'instruments i criteris diagnòstics emprats. De totes maneres el que podem constatar és que les xifres de prevalença que nosaltres aportem es situen en una franja alta en relació al conjunt d'estudis revisats i concordants amb els mes recents estudis espanyols referits.

El perfil de la depressió major, en relació a les variables que hem analitzat, és el que es pot esperar. La més alta prevalença de depressió major en les dones és pràcticament constant en tots els estudis epidemiològics, tant en l'àmbit comunitari com en atenció primària (Weissman et al., 1993; Gater et al., 1998). L'associació entre depressió major i nivell socioeconòmic, nivell d'estudis, estat civil també està ben establerta (Lennon, 1995; Burvill, 1995).

En aquest estudi hem trobat una associació significativa entre prevalença de depressió major i la comorbilitat de natura orgànica, tant mesurada amb el DUSOI que ens mostra que els pacients amb gravetat orgànica global qualificada com a moderada o extrema presenten una xifra de prevalença que dobla la dels estrats de gravetat inferiors, com quan mesurem el nombre de malalties cròniques orgàniques coexistents amb el doble de prevalença en els pacients que presenten dues o més malalties que en els que en presenten una o cap. Quan hem considerat individualment les malalties orgàniques cròniques més freqüents hem trobat associació estadísticament significativa amb les síndromes de dolor d'esquena i amb l'artrosi en l'anàlisi bivariant. Al realitzar l'anàlisi multivariant desapareixen aquestes associacions i emergeix l'associació amb la gastritis/úlcera pèptica. Al interpretar aquests resultats cal tenir en compte que aquestes dades procedeixen d'un qüestionari realitzat al propi pacient i que els pacients amb depressió poden ser més avinents a percebre els símptomes físics, sovint inespecífics com dolor, dispèpsia ... que caracteritzen aquestes malalties. Múltiples estudis han demostrat que els pacients amb depressió manifesten significativament més símptomes somàtics que els pacients no

deprimits, àdhuc ajustant per les malalties cròniques orgàniques presents (Katon i Walker, 1998; Katon i Sullivan, 1990) . Per tant, considerar-se malalts o referir aquests símptomes, encara que realment hi hagi un substrat orgànic, pot estar condicionat i determinat pel propi quadre depressiu i ser-ne, en realitat, una manifestació indirecta (somatització) més que una relació de comorbilitat.

El perfil per a la distímia és menys revelador. L'anàlisi bivariant de moltes de les variables troba perfils similars als de la depressió major, encara que sense assolir el llindar de la significació estadística. Només l'associació amb el trastorn d'ansietat generalitzada i amb la presentació explícita de símptomes psicosocials s'obté la significació estadística. En l'anàlisi multivariant, a més d'aquestes dues variables citades, que mantenen la seva associació estadísticament significativa, hi apareix la comorbilitat amb malalties orgàniques cròniques de manera que la presència d'un nombre creixent de malalties s'associa a un risc creixent de patir distímia. Lecrubier et al. (1998) no van trobar diferències significatives en quant al sexe o l'edat entre els pacients que patien distímia i els que no. Tanmateix, aquest autors van trobar que els divorciats, separats i vidus i aquells amb menor nivell d'estudis tenien major probabilitat de patir distímia. Browne et al. (1998) sí que van trobar una significativa major prevalença de distímia en dones que en homes.

La forta relació de comorbilitat entre la presència d'un trastorn d'ansietat generalitzada i ambdós trastorns depressius (depressió major i distímia) i entre el trastorn d'angoixa i la depressió major és rellevant per al clínic. Sovint serà fútil intentar establir un diagnòstic diferencial entre ansietat i depressió en un pacient perquè ambdós trastorns coexistiran. Tanmateix, és important detectar i tenir en compte aquestes dues condicions perquè la comorbilitat entre ansietat i depressió implica major gravetat i un pitjor pronòstic, i per a un abordatge efectiu és precís tenir en consideració ambdós trastorns (Sartorius et al., 1996).

Els problemes psicològics, i la depressió en particular, són una de les raons perquè alguns pacients d'atenció primària esdevenen hiperfreqüentadors (Dowrick et al., 2000). D'acord amb això, hem trobat que la prevalença de depressió major s'incrementa considerablement en els pacients més freqüentadors. Aquesta relació es manté en l'anàlisi multivariant que elimina un possible efecte de confusió per l'associació entre depressió i

malaltia orgànica, factor aquest que també podria contribuir a una major utilització de les consultes mèdiques. El fet que haguem obtingut la nostra mostra a partir de les visites consecutives en un període de temps relativament curt, en el que els pacients més freqüentadors hi poden estar sobrerrepresentats (Gérvas et al., 1990; Lee et al., 2002), pot ser una de les raons de l'alta prevalença de trastorns depressius trobada en el nostre estudi.

SOMATITZACIÓ

Un criteri lax per definir la depressió somatitzada és l'utilitzat per Simon et al. (1999) al presentar resultats del "Psychological Problems in General Health Care": reunir els criteris necessaris per a diagnosticar el trastorn depressiu i referir únicament símptomes somàtics com a motiu de consulta. Amb aquesta definició la proporció mitjana de depressió somatitzada és del 69 %, amb un rang des del 45 % a París (França) fins al 95% a Ankara (Turquia). En el nostre estudi més de la meitat (54.6%) dels pacients deprimits neguen la presència de símptomes psicològics i serien somatitzadors segons aquesta definició.

Tanmateix en l'anàlisi dels nostres resultats hem optat per utilitzar estrictament la definició de somatització proposada per Bridges i Goldberg, més restrictiva, però que ens permet comparar-nos amb altres estudis publicats que han adoptat aquests mateixos criteris operatius com a referència (Wittchen i Ahmoi Essau, 1990).

Així doncs hem trobat que compleixen estrictament els criteris de depressió somatitzada aproximadament un terç dels casos (35.6 %). La proporció entre els somatitzadors (STs) i aquells pacients que expressen símptomes psicològics (PGs) obtinguda fou de STs/PGs=0.8:1. A Espanya, García-Campayo et al. (1996) utilitzant els mateixos criteris per a definir la somatització refereixen una proporció STs/PGs de 1.6:1 per al trastorn depressiu major, i una proporció STs/PGs de 10.5:1 per al trastorn distímic. La menor proporció que hem trobat pot ser deguda a diferència real entre les poblacions o per la utilització de diferents instruments diagnòstics. Una raó metodològica que pot determinar la diferència en la nostra proporció és que l'estudi de García-Campayo et al. (1996) va seleccionar la mostra dels pacients que consultaven per nous episodis de malaltia, mentre

que nosaltres no vam aplicar aquesta condició en el reclutament de pacients consecutius. Així que en la nostra mostra pot haver-hi pacients inicialment somatitzadors, que en la interacció amb el seu metge en visites prèvies hagin canviat la seva atribució simptomàtica presentant ara símptomes de natura psicològica. Tanmateix, en contra d'aquest raonament, García-Campayo et al. (1997) han demostrat que la somatització és un fenomen estable i que, en un seguiment a un any, el 88 % dels somatitzadors mantenen la seva atribució simptomàtica inicial.

