

Fernando Caballero-Martínez¹
Fernando León-Vázquez²
Alfredo Payá-Pardo³
Antonio Díaz-Holgado⁴

Uso de recursos sanitarios y pérdida de productividad en pacientes con trastornos depresivos atendidos en atención primaria: Estudio InterDep

¹Director Académico Facultad de Medicina Universidad Francisco de Vitoria (Madrid). ExSubdirector de Formación e Investigación. Área 6 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Pozuelo-San Juan de la Cruz, Dirección Asistencial Noroeste, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid

³Servicio de Sistemas de Información de Atención Primaria, Dirección General de Sistemas de Información sanitaria, Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid

⁴Enfermero. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid

Introducción. El estudio InterDep analiza las características de los pacientes con trastorno depresivo que en los últimos años han recibido atención sanitaria en las consultas de atención primaria de un área sanitaria. Además, evalúa el uso de recursos sanitarios imputables al trastorno depresivo en este ámbito (costes directos) y la pérdida de productividad (costes indirectos). Se analiza además, la derivación a atención especializada.

Métodos. Estudio observacional multicéntrico, retrospectivo realizado a partir de los registros informatizados de las historias clínicas recogidas en una base de datos anonimizada de 22.795 pacientes atendidos, entre 2005 y 2009, por un nuevo episodio de trastorno depresivo en los centros de salud de la antigua Área 6 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid.

Resultados. El 74,5% de los pacientes con trastornos depresivos analizados son mujeres, con una edad media de 54 años (DE 17,7). Según la clasificación CIAP, la depresión fue el diagnóstico más frecuente en la población analizada (48,4%), seguida de ansiedad (35,4%) y trastorno adaptativo mixto (16,2%). El 88,5% estaba tratado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS (N06AB). El coste total anual promedio (costes directos y costes indirectos) fue de 725,2 euros. La pérdida de productividad laboral representó el principal coste en pacientes con depresión atendidos en atención primaria (501,0 euros), principalmente en aquellos pacientes que causaron baja laboral. El 29,7% de los pacientes fue derivado a atención especializada.

Conclusiones. La prevalencia e impacto socio-sanitario de los trastornos depresivos en atención primaria requiere

del médico de familia una competencia clínica apropiada para garantizar un correcto manejo de la patología, minimizando así el importante coste directo (recursos asistenciales) e indirecto (bajas laborales).

Palabras clave: Ansiedad, Atención especializada, Atención primaria, Depresión, Costes sanitarios, Trastorno adaptativo mixto

Actas Esp Psiquiatr 2014;42(6):281-91

Use of health care resources and loss of productivity in patients with depressive disorders seen in Primary Care: INTERDEP Study

Introduction. The InterDep Study analyzes the characteristics of patients with a depressive disorder who, in the last years, have received health services at Primary Care in an specific health care area. The InterDep Study evaluates the use of health care resources attributable to depression (direct costs) and loss of productivity (indirect costs). It also analyzes these patients' referral to the specialist.

Methods. A retrospective, multicenter observational study was conducted using computerized medical records collected in an anonymized database of 22,795 patients who received health care services between 2005 and 2009 for a new episode of depressive disorder in a specific Primary Care Area of the Madrid Health Service (Community of Madrid) (former Area 6).

Results. A 74.5% of the patients with depressive disorders were women, mean age 54 years (SD 17.7). According to the ICPC classification, depression was the most frequently diagnosed disorder (48.4%), followed by anxiety (35.4%) and adjustment disorder (16.2%). A 88.5% were treated with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) (N06AB). The average total annual cost (both direct and indirect costs) was 725.2 Euros. Loss of productivity was

Correspondencia:
Fernando Caballero-Martínez
Dirección Académica de Medicina
Universidad Francisco de Vitoria
Ctra. M-515 Pozuelo - Majadahonda Km 1,800
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)
Tel. 917 091 400 (ext. 1677)
Móvil: 661 445 821
Correo electrónico: f.caballero@ufv.es

the major cost in depressed patients treated in primary care (501.0 Euros), especially among those patients on disability. A 29.7% of the patients were referred to specialized care.

