

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^a, S. Folch Pujol^a y A. Labad Alquézar^c

Objetivo. Determinar la prevalencia y formas de expresión clínica de los trastornos depresivos en los pacientes de atención primaria. Analizar la infradetección de la depresión por los médicos de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, muestreo en dos fases.

Emplazamiento. Consultas de atención primaria representativas del ámbito geográfico del Camp de Tarragona.

Participantes. Mil pacientes consecutivos que visitan a su médico por cualquier motivo constituyen la muestra de la primera fase, de los que 350 pasan a la segunda fase (todos los resultados positivos en el test de cribado de la depresión más 1/7 aleatorio de los negativos).

Mediciones principales. La primera fase consistirá en el cribado de la muestra para trastornos depresivos con la Self-Rating Depression Scale de Zung. En la submuestra que pasará a la segunda fase se aplicará la entrevista psiquiátrica Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders para establecer los diagnósticos de trastornos depresivos y otros trastornos psiquiátricos comórbidos, así como una batería de cuestionarios específicos para averiguar motivos de consulta y forma de presentación de un eventual trastorno depresivo, 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.

Discusión. El estudio permitirá comprobar la validez para nuestros pacientes de asunciones previas sobre la depresión en atención primaria obtenidas de estudios en otros países con estructuras sanitarias y condicionantes sociales y culturales diferentes, así como diversos conocimientos extrapolados de estudios del ámbito especializado.

Palabras clave: Trastorno depresivo. Trastorno distímico. Comorbilidad. Calidad de vida. Trastorno de somatización. Atención primaria de salud.

PREVALENCE, EXPRESSION AND IMPACT OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY CARE

Objective. To determine the prevalence and forms of clinical expression of depressive disorders in primary care patients. To analyse the under-detection of depression by primary care doctors.

Design. Descriptive and transversal study, with two-stage sampling.

Setting. Primary care consultations in the Camp de Tarragona area.

Participants. 1000 consecutive patients visiting their doctor for any reason will make up the first-stage sample. Of these 350 go on to the second stage (all the positive results in the screening for depression test plus a random one-seventh of the negative results).

Main measurements. The first stage will consist of the screening of the sample for depressive disorders with Zung's Self-Rating Depression Scale. In the sub-sample that will go on to the second stage, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders will be used to establish diagnoses of depressive disorders and other co-morbid psychiatric disorders. There will also be a range of specific questionnaires to find reasons for consultation and the form of presentation of an eventual depressive disorder, medical co-morbidity, medication taken, use of health services, the functional and vital repercussions of depression. A questionnaire for the patient's G.P. will assess and detect depression.

Discussion. The study will enable us to check the validity for our patients of pre-suppositions on depression in primary care obtained from studies in other countries with different health structures and social and cultural conditioners, and to find diverse information extrapolated from specialist studies.

Key words: Depressive disorder. Dysthymic disorder. Co-morbidity. Quality of life. Somatization disorder. Primary health care.

^aCentro de Atención Primaria de Constantí. Institut Català de la Salut. Constantí (Tarragona). España.

^bServicio de Atención Primaria Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut. Tarragona. España.

^cHospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata. Reus (Tarragona). Unidad de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. España.

Correspondencia:
Enric Aragonès Benaiges.
CAP de Constantí.
C/ Dels Horts, 6.
43120 Constantí (Tarragona).
España.

Correo electrónico:
earagones@saptarra.scs.es

Enric Aragonès Benaiges, investigador principal, disfruta de una beca predoctoral (2002-2003) concedida por la Fundació Jordi Gol i Gurina.

El proyecto ha recibido los siguientes premios y ayudas:

«Ajut a la Recerca» de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (2001), «Ajut a la Recerca en Atenció Primària» de la Fundació Jordi Gol i Gurina (2002-2003), «Beca para la Investigación en Atención Primaria» de la Red Española de Atención Primaria (2002).

Manuscrito recibido el 15 de julio de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 15 de julio de 2002.

Proyecto financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI020162).