L'anàlisi comparativa entre PGs i STs ofereix uns resultats congruents amb els aportats per altres autors. La troballa que no hi ha diferència significativa entre els grups en quant a sexe, edat i estat civil es similar a altres articles (Wright, 1990; Bridges et al., 1991; Craig et al., 1993; Weich et al., 1995; Lobo et al., 1996; El-Rufaie et al., 1999; Piccinelli et al., 1997). Bridges et al. (1991) i Kirmayer i Robbins (1996) havien predit que els somatitzadors tindrien un menor nivell d'educació i una més baixa classe social, però en els seus estudis no es confirmen aquestes hipòtesis. El nostre estudi troba una associació de la presentació psicològica amb un nivell educatiu superior. Les persones que han rebut menor educació poden tenir menor capacitat d'elaboració i interpretació del propi malestar psicològic i, àdhuc, la manca d'un vocabulari adient per etiquetar-lo, motiu pel qual poden referir sensacions més fàcilment identificables com són els símptomes somàtics (mal de cap, mareig...) (Katon et al. 1982).

Hem comprovat que la depressió en els somatitzadors és menys intensa i té menys repercussió que en els que manifesten símptomes psicològics, troballa pràcticament unànime en els estudis revisats (Wright, 1990; Bridges et al., 1991; Craig et al., 1993; Verhaak i Tijhuis, 1994; Weich et al., 1995; García-Campayo et al., 1996; Kirmayer i Robbins, 1996; El-Rufaie et al., 1999). S'ha hipotetitzat que la somatització és un mecanisme adaptatiu que permet l'evitació dels sentiments de culpa, de responsabilitat o l'estigma social associats al reconeixement d'un trastorn depressiu, mitjançant l'adopció d'un "emmalaltir" associat a la malaltia física que, socialment pot considerar-se un forma més legítima d'obtenir atencions i on la pròpia responsabilitat es pot desplaçar cap a elements externs (Katon et al., 1982; Goldberg i Bridges, 1985). La menor gravetat de la depressió en els somatitzadors representaria, doncs, el benefici obtingut per l'adopció d'aquesta conducta. Per altra banda, la depressió més greu i que origina major repercussió funcional i vital és més difícil d'obviar en la interpretació que un mateix fa del propi

malestar i, per tant, és més probable que s'expressi obertament en el seu caràcter psicològic. Són versemblants, i probablement coexisteixen, ambdues direccions de causalitat però aquest estudi transversal no permet establir què és causa i què és efecte.

Bridges et al. (1991) havien plantejat la hipòtesi, no confirmada en el seu estudi, que una major experiència de malaltia física facilitaria la somatització. El nostres resultats tampoc confirmen la hipòtesi inicial ja que els grups no difereixen en quant a la comorbiditat orgànica, mesurada amb el nombre de malalties cròniques orgàniques i amb l'índex de gravetat DUSOI.

Coincidint amb d'altres autors (Bridges i Goldberg, 1985; Kirmayer et al, 1993; Weich, 1995; Tylee et al., 1995) hem trobat que molts dels pacients que refereixen símptomes somàtics no són reconeguts com a depressius pel seu metge d'atenció primària, mentre que, quan el pacient manifesta explícitament el seu malestar psicològic, la detecció és més fàcil. La no-detecció pot ser, en molts casos, una manera còmoda de resoldre una consulta per símptomes somàtics: evita al metge d'entrar a valorar i a manejar problemes psicosocials, que precisen la dedicació d'un temps sempre escàs, que són delicats de tractar i pels quals el metge es pot considerar insuficientment experimentat; i evita al pacient acarar el seu problema psicològic i eludir els sentiments de responsabilitat, culpa o vergonya que això comporta.

En els pacients que manifesten símptomes psicològics, malgrat la taxa de detecció és de gairebé el 90%, els pacients que reben un tractament farmacològic adequat són la meitat; mentre que en els somatitzadors, amb un 60% de detecció, solament una quarta part són tractats amb antidepressius. La major part de deprimits, en ambdós grups, reben atenció exclusivament en atenció primària i una minoria ho fan també en l'àmbit psiquiàtric, tanmateix en els somatitzadors aquesta proporció és ínfima, tendència que coincideix amb altres estudis (Verhaak i Tijhuis, 1994; Weich et al., 1995; Kirmayer i Robbins, 1996).

Així doncs, els resultats d'aquest estudi recolzen la dada que la somatització és una forma freqüent de presentació de la malaltia mental en atenció primària. Tot i que els pacients deprimits que expressen símptomes psicològics explícitament davant el seu metge i els que somatitzen la seva depressió són similars en molts aspectes, es distingeixen en la menor gravetat i repercussió de la depressió en els somatitzadors i en que aquesta forma de presentació s'associa a la infradetecció del procés psiquiàtric subjacent. Això pot tenir

implicacions clíniques notables, ja que el pacient deprimit no detectat resta aliè als beneficis d'un abordatge terapèutic eficaç i queda exposat als efectes potencialment iatrogènics de tractaments simptomàtics i d'exploracions mèdiques innecessàries que poden contribuir a reforçar i cronificar els símptomes somàtics i les preocupacions hipocondríiques.

EL METGE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I EL DIAGNÒSTIC DE LA DEPRESSIÓ

La concordança del diagnòstic de depressió formulat pel metge d'atenció primària amb el diagnòstic obtingut per l'investigador amb la SCID es escassa, amb un Índex Kappa de 0.299, tanmateix similar al referit per Tiemens et al. (1999) que, utilitzant les dades de Seattle (Estats Units) i Groningen (Holanda) de l'estudi "Psychological Problems in General Health Care", aporten un Índex Kappa de 0.29.

Hem pogut comprovar que les dificultats dels metges d'atenció primària amb la detecció de la depressió no es limiten al tòpic, generalment referit en la literatura, de la infradetecció, sinó que l'error diagnòstic té dues direccions: la infradetecció i la sobredetecció i ambdues vessants contribueixen al desacord.