Conclusions. The prevalence and the socio-sanitary impact of depressive disorders in primary care require adequate clinical competence from the physician to guarantee proper disease management thus, minimizing the significant direct (health care resources) and indirect (loss of productivity) cost.

Keywords: Anxiety, Specialized Care, Primary Care, Depression, Health costs, Adjustment disorder

INTRODUCCIÓN

Un 25% de las consultas que atienden los médicos de atención primaria¹ están relacionadas con la presencia de algún trastorno de salud mental. Concretamente, en España, al menos una de cada cinco consultas recibidas por el médico de familia guarda relación con algún problema psicológico o psiquiátrico².

El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, si bien sólo la mitad de las personas que la padecen reciben la atención que necesitan³. En Europa, la prevalencia-vida de trastornos depresivos varía entre un 2,6% y 17,1% en función del país^{4,5}. Así, en España, se estima una prevalencia anual del 4,0% y del 10,5% en algún momento de la vida⁶.

La depresión, caracterizada por un estado de tristeza profunda y por una pérdida de interés o de placer que perduran durante al menos dos semanas y están presentes la mayor parte del día, es una enfermedad incapacitante que influye en la calidad de vida del paciente y en su vida familiar, social y laboral^{7,8}.

El objetivo del tratamiento de la depresión es la remisión total de los síntomas y no únicamente una mejoría parcial⁹. Para ello, las terapias recomendadas combinan tratamiento farmacológico y no farmacológico^{10,11}. Los tratamientos farmacológicos, que deben mantenerse un periodo mínimo de 4-9 meses para asegurar el éxito del tratamiento¹², incluyen los antidepresivos de primera generación (antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa) y fármacos más nuevos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) y otros.

Los costes económicos asociados al trastorno depresivo son elevados, tanto los directos, derivados del consumo de recursos sanitarios relacionados con el diagnóstico, el trata-

miento, la prevención, la rehabilitación y el cuidado, como los indirectos, ocasionados por la pérdida de empleo, una menor productividad laboral o la muerte prematura^{13,14}.

Un estudio realizado en España en 2004 mostró que los pacientes con trastornos mentales comportan un mayor consumo de recursos sanitarios en todos los niveles, independientemente de la edad, el sexo y la posible comorbilidad, siendo el coste anual por paciente de 851,5 euros frente a 519,2 euros en el resto de pacientes¹⁵. El mismo autor, en un estudio poblacional, demuestra que los costes totales divididos en sanitarios (directos) y en pérdida de productividad laboral (indirectos) representaban el 32,9% y el 67,1%, respectivamente. El 41% del coste de la atención sanitaria correspondía a la atención especializada y el 59% restante a la atención primaria¹⁶.

En el ámbito de la atención primaria (AP), la depresión es un trastorno frecuente, alcanzando una prevalencia puntual (Total de casos detectados/Total pacientes encuestados) estimada entre 14% y 17%^{17,18}. Los médicos de atención primaria tratan los trastornos mentales y filtran la derivación de los pacientes a las consultas de atención especializada, donde muchos de los pacientes derivados llegan ya con un tratamiento psicofarmacológico pautado por el médico general. Sin embargo, hay estudios que señalan que los trastornos mentales están infradiagnosticados por el médico de familia^{19,20}, y que, cuando se reconocen y derivan, no siempre se hace correctamente, hasta el punto que un 20-30% de los pacientes derivados por enfermedad mental no presenta ningún trastorno mental diagnosticable según el médico especialista²¹⁻²³. Existe, por tanto, una baja concordancia entre los diagnósticos emitidos en estos dos niveles asistenciales. Según un estudio realizado en Barcelona, los porcentajes más bajos de coincidencia se presentan en la detección de los trastornos afectivos (37%), ansiosos (42%) y adaptativos (79%)²⁴.