Introducción

La depresión es el trastorno de salud mental más frecuente y relevante en atención primaria. En nuestro entorno^{1,2}, uno de cada 5 pacientes consecutivos atendidos en una consulta de atención primaria presentaría un trastorno depresivo, la mayor parte de ellos de forma comórbida con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad y abuso de sustancias³. Es en este nivel asistencial donde se maneja la mayor parte de los casos de depresión y, sin embargo, se ha constatado que, a menudo, los pacientes deprimidos no manifiestan explícitamente su malestar psicológico y los médicos de atención primaria no detectan una proporción importante de los casos⁴, que permanecen ajenos a los beneficios de una intervención terapéutica efectiva.

Este proyecto pretende contribuir a la comprensión del fenómeno de la depresión y sus particularidades en el ámbito de la atención primaria.

Objetivos

Analizar la presencia y expresión del fenómeno depresivo en los pacientes atendidos en atención primaria en nuestro medio. En concreto:

1. Determinar la prevalencia de los trastornos depresivos (depresión mayor, distimia, depresión menor y trastorno mixto ansiosodepresivo) en atención primaria.
2. Describir la naturaleza y expresión de los trastornos depresivos (presentación clínica, perfil sintomático, gravedad, repercusión funcional, impacto en la calidad de vida).
3. Evaluar la comorbilidad entre depresión y otros trastornos mentales (trastornos de ansiedad, de somatización y de abuso/dependencia del alcohol) e identificar sus factores determinantes.

4. Determinar el grado de detección y no detección de los trastornos depresivos por parte de los médicos de atención primaria e identificar sus factores determinantes.

Método

Emplazamiento

Consultas médicas en 10 centros de atención primaria del ámbito geográfico del Camp de Tarragona que atienden distintos tipos de población (rural, urbana, zona turística...), en centros de diversa tipología (docentes, no docentes) y en distintas franjas horarias (tabla 1).

Sujetos de estudio

Muestra compuesta por todas las visitas consecutivas realizadas por cualquier motivo en cada una de las consultas seleccionadas durante un período determinado. Son elegibles los pacientes de 18-70 años, adscritos al centro y que no acuden por motivo exclusivamente administrativo, y se considera motivo de exclusión la existencia de limitación física, psíquica, cultural o enfermedad concurrente que haga imposible la aplicación de las pruebas del estudio o haber participado en una visita anterior en el muestreo.

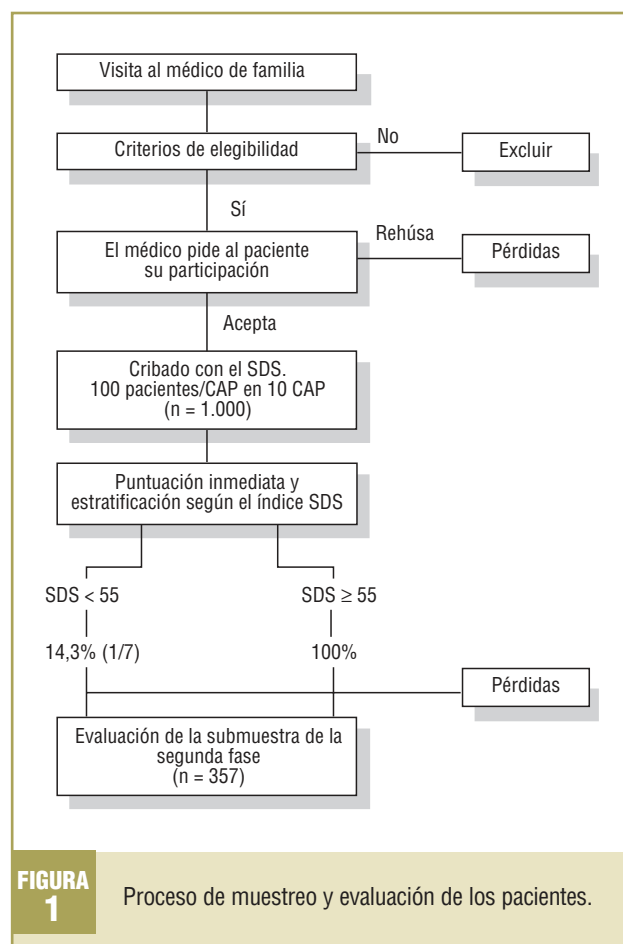
Diseño del estudio

Estudio observacional de tipo transversal, con un diseño en dos fases⁵ (fig. 1): una primera fase de cribado con un test sencillo que nos permite clasificar a los individuos de la muestra inicial en «probables casos» y «probables no casos» y una segunda fase en la que se examina en detalle una submuestra estratificada según las puntuaciones obtenidas en el cribado previo.