La taxa de pacients amb un trastorn depressiu detectats és d'un 72 % en aquest estudi. Aquesta taxa se situa en un rang alt en comparació amb d'altres estudis: Coyne et al. (1995), Tiemens et al.(1996), i Simon et al.(1995) refereixen unes taxes de detecció de la depressió major del 35%, del 64% i del 60% respectivament. En l'estudi patrocinat per la Organització Mundial de la Salut "Psychological Problems in General Health Care" (Üstün i Sartorius, 1995), dut a terme en centres d'atenció primària de 14 països del món, la taxa global de detecció de la depressió fou del 54%, si bé hi havia un rang molt ampli: des d'un 19% a Nagasaki (Japó) a un 74% a Santiago (Chile). Els autors van analitzar l'efecte de l'estil assistencial en la taxa de detecció i van trobar que els centres de salut amb un model d'atenció orientat a l'individu, on els pacients tenen assignat un metge personal que assumeix la seva atenció integral i la responsabilitat de la continuïtat en l'atenció, tenien una taxa mitjana de detecció més alta que els centres d'orientació col·lectiva on, per exemple, els pacients tenen un centre assignat però no un metge directament responsable (54% enfront de 27%). La provisió d'assistència en l'atenció

primària de salut a Espanya compleix els criteris per a ser inclosa en el primer model descrit. L'alta proporció de pacients detectats que hem trobat es concordant, doncs, amb aquest fet.

Hem trobat que les taxes de detecció són més altes en els pacients més greus mentre que la infradetecció es concentra en els estrats de gravetat i de repercussió funcional més lleu. És il·lustratiu que, dels 34 pacients no detectats, 24 se situen en l'estrat de repercussió lleugera o absent de l'escala EEAG mentre que tots els pacients amb repercussió greu estaven detectats.

Aquestes dades concorden amb les referides en estudis recents on també la detecció s'associa a la gravetat dels símptomes psiquiàtrics i a l'impacte funcional de la depressió (Coyne et al., 1995; Simon et al., 1995; Tiemens et al., 1996). Per Coyne et al. (1995) i Simon et al. (1995) aquestes troballes justifiquen l'opinió que relativitza les valoracions més pessimistes sobre la capacitat o les possibilitats de l'atenció primària per manejar adequadament la depressió que s'havien formulat fa uns anys (Eisemberg, 1992). Els metges d'atenció primària detecten els casos més greus, que són els que més es poden beneficiar d'una acció terapèutica i tendeixen a no considerar els casos menys simptomàtics o amb menor repercussió, on els beneficis d'una intervenció no estan clarament demostrats. De fet, els estudis on s'ha seguit als pacients prospectivament no han constatat que la detecció i/o el tractament s'associï a millors resultats (Simon et al., 1995; Tiemens et al., 1996). La no-detecció, es a dir, la no consideració de molts dels pacients amb depressió lleu com a "afectes d'un quadre depressiu clínicament significatiu" pot ser, doncs, una conducta correcta i adequada per part del metge.

Simon et al. (1995) argumenten que una mostra obtinguda en un estudi transversal, com ho és la d'aquest estudi (i ho és la dels estudis que es citen en aquesta discussió), probablement inclourà una major proporció de casos prevalents de llarga evolució on les possibilitats de haver sigut detectats i de rebre tractament serien majors. Tanmateix, en la nostra anàlisi no trobem que el temps d'evolució del procés depressiu estigui associat ni a una major taxa de detecció ni a una major taxa de tractament.

No és insòlit que la detecció sigui més fàcil quan el pacient refereix símptomes explícits de natura psicològica que quan presenta exclusivament queixes de natura somàtica (Kirmayer et al, 1993). En la consulta cal tenir en compte, però, que més de la meitat dels

pacients deprimits (57%) presenten símptomes somàtics i no mencionen cap símptoma psicològic quan s'els interroga sobre els símptomes o problemes de salut que pateixen.

El nostre estudi no confirma la troballa de Coyne et al. (1995) que la presència de trastorns d'ansietat comòrbids en un pacient té un efecte facilitador de la detecció de la depressió ni l'afirmació de Lecrubier (1998) que la comorbiditat somàtica la dificulta.

El 40 % dels pacients que no tenien trastorn depressiu van ser positivament identificats com a deprimits pel seu metge. Segons els nostres resultats, aquest sobrediagnòstic no és un error aleatori i seria una interpretació excessivament simplificadora atribuir-ho a la manca d'habilitats o de coneixements del metge. En realitat, els metges discriminen entre dos grups de pacients no deprimits. Els pacients en el grup dels falsos positius són força diferents dels pacients en el grup dels vertaders negatius. Els primers mostren uns nivells superiors de malestar psicològic de tipus depressiu, de repercussions funcionals i refereixen símptomes psicològics com a motiu de consulta en major proporció. Tenen pitjor salut física i pitjor autopercepció de la pròpia salut. Un terç dels falsos positius tenen història prèvia de depressió i un 20 % més reuneixen els criteris per ser diagnosticats de trastorns depressius menors.

Aquests resultats són coherents amb els referits per Klinkman et al. (1998) sobre el Michigan Depression Project que, tot i utilitzar instruments diferents, troben que la història prèvia de depressió, la major presència de símptomes depressius/malestar psicològic (mesurat amb l'escala CES-D) i la pitjor valoració de la pròpia salut per part del pacient distingeixen els falsos positius dels vertader negatius.

Tiemens et al. (1999), utilitzen un pla d'anàlisi més complex, discriminant diversos subgrups dintre dels falsos positius. En línies generals però, els resultats que refereixen són concordants amb els nostres, doncs aquests autors troben que els falsos positius tenen major proporció de pacients amb una causa psicològica com a motiu de consulta, tenen major nivell de malestar psicològic, de discapacitat associada i una pitjor opinió sobre la pròpia salut.

Podem interpretar que els metges tenen en consideració aspectes clínics suggestius com els descrits per assignar el diagnòstic de depressió a un cert grup pacients, formalment no deprimits.

Si un pacient té història prèvia de depressió, encara que, per efecte del tractament o per l'evolució de la malaltia, en el moment de l'estudi no compleixi amb els criteris diagnòstics exigits, els metges el qualifiquen com a deprimits. Aquí els metges consideren el diagnòstic de la malaltia depressiva com el d'una malaltia crònica, amb exacerbacions i remissions, com ho poden ser l'artrosi o l'asma, que continuen existint encara que els pacients que les pateixen poden passar èpoques lliures de símptomes sense deixar de ser artròsics o asmàtics.