Las características de los pacientes derivados y los motivos que condicionan su derivación están poco estudiados en nuestro medio y los resultados pueden variar en función del estudio consultado²⁵. La edad avanzada de los pacientes, la presencia de ideas de suicidio y la mayor gravedad de la sintomatología parecen ser algunos de los factores que podrían condicionar la derivación al especialista^{26,27}.

Se propone el presente estudio con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la situación de las interconsultas en pacientes con trastornos depresivos atendidos en atención primaria, analizando una población amplia y representativa de pacientes atendidos por médicos de atención primaria en un área sanitaria de la Comunidad de Madrid y evaluando los costes (directos e indirectos) asociados que estos trastornos representan para el Sistema Nacional de Salud y para la sociedad.

Así mismo, como objetivos específicos, pretende describir el perfil del paciente con incapacidad laboral y el perfil del paciente derivado a atención especializada, identificando las características diferenciales; describir el manejo farmacoterapéutico en atención primaria; y evaluar el impacto económico anual.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Para alcanzar los objetivos indicados en el apartado anterior, se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional multicéntrico de carácter retrospectivo, realizado a partir de los registros informatizados de las historias clínicas recogidos en una base de datos de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

Características de la base de datos

Las historias clínicas informatizadas y registradas en el aplicativo informático OMI-AP de los centros de salud de la antigua Área 6 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud constituyeron la base de datos del estudio.

En una primera fase del proyecto, se llevó a cabo un proceso de identificación de aquellos Médicos de Familia con indicadores de buen registro en la historia clínica electrónica (HCE). Para ello, se establecieron los criterios que permitían deducir qué médicos del Área de Salud utilizaban la HCE con mayor frecuencia y mayor fiabilidad que permitió elaborar un ranking de médicos cuyas HCE fueron elegidas para la siguiente fase del estudio. Se elaboró una lista de indicadores globales que permitían medir la calidad de las HCE en sus múltiples dimensiones para poder analizar la calidad de los registros de la HCE y así poder identificar las prácticas de 'buen registro' y el porcentaje de cumplimiento con los indicadores seleccionados. El sistema informático OMI-AP trabaja con clasificaciones estandarizadas como son la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y La Clasificación Internacional de Enfermedades-novena edición (CIE9). La utilización adecuada de estas clasificaciones y su relación con los diversos componentes de la HCE sirvieron como índices de buena utilización de estas clasificaciones y por consiguiente, como criterios de buen registro. Los indicadores fueron las bajas sin codificación correcta o sin fecha de alta, los episodios pendientes de etiquetar durante un largo periodo de tiempo, codificación CIAP errónea y prescripciones que no estuvieran ubicadas en el episodio que las propiciaba. Una puntuación baja en estos indicadores se asimiló a un estándar de buen registro.

El manejo de los datos se llevó a cabo garantizando en todo momento la anonimización de los centros, sus pacientes y la de los profesionales sanitarios relacionados con las historias clínicas analizadas en el estudio. Los datos se obtuvieron mediante consultas SQL (*Structure Query Language*) dirigidas a la base de datos clínicos de los 28 servidores de datos de los diferentes centros de salud, de manera que, para la obtención de los indicadores definidos, se identificaron y se seleccionaron solamente los campos necesarios de algunas tablas de las bases de datos que se encontraban en los servidores de los centros de salud.

Población de estudio

La población de estudio estuvo formada por 22.795 pacientes con un nuevo episodio de trastorno depresivo atendidos en los centros de salud de la antigua Área 6 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud durante el periodo de estudio y que cumplieran los criterios de selección.

Los pacientes incluidos en el estudio debían tener más de 14 años (tomando como referencia la fecha del primer episodio); presentar alguno de los diagnósticos correspondientes a depresión/trastornos depresivos (P76: depresión, P74: trastorno adaptativo mixto y P73: depresión endógena) y/o de los síntomas correspondientes a depresión y/o ansiedad (P01: ansiedad, P02: relación de duelo y P03: deprimido/depresiva) de la codificación de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP); recibir tratamiento con cualquier fármaco del grupo terapéutico de los antidepresivos (N06A) durante los 12 meses posteriores al diagnóstico, y disponer de una historia clínica de atención primaria en la que constara que habían tenido algún tipo de seguimiento clínico por su trastorno mental durante los 12 meses posteriores al diagnóstico.