Pasan a la segunda fase todos los sujetos con un resultado positivo en el cribado más 1/7 aleatorio de los resultados negativos. La mayor representación en la submuestra de la

TABLA 1
Centros de atención primaria donde se realiza el estudio y características de éstos

Centro de atención primaria	Ubicación	Tipo de población	Consultas médicas participantes	Otras características
CAP Sant Pere 1	Reus (Baix Camp)	Urbano	6, de mañana	
CAP Sant Pere 2	Reus (Baix Camp)	Urbano	1, de tarde	Centro docente de MFyC
CAP Riera Miró	Reus (Baix Camp)	Urbano	2, de tarde	Centro docente de MFyC
CAP El Morell	El Morell (Tarragonès)	Rural	2, de mañana	
CAP Constantí	Constantí (Tarragonès)	Rural	1 de mañana y 1 de tarde	
CAP Salou	Salou (Tarragonès)	Municipio turístico	2, de mañana	
CAP La Granja	Tarragona (Tarragonès)	Barrio residencial suburbano	2, de mañana	Centro docente de MFyC
CAP Bonavista	Tarragona (Tarragonès)	Barrio residencial suburbano	2, de tarde	
CAP St. Pere i St. Pau	Tarragona (Tarragonès)	Barrio residencial suburbano	2, de tarde	
CAP Alt Camp Oest	Alcover (Alt Camp)	Rural	2, de mañana	Centro autogestionado



segunda fase de los individuos con resultado positivo en el cribado es habitual en los estudios epidemiológicos psiquiátricos y tiene como finalidad detectar el mayor número absoluto posible de casos de depresión para el análisis de las distintas variables. La proporción de pacientes con cribado negativo que pasan a la segunda fase permite corregir las estimaciones, teniendo en cuenta los falsos negativos del test así como contar con un grupo «control» de pacientes no deprimidos en el que estén representados tanto los falsos positivos (cribado positivo) como los verdaderos negativos (cribado negativo).

Tamaño de la muestra

En la determinación del tamaño muestral se ha tenido en cuenta la necesidad de obtener estimaciones de prevalencia de los distintos tipos de trastornos depresivos y contar con la suficiente potencia estadística en las comparaciones entre pacientes deprimidos y no deprimidos y entre cuadros detectados y no detectados. Basándonos en datos de un estudio previo⁶ y usando como test de cribado la Self-Rating Depression Scale (SDS) de Zung con punto de corte ≥ 55 , estimamos que, en una muestra inicial de 1.000 pacientes, 250 resultarían positivos (160 verdaderos positivos) y 750 negativos (30 falsos negativos), lo que da lugar a una preva-

lencia del 19%. Los positivos y 1/7 de los negativos configuran una submuestra que pasa a la segunda fase ($n = 357$). Aplicando a estas estimaciones la ecuación propuesta por Pickles et al⁷ para el cálculo de la variancia no sesgada por el muestreo en doble fase, obtendremos una precisión de $\pm 3,5\%$. Identificaremos un total de 164 pacientes con depresión, de los que 3/4 serán casos de depresión mayor y 1/4 de distimia, y aproximadamente la mitad de ellos no habrán sido identificados por su médico de cabecera, cifras que son suficientes para las comparaciones y análisis estadísticos derivados de los objetivos planteados.

Reclutamiento y evaluación de los sujetos (fig. 1)

Durante un período determinado, habitualmente 10 días, un equipo de entrevistadores se ubica en el centro de atención primaria seleccionado. Durante ese período, el médico de cabecera colaborador examina la elegibilidad de cada paciente y, al finalizar la visita, le solicita la participación en el estudio. Si acepta, un entrevistador aplica el test de cribado. El test se puntúa de inmediato y se aplica la regla de estratificación para la segunda fase. Si el paciente resulta seleccionado, de forma inmediata se aplica la batería de pruebas que constituyen la segunda fase.

