



FORMACIÓN CONTINUADA – TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Diagnostica la depresión antes

D.M. Campagne



Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Recibido el 13 de febrero de 2017; aceptado el 18 de abril de 2017
Disponible en Internet el 20 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Cribado;
Depresión;
Diagnóstico;
Medicina de familia;
Programa

Resumen La investigación de la última década constata que en Occidente – y también en España – la depresión sigue infradiagnosticada, aunque una importante parte de las consultas médicas a primer nivel se relacionan con salud mental. Las causas del reducido acierto diagnóstico se atribuyen a una falta de tiempo y medios, además de una insuficiente preparación específica que se combina con la falta de una base de datos con información clínica continua en cuanto a salud mental.

Es evidente el interés clínico del más ágil diagnóstico que resulta del manejo de datos sobre la base de un cribado selectivo voluntario y la evaluación continuada de la depresión en adultos, como es de aplicación en países de nuestro entorno.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary care;
Screening;
Depression;
Diagnostic;
Family physician;
Program

An earlier diagnosis of depression

Abstract Data of the last decade indicate that, in the Western world and also in Spain, an important part of general practitioners' consultations are related to mental health, but depression is consistently underdiagnosed. Causes are lack of time and back-up, as well as lack of specific training. In Spain, there is no national health service primary care database with actualized clinical information as to mental health.

There is evident clinical interest in a more agile diagnostic, resulting from a recollection of data from voluntary selective screening and continuing evaluation of adult depression along the model used by other National Health Systems.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Correo electrónico: dmcampagne@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.04.013>

1138-3593/© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Aunque la depresión es una de las condiciones médicas crónicas más comunes encontradas en la atención primaria, un porcentaje notable de casos queda sin diagnosticar o es diagnosticado tarde. Este problema generalizado abarca muchos millones de casos al año en el mundo. Solo la prevalencia-año del trastorno de depresión mayor entre adultos, sin contar los casos menos graves, está entre el 4 y el 10%, un dato medido tanto en España como en el mundo, mientras la prevalencia-vida llega al 10-20%¹⁻⁴. A partir de los 65 años la incidencia es notablemente mayor. En general, e independientemente del nivel económico nacional o personal, los factores edad, género y estado marital se han demostrado relevantes, dando lugar a cohortes con prevalencias generalizadas.

Método

Se efectuaron búsquedas, con las palabras clave, en las bases de datos médicos y psicológicos PubMed/Medline, Scopus, Cochrane Database y PsycINFO, sin límite de idioma. Se incluyeron trabajos publicados desde 2000 hasta septiembre de 2016, con $N < 50$ y de suficiente calidad psicométrica. Se incluyeron los métodos que se aplican en otros países con que mejorar la eficacia diagnóstica en atención médica de primer nivel. Enlaces primarios: 589; trabajos considerados: 202.

Este trabajo considera generalizables las pautas y tendencias en cuanto al trato clínico de los trastornos depresivos, por lo cual se basa en datos y resultados de estudios europeos y estadounidenses, además de españoles.

Cambios en el lugar del diagnóstico

En los últimos años, el lugar donde se produce el diagnóstico y manejo de la depresión y sus causas se ha trasladado bruscamente desde el despacho del psiquiatra hacia la consulta del médico de familia. El porcentaje total de visitas al médico de familia que resultaron en una prescripción de medicación psicotrópica/psicoactiva ha aumentado en las últimas décadas de forma significativa⁵. Concretamente, el número de prescripciones de antidepresivos se duplicó en el mundo occidental a partir de la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y fueron y son los médicos de familia los profesionales relacionados con la mayor parte de este incremento. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>) del Ministerio de Sanidad, el consumo de antidepresivos en España se triplicó en el período 2000-2013.