Para garantizar que se trataba de un primer episodio de depresión, los pacientes con alguna prescripción de antidepresivos (grupo terapéutico N06A) durante los 6 meses anteriores al primer episodio de trastorno depresivo fueron excluidos del estudio.

La definición de nuevo episodio de trastorno depresivo en el estudio respondió a criterios diagnósticos y de tratamiento con antidepresivos. Destacar que, en caso de presentar más de un episodio depresivo durante el periodo de observación, sólo se evaluaron los datos del primer episodio.

Período de estudio y de seguimiento

El periodo de estudio estuvo comprendido entre el 31 de enero de 2005 y el 31 de enero de 2009, si bien, a fin de evaluar el criterio de «nuevo episodio de trastorno depresivo», fue necesario extraer los datos a partir del 31 de julio de 2004. Así mismo, puesto que para cada paciente de esta

cohorte se realizó un seguimiento de 12 meses a partir de la fecha de aparición del primer episodio de depresión, se extrajeron datos hasta el 31 de enero de 2010.

Variables del estudio

Las características sociodemográficas; las características de infraestructura del centro y la renta disponible; las comorbilidades; el número de prescripciones registradas del grupo terapéutico N06A y la duración del tratamiento; los tratamientos concomitantes; la utilización de recursos sanitarios (visitas a servicios de atención primaria, derivaciones a atención especializada y pruebas diagnósticas) y la pérdida de productividad (número de días de incapacidad temporal) –que permitieron calcular el coste anual directo (uso de recursos sanitarios) e indirecto (número de días de baja laboral) del episodio de depresión– fueron las variables analizadas en el presente estudio.

A los titulares (afiliación a la Seguridad Social) activos se les consideró «trabajadores» y, por tanto, susceptibles de ser dados de baja laboral. Ni a los pensionistas ni a los beneficiarios se les da de baja.

Metodología estadística

En todo momento, se garantizó la fiabilidad y la rigurosidad de los análisis, realizándose, para todas las variables analizadas, estadística descriptiva. En las variables cuantitativas se mostraron mediciones de la tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación típica), con un intervalo de confianza del 95%, mientras que en las variables cualitativas se mostraron frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de subgrupos de pacientes, se utilizaron, para las variables cuantitativas, pruebas paramétricas (t de Student o ANOVA) o no paramétricas (Mann-Whitney o Kruskal-Wallis), según las características propias de las variables de estudio; para las variables cualitativas, se realizó la prueba de la Chi-cuadrado.

Los costes sanitarios directos se calcularon aplicando a cada uno de los recursos sanitarios su precio unitario, obtenido del listado de precios públicos a satisfacer por la prestación de servicios de salud correspondientes al año 2009. El precio de los medicamentos se obtuvo del catálogo nacional de precios oficiales de medicamentos publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGOFC).

En cuanto a los costes sanitarios indirectos, el valor del día de trabajo se extrajo del último dato publicado sobre la Encuesta de Estructura Salarial del Instituto Nacional de Estadística, en el que se detalla que el salario medio interprofesional en 2008 fue de 64,86 euros al día de trabajo (coste unitario que se aplicó al día de baja laboral).

RESULTADOS

Datos sobre los pacientes

Se recogieron datos de un total de 22.795 pacientes atendidos en los centros de salud de la antigua Área 6 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud que presentaron un nuevo episodio de trastorno depresivo durante el período de estudio (Tabla 1). De éstos, 13.857 eran titulares activos de la tarjeta sanitaria (trabajadores) y 8.938 no lo eran (pensionistas/beneficiarios de la tarjeta sanitaria). El 74,5% de los pacientes atendidos eran mujeres. La edad media era de 54,0 ($\pm 17,7$) años, siendo menor en el grupo de los titulares activos de la tarjeta sanitaria (45,1 años) que en los no titulares (67,8 años). Al valorar la tercera variable sociodemográfica, la situación respecto a la Seguridad Social, se evidenció una importante diferencia entre los pacientes activos (69,1%) y los pensionistas (30,9%).