Estudio piloto^{1,6}

Cribamos una muestra de 350 pacientes con el SDS en 4 centros de atención primaria y, en una segunda fase, aplicamos la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), en sus apartados de depresión mayor y distimia, a una submuestra compuesta por todos los pacientes con cribado positivo y 1/3 aleatorio de los negativos. La participación fue del 92,1% en la primera y del 97,9% en la segunda fase. Obtuvimos datos para seleccionar el punto de corte idóneo para el cribado en este proyecto. Para un índice SDS ≥ 55 la sensibilidad fue de 0,83, la especificidad de 0,89, el valor predictivo positivo de 0,64 y el valor predictivo negativo de 0,96.

Definición de variables e instrumentos de medida (tabla 2)

Primera fase. Aplicamos como criba el SDS de Zung en versión española⁸. Este es un clásico cuestionario para la detección y medida de la depresión. Es autocumplimentable y consta de 20 ítems que exploran la presencia de síntomas depresivos en el momento actual o recientemente.

Segunda fase. Consiste en una evaluación exhaustiva de los pacientes seleccionados con una batería de cuestionarios y escalas y con una entrevista psiquiátrica estructurada.

El paciente es interrogado acerca de los motivos de consulta y síntomas presentes que son clasificados en: a) síntomas psicológicos/conductuales o b) síntomas somáticos, siguiendo la clasificación internacional en atención primaria CIAP-2⁹. Para cada síntoma somático se formula la pregunta: «¿A qué atribuye usted estos síntomas de ...?» y se clasifica la respuesta en: a) a problemas psicológicos/socia-

TABLA 2
Instrumentos usados en el estudio y principales áreas de evaluación

Fase	Instrumento	Área de evaluación
Primera fase: muestreo y cribado	Formulario de muestreo	Edad, sexo
		Motivos de inelegibilidad, rechazos
	Cuestionario sociodemográfico	Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, clase social
		Síntomas depresivos
Segunda fase	Cuestionario	Intensidad sintomática
		Enfermedades crónicas
		Consumo de medicamentos
		Tratamiento antidepressivo
		Frecuentación y uso de servicios sanitarios:
		Visitas al médico de atención primaria
		Visitas a urgencias
		Visitas a salud mental
		Días de actividad restringida por problemas de salud
		Motivos de consulta/síntomas presentes
		Atribución causal de los síntomas somáticos presentes
		Calidad de vida relacionada con la salud: salud general, componente de salud física y componente de salud mental
		Diagnóstico de trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno mixto ansioso-depresivo
		Otros diagnósticos psiquiátricos: abuso/dependencia de alcohol, trastorno de angustia con/sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de somatización
		Síntomas presentes
		Evolución y gravedad clínica
		Comorbilidad psiquiátrica
	Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)	Repercusión funcional de los trastornos mentales (eje V del DSM-IV)
	Cuestionario al médico de cabecera	Diagnóstico de trastorno depresivo según el juicio clínico del médico de cabecera
	Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI)	Gravedad global de la patología somática del paciente

les o b) a problemas somáticos. Si la atribución es somática se indaga: «¿Cree usted que los nervios o preocupaciones tienen algo que ver en la causa de su problema ...?» y se clasifica la respuesta en atribución psicológica o atribución somática. Si después, en la entrevista psiquiátrica, se llega al diagnóstico de un trastorno depresivo, esta información servirá para clasificar la forma de presentación de la depresión según los criterios de Bridges y Goldberg¹⁰ (tabla 3).

El SF-12 es un cuestionario para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud¹¹. De los algoritmos de puntuación de éste se derivan dos calificaciones: los componentes de salud física y de salud mental. Incluye una escala que evalúa la autopercepción del estado de salud general del paciente.

La SCID-I¹² es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del eje I del

DSM-IV. Se basa en preguntas que obtienen información para que el entrevistador, haciendo uso de su juicio clínico, pueda concluir sobre la presencia o la ausencia de cada criterio diagnóstico. Unos algoritmos dirigen el curso de la entrevista según las respuestas obtenidas.

Consideramos los diagnósticos específicos de: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastornos por abuso/dependencia del alcohol, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de somatización. Además, investigamos los diagnósticos subumbral de trastorno depresivo menor y trastorno mixto ansiosodepresivo.

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), incluida en la SCID, mide la repercusión funcional sobre el nivel general de actividad del sujeto de los problemas de salud mental presentes (eje V del DSM-IV)¹³.