Deficiencias en los protocolos de diagnóstico

Entre los especialistas en salud mental y los profesionales de atención primaria existen prácticas y protocolos diferentes en cuanto a cómo diagnosticar y cómo tratar la depresión. Ambos sectores preferirían una colaboración que compartiera datos objetivos y técnicas eficaces, ya que

el paciente actualmente puede que no reciba la atención profesional precisa para un tratamiento eficaz⁶. En España se ha publicado por parte de la Seguridad Social que «los médicos de atención primaria muestran profundos déficits en cuanto a procedimientos y conocimientos relacionados con la depresión»⁷. Estudios recientes establecieron que un mejor tratamiento del paciente con depresión se consigue:

- 1) Con el uso diagnóstico de algoritmos (cuestionarios) validados.
- 2) Con la atención por parte de un profesional con una adecuada formación en el tema.
- 3) Con un equipo de atención primaria predispuesto a aplicar el protocolo establecido, a pesar de las posibles carencias profesionales existentes⁸.

Sin embargo, y aunque los datos pidan mejoras urgentes, prima que el profesional sea consciente de que la depresión sigue estando notablemente infrarreconocida en la medicina de familia. Un metaanálisis transnacional de 31 estudios, con un total de 52.513 pacientes, encontró que los médicos de familia detectaron menos de la mitad de los casos de distimia o depresión menor, con una peor precisión diagnóstica en los pacientes mayores, comparada con los adultos de mediana edad⁹, lo cual significa que, dada la mayor incidencia en los mayores de 65 años, este grupo queda esencialmente desatendido.

Diferencias en el concepto de depresión

La extensión del problema y los limitados avances conseguidos en el último decenio precisan alumbrar sus causas fundamentales. Según la investigación, los médicos de familia diagnostican la depresión de una forma singular. Suelen considerarla en el contexto de los demás aspectos de la salud y de las circunstancias sociales del paciente, y sin usar criterios o algoritmos diagnósticos formales o usarlos en menor medida que los psiquiatras o los psicólogos. Esta aproximación difusa holística y centrada en el paciente puede tener valor y utilidad de evaluación en general, pero en depresión los resultados clínicos mejoran notablemente cuando se efectúa un cribado selectivo de depresión en adultos que tienen una primera indicación para ello, según las recomendaciones actuales¹⁰.

Es significativo que los médicos de familia mayoritariamente consideran la depresión como una consecuencia de circunstancias vitales abrumadoras para el paciente, y menos como la manifestación de un desequilibrio bioquímico. Sin embargo, esta aproximación se invierte en cuanto se trata de pacientes sin un estrés vital considerable, en cuyos casos los médicos se muestran más propensos a considerar un diagnóstico de depresión por trastorno bioquímico. Recordemos que la teoría subyacente al tratamiento con antidepresivos químicos es que la depresión –aunque siempre con una causa y/o un componente psicológico importante – se relaciona con desequilibrios serotoninérgicos, dopaminérgicos y/o noradrenérgicos, corregibles mediante la administración de estos neurotransmisores o incrementando su permanencia en lugares intra-, inter-, pre- o postsinápticos.

En atención primaria, el procedimiento de diagnóstico de la depresión también se suele ver de carácter idiosincrático. Depende tanto del médico como del tipo de paciente y del tipo de síntomas. La mayor parte de los profesionales combinan la apreciación de síntomas considerados depresivos a la vez que determinados síntomas físicos, y consideran su diagnóstico y tratamiento como un conjunto. Un número más reducido informa que solo suelen diagnosticar una depresión cuando se ha excluido cualquier causa orgánica para los síntomas, o sea, un «diagnóstico de último recurso». Este último grupo llegaría a un diagnóstico de depresión solo después de varias visitas a la consulta, y no suele utilizar instrumentos de cribado para la depresión. Esta situación da lugar a críticas explícitas desde la psicología («Insistir en una visión de la depresión como enfermedad y ofrecer como alternativa los psicofármacos es un error», entrevista a Jorge Barraca, Infocop 29/06/2012) y quiere subrayar que los trastornos depresivos son afecciones mentales, aunque con consecuencias biológicas y un tratamiento tanto psicológico como médico.

El cribado facilitador

Como decimos, se ha constatado que generalmente se diagnostica un trastorno de depresión sin la ayuda de criterios formales, y pocas veces se utiliza un cribado, aunque desde hace tiempo y en una continuidad de estudios los valores psicométricos de cribado se comprobaron adecuados para –por ejemplo– detectar la depresión en mayores^{11,12}. La mayoría de los profesionales justifican esta actitud clínica poco sistematizada afirmando que a su juicio no existen métodos formales para determinar la depresión de una forma efectiva, opinión no respaldada por la evidencia. A la vez, en la práctica clínica se considera que la experiencia es lo que más importa para llegar a un correcto diagnóstico de depresión. Las categorías diagnósticas formales para la depresión, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, son consideradas de poca relevancia práctica para el tratamiento de los pacientes, aunque contra la evidencia.