Respecto a la **patología en estudio**, según la agrupación de diagnóstico CIAP y síntomas que se presenta en la Tabla 1, la depresión fue el trastorno más frecuente en la población analizada (48,4%), seguida de ansiedad (35,4%) y trastorno adaptativo mixto (16,2%). Se observó que los síntomas de ansiedad (41,9%) y el trastorno depresivo (39,4%) eran predominantes entre los pacientes trabajadores, seguidos del trastorno adaptativo mixto (18,7%), mientras que la depresión fue el trastorno más frecuente entre los no trabajadores (62,2%) frente al 25,4% de síntomas de ansiedad y el 12,4% de trastorno adaptativo mixto.

Cuando se valoraron las **patologías concomitantes**, la media de patologías crónicas asociadas (hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.) fue menor en el grupo de trabajadores (0,5 \pm 0,8) que en el de no trabajadores (1,1 \pm 1,0), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Datos sobre los tratamientos antidepresivos

Una vez valorados los datos de los pacientes, los autores se propusieron estudiar cuál era su manejo terapéutico en los 12 meses posteriores al inicio del nuevo episodio de trastorno depresivo. Para ello, se valoraron variables cualitativas (tipo de fármaco utilizado) y cuantitativas (duración y coste del tratamiento).

Los **tipos de antidepresivos** más utilizados entre los pacientes del estudio fueron los ISRS (N06AB), principalmente la paroxetina (37,7%), la fluoxetina (22,1%) y el escitalopram (20,4%) (Tabla 2). En la Tabla 3, se recogen los datos de los fármacos usados en función de si el paciente estaba de baja o no por la patología de estudio.

Respecto a la **duración del tratamiento con antidepresivos (días al año)**, los pacientes estuvieron en promedio

Tabla 1		Demografía y características clínicas en función del tipo de usuario			
Variable		Total (n=22.795)	Trabajadores (n=13.857)	No trabajadores (n=8.938)	p-valor
Infraestructura del centro ¹	Baja	1.429 (10,3%)	1.429 (10,3%)	1.088 (12,2%)	0,2174 ^a
	Media	5.540 (40,0%)	5.540 (40,0%)	3.238 (36,2%)	
	Muy alta	6.888 (49,7%)	6.888 (49,7%)	4.612 (51,6%)	
Renta disponible	Baja	3.092 (22,3%)	3.092 (22,3%)	1.909 (21,4%)	<0,0001 ^b
	Media	2.611 (18,8%)	2.611 (18,8%)	2.066 (23,1%)	
	Alta	3.263 (23,5%)	3.263 (23,5%)	2.155 (24,1%)	
	Muy alta	4.891 (35,3%)	4.891 (35,3%)	2.808 (31,4%)	
Sexo	Mujer	9.941 (71,8%)	9.941 (71,8%)	7.040 (78,9%)	<0,0001 ^c
	Hombre	3.914 (28,2%)	3.914 (28,2%)	1.887 (21,1%)	
Edad	Media (DE)	45,1 (10,3)	45,1 (10,3)	67,8 (17,9)	<0,0001 ^d
Situación laboral	Activo	13.756 (99,3%)	13.756 (99,3%)	1.994 (22,3%)	<0,0001 ^c
	Pensionista	101 (0,7%)	101 (0,7%)	6.943 (77,7%)	
Diagnóstico agrupado (CIAP)	Depresión (P76 + P03 + P73)	5.464 (39,4%)	5.464 (39,4%)	5.560 (62,2%)	<0,0001 ^c
	Ansiedad (P01)	5.807 (41,9%)	5.807 (41,9%)	2.272 (25,4%)	
	Trastorno adaptativo mixto (P74 + P02)	2.586 (18,7%)	2.586 (18,7%)	1.106 (12,4%)	
Número de patologías crónicas asociadas	0 (ninguna)	8.710 (62,9%)	8.710 (62,9%)	2.885 (32,3%)	<0,0001 ^a
	1-2	4.654 (33,6%)	4.654 (33,6%)	5.082 (56,9%)	
	3 o más	493 (3,6%)	493 (3,6%)	971 (10,9%)	
	Media (DE)	0,5 (0,8)	0,5 (0,8)	1,1 (1,0)	