TABLA 3 Relación entre la presentación clínica de los trastornos depresivos y la patología orgánica

1. Depresión con presentación psicológica, en la que los síntomas presentes son de naturaleza psicosocial o son síntomas somáticos atribuidos espontáneamente por el paciente a un origen psicosocial
2. Depresión somatizada (facultativa), en la que hay una presencia exclusiva de quejas somáticas, que son plausiblemente de origen psicosocial y puede esperarse que un abordaje terapéutico del problema psicológico mejoraría los síntomas. La atribución espontánea del paciente es a un origen somático, pero si se indaga el paciente admite un origen psicológico para sus síntomas
3. Depresión somatizada (verdadera), con los mismos criterios que en 2, excepto que el paciente no admite un posible origen psicológico para sus síntomas aun cuando se sugiera explícitamente esta posibilidad
4. Trastorno orgánico y trastorno depresivo no relacionado
5. Trastorno orgánico y trastorno depresivo secundario a él

Adaptado de Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. J Psychosom Res 1985;29:563-569, y Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. J Nerv Ment Dis 1991;179:647.

En cada paciente que ha pasado a la segunda fase su médico cumplimenta un cuestionario. En él se le pide su juicio acerca de la presencia o ausencia de un trastorno depresivo. Además, incluye la escala de valoración de la gravedad global Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI)¹⁴. Se trata de un instrumento genérico para la medida de la gravedad y comorbilidad en el que para cada diagnóstico (en este protocolo sólo diagnósticos somáticos) se asigna una puntuación según los síntomas, complicaciones, pronóstico y respuesta esperada al tratamiento. El resultado es un valor de gravedad, en este caso somática, entre 0 y 100.

Estrategia de análisis

Para la estimación de parámetros poblacionales, p. ej., tasas de prevalencia, los análisis se basarán en datos ponderados. El uso de ponderaciones muestrales es necesario para obtener estimaciones no sesgadas de la frecuencia de presentación de los distintos trastornos en la población diana. Las ponderaciones se obtendrán según las probabilidades de selección para la segunda fase determinadas por el resultado del test de cribado.

Para las estimaciones insesgadas de variancias, desviaciones estándar, intervalos de confianza y pruebas de significación deberemos tener en cuenta que la muestra no se ha obtenido por un muestreo aleatorio simple, sino por el proceso en doble fase descrito, con diferentes probabilidades de selección de los sujetos según la puntuación en el test de cribado⁷.

Usaremos el análisis de regresión logística no condicional para identificar los factores determinantes de las variables principales.

Discusión

Limitaciones del diseño

Debemos hacer unas consideraciones acerca de las dificultades en la generalización de los resultados derivadas de la

obtención de la muestra y de su representatividad. Primero, la elección de las consultas donde se realiza el muestreo se ha limitado a un ámbito geográfico concreto, el Camp de Tarragona, y ha sido por las facilidades y posibilidades de colaboración obtenidas. Aun intentando que el conjunto sea variado en sus características, que tenga una apariencia de representatividad y evitando centros o consultas de características «extremas», nos hallamos ante impresiones cualitativas difíciles de objetivar.

Segundo, el universo muestral no es el conjunto de los pacientes atendidos en atención primaria, sino que son visitas consecutivas. Por tanto, cualquier generalización deberá hacerse al conjunto de visitas consecutivas pero no a la población consultante ni, mucho menos, a la población general¹⁵. Si hablamos de prevalencia nos referimos a la frecuencia con que un trastorno se presenta en los pacientes consecutivos en el ámbito de la atención primaria, no a una verdadera prevalencia poblacional. Sin embargo, si tenemos en cuenta el origen de la muestra podremos interpretar correctamente los resultados y obtendremos una descripción de la realidad de la consulta, tal como se nos presenta a los médicos de familia en el quehacer diario.

Tercero, un número elevado de pérdidas de pacientes puede introducir un sesgo y comprometer la validez de los resultados¹⁶. En este diseño es el propio médico de cabecera quien solicita la participación a sus pacientes y todo el proceso de muestreo y evaluación se lleva a cabo a continuación de la visita, sin precisar citas posteriores. Esta estrategia pretende, precisamente, minimizar las pérdidas y ha sido útil en el estudio previo^{1,6}.