Aquí es preciso distinguir entre aplicar un cribado con la finalidad de identificar casos positivos en toda una determinada población y el *cribado como técnica identificativa* de un riesgo elevado en una persona determinada. La investigación ha confirmado que el cribado de una población es eficaz, pero solo cuando esté disponible una suficiente estructura terapéutica para el tratamiento de los pacientes. De lo contrario, el cribado podría tener consecuencias negativas. Por esta razón, el estadounidense Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos (la U. S. Preventive Services-Task Force) recomendó en 2009 su uso solo cuando el apoyo esté garantizado, aunque respalda el cribado en personas individuales¹⁴. En estos casos, al mostrar algún signo o síntoma posiblemente indicativo de un trastorno anímico, se aplica el cribado.

Diversos estudios mostraron que el uso de instrumentos de cribado puede mejorar la tasa de diagnóstico en un 38%. Obviamente, esta mejora no necesariamente se refleja en un mejor desarrollo a medio plazo del tratamiento, debido a las limitadas posibilidades de tratamiento adecuado más allá de lo más básico. El método de cribado más sencillo consiste

en las 2 preguntas de Whooley, con respuesta dicotómica (sí/no) y punto de corte de 1:

- «Durante el pasado mes: ¿se ha sentido desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a?».
- «Durante el pasado mes: ¿ha tenido poco interés o ha disfrutado poco haciendo cosas?».

Debido a sus propiedades psicométricas, las preguntas han sido recomendadas para la identificación de la depresión en pacientes con factores de riesgo¹⁰. Ya antes se recomendaron estas sencillas preguntas para el cribado de la depresión en el embarazo¹³. En EE. UU. la primera recomendación –condicionada– para usar este cribado a nivel nacional se produjo en 2009, por parte del citado estadounidense U. S. Preventive Services Task Force¹⁴. También se recomendó su aplicación a nivel nacional en 2013 en Canadá, por parte del «hermano», la Canadian Task Force on Preventive Health Care¹⁵. Son recomendaciones nacionales basadas en una sólida evidencia clínica.

La consulta de medicina familiar es donde una atención algorítmica, en la forma de un cuestionario validado, combinaría bien con la atención personal al paciente individual. Por ello, y en cuanto a la depresión, el trato centrado en el paciente no presenta conflicto con el uso de un programa de cribado que use instrumentos sencillos y eficaces, así como la implicación en ello del personal auxiliar. En efecto, una implementación amplia de un programa así sistematizado aportaría una mayor probabilidad de detectar la depresión antes en el tiempo, sin reducir la calidad de la relación paciente/médico. Con los limitados recursos humanos y de apoyo, es preciso aplicar protocolos eficaces.

No subestimar la depresión

Cuando sí se ha llegado a la conclusión evidenciada de que se trata de una depresión clínica, ergo de un trastorno de depresión, el médico puede tener dudas en cuanto a cómo comunicar este diagnóstico al paciente. Puede considerar que el paciente –incluso la persona joven– se resistiría a aceptar tal diagnóstico y puede mostrarse más reacio a comenzar un tratamiento por miedo al estigma social asociado con ello¹⁶. Por ende, para quitarle peso emocional ante el paciente, el profesional puede que intente reducir la importancia del diagnóstico y de su tratamiento, una actitud compartida con los pacientes mismos. Un estudio canadiense de 2015 constató que más del 50% de los trabajadores no veían necesidad de tratamiento para sus síntomas depresivos, causando con ello una notable pérdida de productividad¹⁷. Esta recíproca «bagatelización» de un trastorno depresivo puede causar una adherencia menor, irregular o nula al tratamiento y un incremento notable de los efectos secundarios de la medicación¹⁸ o del trastorno mismo. Puede provocar que una depresión leve se convierta en una mayor, con sus riesgos adicionales.