Valores expresados en frecuencia y porcentaje o media (DE)
 DE: desviación estándar; p-valor: significación estadística
¹Personal administrativo; apertura total/parcial; urbano/rural; tipo de conexión de red; número de usuarios
 CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria. Síntomas; P01: ansiedad; P02: relación de duelo; P03: tristeza; Diagnóstico: P73: depresión endógena; P74: trastorno adaptativo mixto; P76: depresión
^aExacto-Mantel-Haenszel. ^bMantel-Haenszel. ^cExacto-Fisher. ^dt de Student independiente. ^eChi-Cuadrado

117,1±118,8 días/año en tratamiento con ISRSs (N06AB) (Tabla 2). En su relación con el hecho de presentar o no una incapacidad laboral por la patología de estudio, las cifras más elevadas de días al año de tratamiento al año fueron para la venlafaxina, la paroxetina, la sertralina y el citalopram (Tabla 4).

Finalmente, en la Tabla 5, pueden verse las diferencias en el **coste anual del tratamiento antidepresivo**, observándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con incapacidad laboral por la patología de estudio y el grupo sin incapacidad laboral. Según el código ATC, el grupo con los ISRSs (N06AB) es el que tuvo un coste más elevado, seguido del grupo de otros antidepresivos (N06AX), siendo mayores ambos en el grupo con incapacidad laboral, y en mayor medida en los N06AX. El coste de los inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA), fue

similar entre los que presentaban una incapacidad y los que no la presentaban.

Datos sobre los costes

Tras valorar los datos referidos a las características de los pacientes y a los tratamientos antidepresivos recibidos, los autores se propusieron analizar los costes directos (recursos sanitarios utilizados: farmacológicos y asistenciales), indirectos (incapacidad laboral) y totales generados (Tabla 6).

Respecto a los **recursos sanitarios utilizados** (fármacos y visitas), el promedio en coste farmacológico y asistencial fue de 46,0±73,3 euros y 178,3±195,8 euros, respectivamente. Destacar que éstos fueron mayores en el grupo de derivación a especializada ($p < 0,0001$). Al comparar el uso

Tabla 2	Antidepresivos más utilizados y duración (días/año) total y en función de la derivación			
	Total (n=22.795)	No derivación (n=16.019)	Derivación (n=6.776)	p-valor
Fármacos individuales				
Paroxetina	8.594 (37,7%)	5.756 (35,9%)	2.838 (41,9%)	<0,0001 ^a
Fluoxetina	5.029 (22,1%)	3.452 (21,5%)	1.577 (23,3%)	0,0044 ^a
Escitalopram	4.644 (20,4%)	2.834 (17,7%)	1.810 (26,7%)	<0,0001 ^a
Citalopram	4.023 (17,6%)	2.810 (17,5%)	1.213 (17,9%)	0,5182 ^a
Venlafaxina	2.660 (11,7%)	1.489 (9,3%)	1.171 (17,3%)	<0,0001 ^a
Sertralina	2.705 (11,9%)	1.842 (11,5%)	863 (12,7%)	0,0087 ^a
Mirtazapina	2.336 (10,2%)	1.343 (8,4%)	993 (14,7%)	<0,0001 ^a
Duloxetina	1.561 (6,8%)	851 (5,3%)	710 (10,5%)	<0,0001 ^a
Grupos farmacológicos				
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)	20.173 (88,5%)	14.062 (87,8%)	6.111 (90,2%)	<0,0001 ^a
Otros antidepresivos (N06AX)	6.286 (27,6%)	3.755 (23,4%)	2.531 (37,4%)	<0,0001 ^a
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA)	1.644 (7,2%)	1.100 (6,9%)	544 (8,0%)	0,0023 ^a
Duración (días/año)				
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)	117,1 (118,8)	114,6 (118,9)	122,9 (118,3)	<0,0001 ^b
Otros antidepresivos (N06AX)	107,4 (126,1)	106,3 (125,2)	109,1 (127,4)	0,3810 ^b
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA)	77,8 (99,9)	83,0 (104,8)	67,4 (88,4)	0,0016 ^b
Valores expresados en frecuencia y porcentaje p-valor: significación estadística ^a Exacto-Fisher ^b T-Student independiente				