Klinkman et al. (1997; 1998) proposen un model per a l'atenció primària que considera a la depressió com un procés subagut o crònic amb una evolució longitudinal de empitjoraments i millories i definida per paràmetres de gravetat i repercussió. En l'estrat de major gravetat els símptomes depressius són evidents i persistents i causen important repercussió funcional. En un nivell gravetat intermèdia, la depressió esdevindria simptomàtica solament sota certes condicions i les repercussions serien limitades. En un nivell de mínima gravetat els episodis depressius serien lleus i autolimitats i sense repercussió significativa.

Podem ubicar els pacients del grup dels vertaders positius del nostre estudi en l'estrat de major gravetat i repercussió. Hem comprovat que aquests pacients amb diagnòstic d'un trastorn depressiu segons els criteris del DSM-IV i qualificats com a deprimits pel seu metge, es distingeixen pels seus nivells de gravetat clínica i repercussió funcional i vital (SDS, EEAG, SF-12-component mental). Més de la meitat en aquest grup refereixen símptomes psicològics com a motiu de consulta i aquest és el factor independent que més possibilita el diagnòstic de depressió per part del metge en els pacients deprimits.

Un terç dels pacients en el grup dels falsos positius els hem pogut identificar com a pacients amb depressió prèvia que ha evolucionat cap a la remissió parcial o total: són els pacients amb història de depressió, que actualment ja no compleixen els criteris diagnòstics de referència, però que són continuen sent considerats com a pacients deprimits per part del seu metge.

Altres pacients, en el grup dels falsos positius o en el grup dels falsos negatius, són pacients amb malestar psicològic, d'intensitat moderada —alguns diagnosticables de depressió major o distímia segons els criteris del DSM-IV i d'altres de trastorn depressius menors—, que precisarien la valoració d'un abordatge terapèutic individualitzat o un

seguiment en el temps per detectar l'aparició d'una eventual exacerbació. Aquí hi ha també pacients amb mínim malestar psicològic i escassa repercussió en els quals la identificació o l'abordatge terapèutic no s'associa a millor pronòstic i per tant l'actitud seria l'abstenció.

Finalment, en el grup dels vertaders negatius, on la valoració del metge i la del mètode diagnòstic de referència coincideixen en descartar depressió, s'hi ubiquen aquells pacients sense malaltia.

És possible que en el nostre estudi s'hagi produït un biaix cap a la sobredetecció: el haver de contestar una pregunta directa sobre la presència de depressió en cada pacient visitat i el coneixement per part dels metges que els seus pacients serien avaluats psiquiàtricament, pot haver augmentat artificialment la sensibilitat del metge cap a aquest diagnòstic inflant la taxa de detecció i augmentant la proporció de falsos positius. Altrament, Simon et al. (1995) fan notar que els estudis on la detecció de la depressió es basa en les anotacions del metge en la història clínica presenten unes taxes més baixes que probablement infravaloren la detecció real per part del metge. Els estudis amb els quals ens comparem aquí utilitzen tots una metodologia similar a la nostra.

Aquests resultats suggereixen que si aconseguim millorar la taxa de detecció de la depressió en atenció primària, serà sobre tot a costa de les formes més lleus i amb menor impacte, la rellevància clínica de les quals és dubtosa. Per altra banda, una millora en la sensibilitat del judici clínic del metge envers la detecció de la depressió pot, fàcilment, derivar en un sobrediagnòstic.

Una proporció de pacients sense depressió actual son classificats com a deprimits pel seu metge, i aquests pot ser una posició útil des de la consideració de la depressió com una malaltia crònica o recurrent. Aquells pacients en remissió d'un episodi depressiu passat han de ser sotmesos a un seguiment clínic per: *a)* monitoritzar la resposta i l'adherència al tractament, si en porten i *b)* per detectar precoçment eventuais recaigudes. Aquells pacients amb símptomes depressius, diagnosticables o no de trastorn depressius menors, poden representar estats prodròmics de la depressió i han de ser vigilats per detectar eventuais empitjoraments que donin lloc a quadres depressius definits. Tanmateix, una proporció dels falsos positius, tot i tenir símptomes depressius o un cert grau de repercussió funcional, probablement representen quadres reactius de natura lleu i

autolimitada, en els qual cap intervenció terapèutica no hi aportaria cap benefici addicional.

EL TRACTAMENT DELS TRASTORNS DEPRESSIUS EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

La detecció d'un quadre depressiu, que en el nostre estudi ha resultat ser relativament alta, no garanteix que aquest rebi tractament adequat: solament el 34% dels deprimits estaven prenent antidepressius. La taxa de tractament s'associa a la gravetat i a la repercussió funcional de la depressió. Hem observat, però, que dos de cada tres casos amb depressió moderada o greu, segons l'Índex SDS o la meitat dels casos amb repercussió moderada o greu segons l'escala EEAG no rebien antidepressius.

No disposem de dades per discernir en quants casos ha sigut el metge qui ha obviat la prescripció d'un antidepressiu i en quants casos un tractament inicialment prescrit ha sigut abandonat pel pacient, fet molt freqüent en els pacients deprimits d'atenció primària (Simon et al., 1993).

La menor taxa de tractament antidepressiu en els pacients que presenten exclusivament símptomes somàtics és esperable. Hem vist que aquests pacients són detectats com a deprimits amb més dificultat i, a més, solen ser refractaris a acceptar el diagnòstic d'un trastorn psiquiàtric que no entrava en les seves expectatives quan han decidit consultar al metge, i més refractaris encara a acceptar la prescripció d'un fàrmac antidepressiu.

Els antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina i anàlegs constitueixen en l'actualitat la primera opció terapèutica en el nostre àmbit. La major tolerabilitat, seguretat i més fàcil posologia d'aquests fàrmacs (Mulrow et al. 2000) poden haver contribuït a que la taxa de tractament i les dosificacions prescrites siguin més adequades que el panorama descrit en referències de fa uns anys (Simon et al, 1993). Ressaltem que els escassos pacients tractats amb antidepressius tricíclics tots rebien dosis per sota el nivell terapèutic en la indicació antidepressiva.

Amb els resultats d'aquest estudi identifiquem un ampli espai per a la millora en l'alta proporció de pacients deprimits que no reben un tractament adequat ja que, àdhuc en els casos amb depressió més severa, la proporció de pacients que no reben tractament supera

a la dels que sí que en reben. Cal incidir no sols en la instauració del tractament antidepressiu, sinó també en assegurar l'adherència i la continuïtat del tractament.