Por tanto, la preocupante realidad es que la atención médica primaria no logra reconocer la depresión en los pacientes en un grado considerado suficiente¹⁹⁻²¹.

Uso diagnóstico de medios sistematizados

En el mundo actual y de una manera creciente, el diagnóstico y la evaluación continuada, tanto de enfermedades médicas (cardiovasculares, diabetes, etc.) como de trastornos mentales (depresión, ansiedad, etc.), se viene complementando con información obtenida y compartida a través de programas informáticos aplicados desde teléfonos fijos, móviles, tabletas y ordenadores personales²². Existe ya un número amplio de estos programas, muchos de ellos sin coste y promovidos o desarrollados por servicios de salud de prestigio (<http://techpp.com/2013/07/23/fight-depression-apps/>) como el estadounidense U. S. National Institutes of Health o la National Health Service del Reino Unido (<http://www.nhs.uk/Tools/Pages/depression.aspx>). Estos programas suelen combinar:

- Aspectos de autoayuda (cribado, cuestionarios, como el Cuestionario de Salud del Paciente (http://www.gericareonline.net/tools/spn/depression/attachments/Dep_05_PHQ9_sp.pdf), y técnicas posiblemente útiles como la relajación).
- Con los aspectos de prevención y tratamiento (información positiva, análisis de factores vitales, alertas).

Sus elementos son necesariamente compactos y cortos. Se hace el cribado con las 2 preguntas de Whooley antes citadas, u – otro ejemplo – con el test de cribado Cuestionario de Salud del Paciente, que como dijimos también es utilizado por el National Health Service, que consiste en 9 preguntas y está validado para uso telefónico²³.

Estos programas no necesitan abarcar más que la información estructurada básica que necesita el médico de familia para llegar a un diagnóstico más precoz y con una mayor tasa de identificación. El mismo programa le puede facilitar el seguimiento «en vivo» del desarrollo del trastorno. Solo se necesitan 2 factores:

- El cribado breve informatizado a través del medio más conveniente para el paciente.
- La verificación repetida (diaria, bisemanal o semanal) de los síntomas y el nivel de depresión para el seguimiento por parte del médico.

Desde hace más de una década las 2 (o 3) preguntas de Whooley han demostrado ser adecuadas para un cribado inicial tanto para poblaciones enteras como a nivel individual, tanto por teléfono o mensajería electrónica como en persona, en consulta, o por personal auxiliar. Con el objetivo de incrementar la cooperación del paciente y reducir la reticencia que puede conllevar un cribado despersonalizado, se considera recomendable realizarlo con voz animada y personalizada: «Buenos días, Daniel, por favor, contéstame a 2 preguntas breves... (a continuación, las preguntas)».

En los casos que dan positivo, el cuestionario informatizado de verificación que se aplique posteriormente necesita tener validez clínica y, por ende, debe seleccionarse uno de los cuestionarios de depresión ya existentes que estén validados *para el grupo diana*. El cuestionario elegido y efectuado en vivo, por vía telefónica o por medios electrónicos,

estaría estructurado con preguntas en voz (si procede) animada y respuestas recibidas en voz o con teclas 1 (sí) o 2 (no). Los cuestionarios con respuestas en abanico tipo Likert o similar no parecen una buena primera opción, por poder dar lugar a más reticencia y/o posibles equivocaciones por parte de los pacientes.

Administrar datos recogidos y límites inherentes

Los investigadores han experimentado con varios tipos de formatos con que facilitar al médico un flujo fiable y válido constante de datos sobre síntomas o episodios depresivos. En varios países y hace varias décadas, se habilitaron para este fin servicios telefónicos de asistencia al paciente que incluyeron la recogida de datos clínicos básicos. Una revisión de 2013 constata que el uso de app en los teléfonos inteligentes (smartphones) y tabletas/phablets para uso clínico en cuanto a salud mental se dirigen mayoritariamente a la administración a distancia de terapia profesional. Varias de estas app para depresión, ansiedad o abuso de sustancias consiguieron reducciones significativas del efecto de intención de tratar, tanto intragrupal como intergrupales, de entre 0,29-2,28 y 0,01-0,48 a postest y seguimiento, respectivamente. Los datos que sostienen estos resultados son prometedores, pero faltan estudios más grandes con diseños mejorados²⁴.