En investigación psiquiátrica existe una dificultad metodológica para establecer diagnósticos de validez incontrovertible, y en los estudios en atención primaria se añade la dificultad de que los instrumentos y clasificaciones diagnósticas se han desarrollado en el ámbito especializado¹⁷. Aquí usamos los criterios del DSM-IV evaluados mediante una entrevista estructurada (SCID) y así, al menos, garantizamos la fiabilidad y comparabilidad de los diagnósticos. Pero en la comunidad o en atención primaria se ha señalado la dificultad de establecer el umbral de significa-

ción clínica para formular un diagnóstico, aun cuando pueda existir el número de síntomas exigidos en los criterios diagnósticos¹⁸. Sin embargo, además de la SCID, usamos otros instrumentos para evaluar la intensidad sintomática y el impacto de la depresión (SDS, EEAG, SF-12...) y podremos acercarnos al significado e importancia clínica de los diagnósticos de depresión formulados.

Usamos algunos instrumentos que, si bien se han utilizado previamente en investigación epidemiológica, no cuentan con una constatación explícita de validez en nuestro ámbito cultural y asistencial. En el diseño de la investigación hemos recurrido a la utilización de diversos instrumentos que miden, concurrentemente, múltiples variables de manera que una misma característica puede ser evaluada por más de un método. La disponibilidad de mediciones alternativas de un mismo constructo nos facilitará detectar artefactos en las mediciones debidos a los instrumentos.

Aplicabilidad e interés de los resultados

Se trata del primer estudio de esta envergadura centrado en los trastornos depresivos en el ámbito de la atención primaria que se lleva a cabo en este país. Permitirá comprobar la validez para nuestros pacientes (en nuestro medio geográfico y cultural y en nuestro nivel asistencial) de asunciones previas sobre los trastornos depresivos en atención primaria formuladas a partir de estudios realizados en otros países con estructuras sanitarias y condicionantes sociales y culturales diferentes, así como diversos conocimientos extrapolados y generalizados a partir de estudios llevados a cabo en el ámbito especializado. Proporcionará información útil para la planificación de aspectos de la formación y del perfil profesional idóneo del médico de familia y para definir el nivel de resolución adecuado a la prevalencia y naturaleza de la depresión en atención primaria.

Bibliografía

1. Aragonès Benaiges E, Gutiérrez Pérez MA, Pino Fortuny M, Lucena Luque C, Cervera Virgili J, Garreta Estrada I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:623-8.
2. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999;23:275-9.
3. Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:267-76.
4. Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, Díez-Manrique JF. El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:87-95.
5. Vázquez-Barquero JL. Los estudios comunitarios de salud mental: su diseño y ejecución. En: González de Rivera JL, Rodríguez F, Sierra A, editores. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson, 1993.
6. Aragonès Benaiges E, Masdéu Montalà RM, Cando Guasch G, Coll Borràs G. Validez diagnóstica de la Self-Rating Depression Scale de Zung en pacientes de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:310-6.
7. Pickles A, Dunn G, Vázquez-Barquero JL. Screening for stratification in two-phase («two-stage») epidemiological surveys. *Stat Meth Med Res* 1995;4:73-89.
8. Conde V, Esteban T. Revisión crítica de dos adaptaciones castellanas de la «Self-Rating Depression Scale» (SDS) de Zung. *Arch Neurol Biol (Madr)* 1973;36:375-92.
9. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional en Atención Primaria 2.ª versión. Barcelona: Masson, 1999.
10. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
11. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (versión clínica) SCID-I. Barcelona: Masson, 1999.
13. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;9:1148-56.
14. Fernández de Sanmamed Santos MJ, Martínez Cantarero C, Puig Manresa J. ¿Cómo están de enfermos mis pacientes? *Aten Primaria* 1996;17:531-40.
15. Gervas J, Pérez M, García P, Abaira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Aten Primaria* 1990;7:346-8.
16. Kessler RC, Little RJA, Groves RM. Advances in strategies for minimizing and adjusting for survey nonresponse. *Epidemiologic Rev* 1995;17:192-204.
17. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS, Farmer ME, Knauper B, Kessler RC, et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:109-15.
18. Frances A. Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:119.