CONCLUSIONS

1. En els pacients atesos en atenció primària en el nostre entorn la prevalença de depressió major actual és del 14.3 % (IC 95 %: 11.2-17.4) i la de distímia del 4.8 % (IC 95 %: 2.8-6.8).
2. La depressió major actual s'associa de forma independent amb el sexe femení, la presència de trastorn d'angoixa, de trastorn d'ansietat generalitzada, d'úlceres pèptics/gastritis i l'expressió de símptomes psicològics com a motiu de consulta.
3. La distímia s'associa de forma independent amb el trastorn d'ansietat generalitzada, la manifestació de símptomes psicològics i la presència de malalties orgàniques cròniques.
4. El 35.6 % dels pacients amb trastorns depressius (depressió major actual o distímia) atesos en atenció primària compleixen estrictament els criteris de depressió somatitzada.
5. La somatització s'associa independentment a una menor gravetat simptomàtica, mesurada amb la SDS i a una menor probabilitat de rebre tractament antidepressiu. El fet de tenir estudis secundaris o superiors té un efecte reductor de la probabilitat de presentar la depressió en forma somatitzada.
6. Els metges d'atenció primària diagnostiquen depressió en el 68.3 % (IC 95 %: 56.5-80.0) dels pacients amb trastorns depressius. Els factors independentment associats a la detecció de la depressió en els pacients amb trastorns depressius són la manifestació de símptomes psicològics explícits i la major repercussió funcional mesurada amb la EEAG.
7. Els metges d'atenció primària diagnostiquen com a deprimits al 26,7 % (IC 95 %: 19.0-33.9) dels pacients sense criteris de trastorns depressius segons el DSM-IV. Els factors independents associats al sobrediagnòstic són la història prèvia de depressió, la presència de símptomes depressius segons la SDS o la repercussió d'aquest malestar en el nivell general d'activitat del pacient, segons la EEAG. La presència

d'un trastorn d'ansietat generalitzada s'associa a una menor probabilitat de diagnosticar depressió en aquest grup.

8. Un 34% dels pacients atesos en l'atenció primària amb trastorns depressius prenen tractament antidepressiu. S'associen independentment a l'infractament en els pacients amb depressió la presentació clínica amb símptomes somàtics exclusivament, la menor repercussió funcional de la depressió i la menor freqüentació.

BIBLIOGRAFIA

- Aragonès Benaiges E, Masdèu Montalà RM, Cando Guasch G, Coll Borràs G. (2001a) Validez diagnòstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacients de atenció primària. *Actas Espanòles de Psiquiatria* **29**; 310-316.
- Aragonès Benaiges E, Gutiérrez Pérez MA, Pino Fortuny M, Lucena Luque C, Cervera Virgili J, Garreta Estrada I. (2001b). Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Atención Primaria* **27**; 623-628.
- Aragonès Benaiges E, Gutiérrez Pérez MA, Piñol Moreso JL, Mèlich Teruel N, Folch Pujol S, Labad Alquézar A. (2003). Prevalencia, expresió e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria* **31**; 120-125
- Baca Baldomero E, Sáiz Ruiz J, Agüera Ortiz LF, Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porrás Chavarino A. (1999). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria* **23**; 275-279.
- Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, Grazian N, Ferrari G. (2002). Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice* **19**; 397-400.
- Bridges K, Goldberg D, Evans B, Sharpe T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological Medicine* **21**; 473-483.
- Bridges KW, Goldberg DP. (1985). Somatic presentation of DSM-III disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* **29**; 563-569.
- Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Bell B, Mills M, Chalklin L, Wallik D, Kraemer J, Dunn E. (1999). Prevalence of Dysthymic Disorder in Primary Care. *Journal of Affective Disorders* **54**; 303-308.
- Burvill PW. Recent Progress in the Epidemiology of Major Depression. (1995). *Epidemiologic Review* **17**; 21-31.

- Chocrón Bentata L, Vilalta Franch J, Legazpi Rodríguez I, Auquer K, Franch L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Atención Primaria* **16**; 586-590, 592-593.
- Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramírez R. (1996). Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Atención Primaria* **18**; 52-58.
- Conde López V, de Esteban Chamorro, T. (1975). Validez predictiva de la SDS (Self-Rating Depression Scale) de Zung. *Archivos de Neurobiología (Madrid)* **38**; 225-246.
- Conde V, Esteban Chamorro T. (1973). Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la "Self-Rating Depression Scale" (SDS) de Zung. *Archivos de Neurobiología (Madrid)* **36**; 375-392.
- Conde V, Sánchez de Vega J. (1969). La escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología (Madrid)* **33**; 335-358.
- Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. (1994). Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry* **16**; 267-276.
- Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. (1995). Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *General Hospital Psychiatry* **17**; 3-12.
- Craig TKJ, Boardman AP, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experience. *British Journal of Psychiatry* **163**; 579-588.
- De Gucht V, Fischler B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* **43**; 1-9.
- Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria* **25**; 350-363.
- Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice* **50**; 361-365.

- Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care. (1992). Closing the gap between knowledge and practice. *New England Journal of Medicine* **326**; 1080-1084.
- El-Rufaie OEF, Al-Sabosy MMA, Bener A, Abuzeid MSO. (1999). Somatized mental disorder among primary care arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics. *Journal of Psychosomatic Research* **46**; 549-555.
- Endicott J, Spitzar RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. (1976). *Archives of General Psychiatry* **33**; 766-771.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams J. (1996b). User's guide for the SCID-I (research version). New York: Biometrics Research.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1996a). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Research Version-Patient Edition. New York: Biometrics Research.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. [Blanch J, trad.]. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I, versión clínica. Barcelona: Masson.
- Frances A. (1999). Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. *Archives of General Psychiatry* **55**; 119.
- Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria* **29**; 329-337
- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bulloinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results of the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology* **51**; 1171-1178.

- García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ, Lobo A, and the GMPPZ. (1996). Somatisation in primary care in Spain II. Differences between somatisers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry* **168**; 348-353.
- García-Campayo J, Larrubia J, Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Campos R. (1997). Attribution in somatizers: stability and relationship to outcome at 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **95**; 433-438.
- García-Campayo J, Sanz-Carrillo C. (1999). A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine* **29**; 337-345.
- Gater RG, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. (1998). Sex Differences in the Prevalence and Detection of Depressive and Anxiety Disorders in General Health Care Settings. *Archives of General Psychiatry* **55**; 405-413.
- Gérvás JJ, Pérez Fernández MM, García Sagredo P, Abraira V. (1990). Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Atención Primaria* **7**; 346-348.
- Goldberg D, Huxley P, eds. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock/Routledge.
- Goldberg DP, Bridges K. (1988). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research* **32**; 137-144.
- Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry* **9**; 1148-1156.
- Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, Díez Manrique JF (1999a). El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Españolas de Psiquiatría* **27**; 87-95.
- Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Dunn G. (1999b). Recognition of depression and anxiety in primary care. Patient's attributional style is important factor. *British Medical Journal* **318**; 1558.

- Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett DL. How to use an article about a diagnostic test. [en línia; data d'accés: 14 de febrer de 2004]
URL disponible a: http://www.cche.net/principles/content_diagnosis_asp.
- Katon W, Kleinman A, Rosen G. (1982). Depression and somatization: a review. Part I. *American Journal of Medicine* **72**; 127-135.
- Katon W, Schulberg H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry* **14**; 237-247.
- Katon W, Sullivan MD. (1990). Depression and Chonic Medical Illness. *Journal of Clinical Psychiatry* **51** (suppl 6); 3-11.
- Katon WJ, Walker EA. (1998). Medically Unexplained Syptoms in Primary Care. *Journal of Clinical Psychiatry* **59** (suppl 20); 15-21.
- Kessler RC, Little RJA, Groves RM. (1995). Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiologic Review* **17**; 192-204.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry* **150**; 734-741.
- Kirmayer LJ, Robbins JM. (1996). Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive and social characteristics. *Psychological Medicine* **26**; 937-951.
- Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. (1998). False Positives, False Negatives, and the Validity of the Diagnosis of Major Depression in Primary Care. *Archives of Family Medicine* **7**; 451-461.
- Klinkman MS, Schwenk TL, Coyne JC. (1997). Depression in Primary Care—More Like Asthma Than Appendicitis: The Michigan Depression Project. *Canadian Journal of Psychiatry* **42**; 966-973.
- Landis JR, Koch GG. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* **33**; 159-174.

- Lecrubier Y, Weiler E. (1998). Characteristics, recognition and treatment of dysthymics in primary care. *European Psychiatry* **13**; 198-202.
- Lecrubier Y. (1998). Is depression under-recognised and undertreated?. *International Clinical Psychopharmacology* **13** (suppl 5); S3-S6.
- Lee ML, Yano EM, Wang MM, Simon B, Rubenstein L. (2002). What Patient Population Does Visit-Based Sampling in Primary Care Settings Represent? *Medical Care* **40**; 761-770.
- Lennon MC. (1995). Work Conditions as Explanations for the Relation between Socioeconomic Status, Gender, and Psychological Disorders. *Epidemiologic Review* **17**; 120-127.
- Lepkowski J, Bowles J. (1996). Sampling error software for personal computers. *The Survey Statistician* **35**; 10-17.
- Lipowski ZJ. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics* **47**; 160-167.
- Lobo A, García-Campayo J, Campos R, Marcos G, Pérez-Echeverría MJ and the GMPPZ. (1996). Somatisation in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry* **168**; 344-348.
- Lobo A, Montón C, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ y el GZEMPP. (1993). Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza: Luzán.
- Luborsky L. (1962). Clinicians Judgements of Mental Health. *Archives of General Psychiatry* **7**; 407-417.
- Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR, Alling WC, Saunders WB, Stevens HA. (1989). Management of general medical patients with symptoms of depression. *General Hospital Psychiatry* **11**; 201-207.

- Martínez C, Juncosa S, Roset M. (1998). ¿Está relacionada la gravedad con la utilización de recursos? Una exploración del Duke Severity of Illness Scale (DUSOI). *Atención Primaria* **22**; 285-292.
- McQuaid JR, Stein MB, Lafaye C, McCahill ME. (1999). Depression in a Primary Care Clinic: the Prevalence and Impact of an Unrecognized Disorder. *Journal of Affective Disorders* **55**; 1-10.
- Mulrow CD, Williams JW, Chiquette E, Aguilar C, Hitchcock-Noel P, Lee S, Cornell J, Stam K. (2000). Efficacy of Newer Medications for Treating Depression in Primary Care Patients. *American Journal of Medicine* **108**; 54-64.
- Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB, Ramirez G, Montiel OM, Kerber C. (1995). Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Annals of Internal Medicine* **122**; 913-921.
- Murray CJL, Lopez AD, editors. (1996). The global burden of disease and injury series, Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Naughton MJ, Wiklund I. (1993). A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life Research* **2**; 397-432.
- New York State Psychiatryc Institute Spanish Tanslation Committee-Columbia University and Behavioral Sciences Research Institute-University of Puerto Rico-Medical Sciences Campus [traductors]. (1998). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Research Version-Bilingual Edition. New York: Biometrics Research.
- Olfson M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Nomura Y, Gameraof M, Weissman M. (2000). Prevalence of Anxiety, Depression, and Substance Use Disorders in an Urban General Medical Practice. *Archives of Family Medicine* **9**; 876-883.

- Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CJ. (1993). The Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI) for measurement of severity and comorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology* **46**; 379-393.
- Piccinelli M, Simon G. (1997). Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress. An international study in primary care. *Psychological Medicine* **27**; 433-444.
- Pickles A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL. (1995). Screening for stratification in two-phase ("two-stage") epidemiological surveys. *Statistical Methods in Medical Research* **4**; 73-89.
- Ramos Brieva JA, Lafuente López R, Montejo Iglesias ML, Moreno Sarmiento A, Ponce de Leon Hernández C, Méndez Barroso R, Cordero Villafáfila A. (1991). Validez predictiva de la escala de Zung en deprimidos ancianos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría* **19**; 122-126.
- Ramos Brieva JA. (1986). La escala de Zung-Conde para la depresión: su validez predictiva. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría* **14**; 123-127.
- Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, Norquist GS. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry* **55**; 109-115.
- Revicki DA, Irwin D, Roblando J, Simon GE. (1994). The accuracy of self-reported disability days. *Medical Care* **32**; 401-404.
- Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. (1996). Depression Comorbid with Anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *British Journal of Psychiatry* **168** (suppl 30); 38-43.
- Scholes D, LaCroix AZ, Wagner EH, Grothaus LC, Hecht JA. (1991). Tracking progress toward National Health Objectives in the Elderly: What do restricted activity days signify? *American Journal of Public Health* **81**; 485-488.
- Schulberg HC, Magruder KM, deGruy F. (1996). Major depression in primary medical care practice. *General Hospital Psychiatry* **18**; 395-406.