Una revisión de 2015 encontró que existen ya varios cientos de app dirigidas a la depresión, tanto con fines terapéuticos como orientativos. También indicó que falta mejorar la facilidad de uso, la fiabilidad y la validez²⁵. Por ende y de momento, se recomienda limitarse a un cribado primario con seguimiento telefónico, ya que ello no precisa ningún programa de informática especial y puede efectuarse por el personal auxiliar con los medios existentes.

Agilizar el diagnóstico

Aunque se están perfeccionando las técnicas, la salud mental en medicina primaria puede atenderse mejor con una recogida de datos más estructurada e informatizada. Para esta recogida, una llamada telefónica es más eficaz que la atención en persona, por precisar menos tiempo, y la intervención del personal auxiliar es más eficaz que la del médico, por tener un coste menor. Un cribado, así como un seguimiento de diagnosticados, sin aspirar a aplicar ninguna terapia por medios técnicos, implicaría un avance. Sin aspirar a aplicar terapia, se limitaría a mejorar el diagnóstico y el seguimiento, un objetivo limitado pero realizable con los medios limitados existentes y, por ello, con una eficacia mejorada.

En 2012, el informe SESPAS concluyó que, en general y en la mayoría de los países, el escaso desarrollo de bases de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan diagnósticos y documenten procesos y resultados intermedios de ámbito individual en la atención primaria es un problema que necesita soluciones urgentes. Hasta la fecha, en España no se ha implementado una base de datos con estas características, ni un sistema estandarizado de pruebas diagnósticas para la problemática de salud mental en atención primaria²⁶. Recabar la información de seguimiento

estandarizada e informatizada, de todos los pacientes identificados por el médico como sospechosos de o vulnerables a la depresión, dadas sus especiales circunstancias vitales, así como los pacientes que ya están en tratamiento por depresión, es objetivo para el corto plazo que se puede implantar con los recursos existentes.

En la práctica, el seguimiento se realizaría mediante una llamada planificada, con la incidencia que el médico programe según varias opciones (diaria, semanal, etc.), a una hora también programable, y preferiblemente por parte de una persona con una voz preseleccionada con criterios de compatibilidad (femenina o masculina/joven o adulta). De esta forma, las respuestas se limitan a datos numéricos que se incorporan al instante al historial médico de la persona. El desarrollo de estos datos da indicios suficientes para una acción clínica si procede.

Este seguimiento se combina necesariamente con el cribado selectivo según los criterios clínicos del médico antes descritos, con el cual se identificaría al grupo diana. Obviamente, no solo un cribado informatizado identificaría a los sujetos que necesiten un seguimiento o una acción clínica: también lo hará el médico directamente al percibir indicaciones en la consulta que, según los criterios establecidos, se correlacionan con una depresión.

Conclusiones

El aumento generalizado del número de personas diagnosticadas de depresión, confirmado por el incremento del número de recetas de antidepressivos, se complementa con datos que indican que, en la atención médica de atención primaria, aproximadamente la mitad de los casos de trastornos depresivos no se diagnostican o se diagnostican tarde.

Dadas las consecuencias negativas que tiene la depresión sobre la calidad de vida de las personas, pero también sobre su productividad y –por ende– sobre el bienestar económico en general, esta situación exige soluciones. Estas se ven condicionadas por los limitados recursos del médico en cuanto a tiempo y recursos secundarios, así como por una falta de preparación específica en salud mental. Los beneficios de un cribado a adultos de forma sistemática requieren un apoyo terapéutico profesional suficiente no siempre disponible, pero el cribado identificador tiene méritos confirmados en cuanto a detección precoz y, por ende, puede evitar que se agrave la condición.

Las posibilidades de un diagnóstico a tiempo mejoran con más uso de instrumentos validados de cribado y de seguimiento. La evidencia indica que, con ello, se puede conseguir una notable mejora en el uso de los medios y la informática ya disponible en una consulta o centro de salud. Sería preferible un modelo estandarizado a través del Sistema Nacional de Salud español, siguiendo los modelos de los sistemas estadounidense, canadiense o británico, entre otros.