- Simon G, VonKorff M, Wagner EH, Barlow W. (1993). Patterns of antidepressant use in community practice. *General Hospital Psychiatry* **15**; 399-408.
- Simon GE, Von Korff M. (1995). Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Archives of Family Medicine* **4**; 99-105.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. (1999). An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *New England Journal of Medicine* **341**; 1329-1335.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association* **272**; 1749-1756.
- Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry* **153**; 636-644.
- Tiemens BG, VonKorff M, Lin EHB. (1999). Diagnosis of Depression by Primary care Physicians Versus a Structured Diagnostic Interview. *Understanding Discordance. General Hospital Psychiatry* **12**; 87-96
- Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. (1995). How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? *British Journal of General Practice* **45**; 575-578.
- Tylee AT, Freeling P, Kerry S. (1993). Why do general practitioners recognize major depression in one woman yet miss in another? *British Journal of General Practice* **43**; 327-330.
- Üstün TB, Sartorius N, editors. (1995). *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. Chichester: Wiley.
- Vázquez Valverde C, Jiménez Franco F. Depresión y manía. En: Bulbena Vilarrasa A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa Palacios P, editores (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.

- Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, Dunn G. (1997). Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry* **170**; 529-535.
- Vázquez-Barquero JL. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de Rivera JL, Rodríguez F, Sierra A, editores. (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson.
- Verhaak PFM, Tjihuis MAR. (1994). The somatizing patient in general practice. *International Journal of Psychiatry in Medicine* **22**; 157-177.
- Ware J, Kosinski M, Keller SD. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care* **34**; 220-233.
- Weich S, Lewis G, Donmall R, Mann A. (1995). Somatic presentation of psychiatric morbidity in primary care. *British Journal of General Practice* **45**; 143-147.
- Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders* **29**; 77-84.
- Williams JW, Noël PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. (2002). Is this patient clinically depressed? *Journal of the American Medical Association* **287**; 1160-1170.
- Wittchen H-U, Ahmoui Essau C. Assessment of symptoms and psychosocial disabilities in primary care. In: Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G, Costa e Silva J, Lecrubier Y and Wittchen H-U, editors. (1990). *Psychological disorders in general medical settings*. Toronto: Hoegrefe & Huber.
- Wittchen HU, Holsboer F, Jacobi F. (2001). Met and Unmet Needs in the Management of Depressive Disorder in the Community and Primary Care: The Size and Breadth of the Problem. *Journal of Clinical Psychiatry* **62** (suppl 26); 23-28.
- WONCA. (1999). *Clasificación Internacional en Atención Primaria. CIAP-2 (2ª edición)*. Barcelona: Masson.

- Wright AF. (1990). A study of the presentation of somatic symptoms in general practice by patients with psychiatric disturbance. *British Journal of General Practice* **40**; 459-463.
- Zung WWK. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* **12**; 63-70.
- Zung WWK. (1990). The role of rating scales in the identification and management of the depressed patient in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry* **51** (suppl 6); 72-76.

ANNEX I.

Self-Rating Depression Scale (SDS), versió castellana

SDS de Zung. Escala Autoaplicada para la Depresión					
Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual	Nunca o casi nunca, raramente	Algunas veces, de vez en cuando	Muchas veces, frecuentemente	Casi siempre o siempre, casi todo el tiempo	Puntuación
Me siento triste y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ahora tengo tanto apetito como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Creo que estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estoy estreñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mi cabeza está tan despejada como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hago las cosas con la misma facilidad que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tengo esperanza y confianza en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me siento más irritable que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encuentro fácil tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me creo útil y necesario para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Creo que sería mejor para los demás si me muriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Puntuación total	
Índice SDS	

ANNEX II.

Criteris diagnòstics per al Episodi depressiu major i per al Trastorn distímic (DSM-IV).

Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, eds. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson

■ Criterios para el episodio depresivo mayor

- A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

■ Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial/en remisión total**
- .9 No especificado**

■ Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante**A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

■ Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico

- A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

- C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

- D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

ANNEX III.

Questionari de Salut SF-12

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL
CUESTIONARIO DE SALUD SF-12.

Copyright© 1994 The health Institute;
New England Medical Center.
All rights reserved.
(SF-12 Spanish (Spain) Standard Version 1.0)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris
IMIM
Doctor Aiguader, 80
E-08003 Barcelona, España
Tel. +34 3 221 10 09
Fax. +34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD. Versión estándar.

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste 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:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

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?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

	1 SÍ	2 NO
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | | | |
| | SÍ | NO | | | |
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

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...

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca | |

ANNEX IV.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

- 100** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 91**
- 90** Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz,
- generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 81**
- 80** Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicossociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
-
- 71**
- 70** Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
-
- 61**
- 60** Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
-
- 51**
- 50** Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
-
- 41**
- 40** Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- -
- 31**
- 30** La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
-
- 21**
- 20** Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
-
- 11**
- 10** Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
-
- 1**
- 0** Información inadecuada

ANNEX V.

**Dictamen del Comitè Ètic d'Investigació de la
Fundació Jordi Gol i Gurina**

ANNEX VI.

**Manuscris, publicacions i comunicacions a congressos
dels resultats d'aquesta tesi**

COMUNICACIONS A CONGRESSOS I JORNADES

- **IV Jornades de Recerca en Atenció Primària. Fundació Jordi Gol i Gurina-Institut Català de la Salut.** Barcelona, 12 i 13 de març de 2003.

Prevalença, expressió i impacte de la depressió en atenció primària [pòster].

Enric Aragonès^a, Rosa Maria Masdéu^a, Sílvia Folch^a, Maria Antònia Gutiérrez^a, Carme Lucena^a, Magda Pino^a, Núria Mèlich^b, Josepa Cervera^a, Josep Lluís Piñol^c, Antonio Labad^d, Yolanda Alonso^d.

^a CAP de Constantí, ^b CAP de Sant Pere i Sant Pau, ^c SAP Reus-Altebrat, ^d Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata

- **6 th WONCA World Rural Health Conference,** Santiago de Compostela, del 24 al 27 de setembre de 2003.

Prevalencia de los trastornos depresivos en atención primaria [pòster].

Enric Aragonès Benaiges^a, Maria Antònia Gutiérrez Pérez^a, Rosa Maria Masdéu Montalà^a, Magdalena Pino Fortuny^a, Josepa Cervera Virgili^a y Antonio Labad Alquezar^b.

^a Centro de Atención Primaria de Constantí, Institut Català de la Salut

^b Unidad de Psiquiatría, Universidad Rovira i Virgili, Reus

Presentación somatizada de los trastornos depresivos en pacientes de atención primaria [pòster].

Enric Aragonès Benaiges^a, Carme Lucena Luque^a, Núria Mèlich Teruel^b, Sílvia Folch Pujol^f, Antonio Labad Alquézar^c y Josep Lluís Piñol Moreso^d

^a Centro de Atención Primaria de Constantí, Institut Català de la Salut, Constantí

^b Centro de Atención Primaria de Sant Pere i Sant Pau, Institut Català de la Salut, Tarragona

^c Unidad de Psiquiatría, Universidad Rovira i Virgili, Reus

^d Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat, Institut Català de la Salut, Reus

- **XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.** Barcelona, del 10 al 13 de diciembre de 2003.