Bibliografía

- Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med.* 2014;1303–17, <http://dx.doi.org/10.1017/S003291713001943>.
- The World Mental Health. Survey Initiative. Publications. [consultado 22 Jul 16]. Disponible en: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/publications.php>
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 2013;34:119–38 [consultado 22 Jul 16]. Disponible en: .
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord.* 2010;120:76–85.
- Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M, Salguero JM, Wood CM, Cano Vindel A. Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en Atención Primaria: un problema sin resolver. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5:125–30.
- Davidson AS, Fosgerau CF. What is depression? Psychiatrists' and GPs' experiences of diagnosis and the diagnostic process. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2014;9:24866, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v9.24866>.
- Araña Suárez SM. Diagnósticos y prescripciones en Salud Mental, Atención Primaria e incapacidad laboral temporal. Programa Nacional de I + D + i. Secretaría de Estado de la Seguridad Social; 2008. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>
- Menear M, Duhoux A, Roberge P, Fournier L. Primary care practice characteristics associated with the quality of care received by patients with depression and comorbid chronic conditions. *Gen Hosp Psychiatry.* 2014;36:302–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.01.013>.
- Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *J Affect Disord.* 2011;130:26–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.028>.
- García-Herrera Pérez Bryan JM, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, 2011. [consultado 6 Jun 17]. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_488_Depresion_AP_Andalucia.pdf.
- González Cáceres JA, Juvier Riesgo T. Validación de la Encuesta para la Pesquisa de Depresión, mediante Tres Preguntas Orales (EPD-3PO), en la detección de depresión en pacientes ancianos. *Psicología.com.* 2010; 14. [consultado 6 Jun 17]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/validacion-de-la-encuesta-para-la-pesquisa-de-depresion-mediante-tres-preguntas-orales-epd-3po-en-la-deteccion-de-depresion-en-pacientes-ancianos/>.
- López-Torres Hidalgo JD, Galdón-Blesa MP, Fernández-Olano C, Escobar-Rabadán F, Montoya-Fernández J, Boix-Gras C, et al. [Design and validation of a questionnaire for the detection of major depression in elderly patients] Spanish. *Gac Sanit.* 2005;19:103–12.
- Campagne DM. Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil anímico del embarazo. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47:27–35, [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(04\)75956-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(04)75956-7).
- U. S. Preventive Services Task Force. Published Final Recommendations. Depression in adults: Screening. Rockville (MD): AHRQ; 2009. [consultado 24 Jul 16]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/adultdepression/addepr.htm>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ.* 2013;185:775–82.
- Van Voorhees BW, Fogel J, Houston TK, Cooper LA, Wang NY, Ford DE. Beliefs and attitudes associated with the intention to

- not accept the diagnosis of depression among young adults. *Ann Fam Med*. 2005;3:38–46.
17. Dewa CS, Hoch JS. Barriers to mental health service use among workers with depression and work productivity. *J Occup Environ Med*. 2015;57:726–31, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000000472>.
 18. Campagne DM. Venlafaxine and serious withdrawal symptoms: Warning to drivers. *MedGenMed*. 2005;7:22.
 19. British Psychological Society, National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. N.o 90. London, 2009.
 20. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, et al., Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification burden and principles of management. *J Affect Disord*. 2009;117:S5–14.
 21. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidade, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [consultado 28 Jul 16]. Disponible en: http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia.t201306GPCdepresion_adulto.pdf
 22. Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, López-Pousa S, Llinàs-Reglà J, Calvó-Perxas L, Cubí-Montfort R, grupo de investigadores SISD-DAP. Viabilidad de un sistema de telemedicina de soporte para el diagnóstico de demencia en atención primaria. *Rev Neurol*. 2012;55:263–9.
 23. Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. *J Med Internet Res*. 2013;15:e247, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2791>.
 24. Pinto-Mezza A, Serrano-Blanco A, Penarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med*. 2005;20:738–42.
 25. Shen N, Levitan MJ, Johnson A, Bender JL, Hamilton-Page M, Jadad AA, et al. Finding a depression app: A review and content analysis of the depression app marketplace. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2015;3:e16, <http://dx.doi.org/10.2196/mhealth.3713>.
 26. Ichaso Hernández-Rubio M, Armesto SG. Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:27–35.