Infradetección e infratratamiento de la depresión en atención primaria [comunicació oral].

Enric Aragonès Benaiges, Rosa Maria Masdeu Montalà, Sílvia Folch Pujol, Magdalena Pino Fortuny, Josepa Cervera Virgili y Carme Lucena Luque.

CAP de Constantí (Institut Català de la Salut)

- **IV Congrés d'Atenció Primària i Salut Mental.** SCMFic. Girona, 18 i 19 de març de 2004.

Presentació somatitzada de la depressió en atenció primària [comunicació oral].

Enric Aragonès Benaiges*, Maria Antònia Gutiérrez Pérez*, Rosa Maria Masdéu Montalà*, Josep Lluís Piñol Moreso**, Núria Mèlich Teruel***, Carme Lucena Luque*.

* CAP de Constantí, SAP Tarragona-Valls, **SAP Reus-Altebrat, ***CAP de Sant Pere i Sant Pau (Tarragona), SAP Tarragona-Valls.

MANUSCRITS I PUBLICACIONS

- **Atención Primaria 2001; 27(9): 623-628**

Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria

E. Aragonès Benaiges, M.A. Gutiérrez Pérez, M. Pino Fortuny, C. Lucena Luque, J. Cervera Virgili e I. Garreta Estrada

Centre d'Atenció Primària de Constantí. Institut Català de la Salut. Tarragona.

- **Actas Españolas de Psiquiatría 2001; 29: 310-316**

Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria.

Aragonès Benaiges E^a, Masdéu Montalà RM^a, Cando Guasch G^b, Coll Borràs G^c.

^a*Centro de Atención Primaria de Constantí. Institut Català de la Salut. Constantí (Tarragona).*

^b*Centro de Atención Primaria de Bonavista. Institut Català de la Salut. Tarragona.*

^c*Hospital Psiquiàtric Universitario Institut Pere Mata. Reus (Tarragona).*

- **Atención Primaria 2003;31(2): 120-125**

Prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria

E. Aragonès Benaiges^a, M.A. Gutiérrez Pérez^a, J.L. Piñol Moreso^b, N.Mèlich Teruel^f, S. Folch Pujol^f y A. Labad Alquézar^c

^a*Centro de Atención Primaria de Constantí. Institut Català de la Salut. Constantí (Tarragona).*

^b*Servicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Tarragona.*

^c*Hospital Psiquiàtric Universitario Institut Pere Mata. Reus (Tarragona). Unidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Reus.*

- **The International Journal of Psychiatry in Medicine 2004; 34 (1): 21-35**

Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain

Enric Aragonès, *Catalan Health Institute, Spain*

Josep Lluís Piñol, *Catalan Health Institute, Spain*

Antonio Labad, *Rovira i Virgili University, Reus, Spain*

Rosa Maria Masdéu, *Catalan Health Institute, Spain*

Magdalena Pino, *Catalan Health Institute, Spain*

Josepa Cervera, *Catalan Health Institute, Spain*

- **Journal of Psychosomatic Reseach**

Somatized depression in primary care outpatients (enviat per publicació).

Enric Aragonès^a, Antonio Labad^{b,c}, Josep Ll. Piñol^d, Carme Lucena^a, and Yolanda Alonso^b

^a *Constantí Primary Care Centre, Catalan Health Institute, Spain*

^b *University Psychiatric Hospital "Institut Pere Mata", Reus, Spain*

^c *Unit of Psychiatry, Rovira i Virgili University, Reus, Spain*

^d *Reus-Altebrat Primary Health Care Service, Catalan Health Institute, Spain*

- **The International Journal of Psychiatry in Medicine**

Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain (enviat per publicació)

Enric Aragonès, *Constantí Primary Care Centre, Catalan Health Institute, Spain*

Josep Lluís Piñol, *Reus-Altebrat Primary Health Care Service, Catalan Health Institute, Spain*

Antonio Labad, *Rovira i Virgili University, Reus, Spain*

Sílvia Folch, *Constantí Primary Care Centre, Catalan Health Institute, Spain*

Núria Mèlich, *Sant Pere i Sant Pau Primary Care Centre, Tarragona, Catalan Health Institute, Spain*

ANNEX VII.

Beques i Premis

- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (Ajut a la Recerca, 2001)
Enric Aragonès^a, Antonio Labad^b, Rosa Maria Masdéu^a, Silvia Folch^a, Jordi Bladé^c.
^a CAP de Constantí, ^b Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata, ^c SAP Tarragona-Valls
- Fundació Jordi Gol i Gurina (IV Ajut a la Recerca en Atenció Primària, 2002-2003).
Enric Aragonès^a, Rosa Maria Masdéu^a, Silvia Folch^a, Maria Antònia Gutiérrez^a, Carme Lucena^a, Magda Pino^a, Núria Mèlich^b, Josepa Cervera^a, Josep Lluís Piñol^c, Antonio Labad^d.
^a CAP de Constantí, ^b CAP de Sant Pere i Sant Pau, ^c SAP Reus-Altebrat, ^d Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata
- Red Española de Atención Primaria (IV Beca para la Investigación en Atención Primaria, 2002).
Enric Aragonès^a, Rosa Maria Masdéu^a, Silvia Folch^a, Maria Antònia Gutiérrez^a, Carme Lucena^a, Magda Pino^a, Núria Mèlich^b, Josepa Cervera^a, Josep Lluís Piñol^c, Antonio Labad^d.
^a CAP de Constantí, ^b CAP de Sant Pere i Sant Pau, ^c SAP Reus-Altebrat, ^d Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata
- Fondo de Investigaciones Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, España (Exp. PI202162) (2002-2004)
Enric Aragonès^a, Rosa Maria Masdéu^a, Silvia Folch^a, Maria Antònia Gutiérrez^a, Carme Lucena^a, Magda Pino^a, Núria Mèlich^b, Josepa Cervera^a, Josep Lluís Piñol^c, Yolanda Alonso^d.
^a CAP de Constantí, ^b CAP de Sant Pere i Sant Pau, ^c SAP Reus-Altebrat, ^d Hospital Psiquiàtric Institut Pere Mata
- Fundació Jordi Gol i Gurina i Institut Català de la Salut: Beca predoctoral (2002-2003).
Enric Aragonès Benaiges^a
^a CAP de Constantí