de recursos sanitarios en trabajadores según si el paciente presentaba o no una incapacidad laboral por la patología de estudio, se observó que los costes medios anuales de las visitas con el médico de familia y las interconsultas eran superiores en el grupo con incapacidad laboral (191,8±186,3 euros frente a 144,2±156,4 euros, $p<0,0001$).

El **coste laboral** anual medio en euros de la totalidad de los pacientes (22.795 pacientes) fue de 501,0±1.865,0 euros (69% del coste total anual). En los pacientes trabajadores con incapacidad laboral por episodios ansioso-depresivos fue de 2.373,1±3.469,2 euros.

El promedio de **coste total anual** (costes farmacológicos, recursos sanitarios y costes laborales), de la totalidad de pacientes fue de 725,2±1.922,4 euros. En el grupo de trabajadores, estos costes fueron superiores, de manera estadística

significativa ($p<0,0001$), (2.616,0±3.575,6 frente a 181,6±179,6 euros de media).

Pacientes derivados a atención especializada

De los 22.795 pacientes atendidos en atención primaria, el 29,7% (6.776 pacientes) se derivaron a atención especializada (5.181 trabajadores y 1.595 no trabajadores) (Tabla 7). En el grupo de pacientes diagnosticados de depresión, sólo se derivó a un 25% de los mismos (2.749/11.024), mientras que, en el grupo con trastornos de ansiedad, se derivó un 33,5% (2.708/8.079), siendo similar la derivación para el trastorno adaptativo mixto (35,7%; 1.319/3.692).

El 88,5% de la totalidad de pacientes utilizaban ISRSs (N06AB), en un porcentaje superior en pacientes derivados a

Tabla 3	Antidepresivos más utilizados en trabajadores en función de la incapacidad laboral por la patología de estudio			
	Total (n=13.857)	No incapacidad (n=9.045)	Incapacidad (n=4.812)	p-valor
Fármacos individuales				
Paroxetina	5.705 (41,2%)	3.556 (39,3%)	2.149 (44,7%)	<0,0001 ^a
Fluoxetina	3.263 (23,5%)	2.170 (24,0%)	1.093 (22,7%)	0,0926 ^a
Escitalopram	3.021 (21,8%)	1.777 (19,6%)	1.244 (25,9%)	<0,0001 ^a
Citalopram	2.189 (15,8%)	1.389 (15,4%)	800 (16,6%)	0,0533 ^a
Venlafaxina	1.685 (12,2%)	893 (9,9%)	792 (16,5%)	<0,0001 ^a
Sertralina	1.311 (9,5%)	799 (8,8%)	512 (10,6%)	0,0006 ^a
Mirtazapina	1.271 (9,2%)	676 (7,5%)	595 (12,4%)	<0,0001 ^a
Duloxetina	970 (7,0%)	541 (6,0%)	429 (8,9%)	<0,0001 ^a
Grupos farmacológicos				
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)	12.496 (90,2%)	8.090 (89,4%)	4.406 (91,6%)	<0,0001 ^a
Otros antidepresivos (N06AX)	3.633 (26,2%)	2.027 (22,4%)	1.606 (33,4%)	<0,0001 ^a
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA)	893 (6,4%)	592 (6,5%)	301 (6,3%)	0,5368 ^a
Valores expresados en frecuencia y porcentaje p-valor: significación estadística ^a Exacto-Fisher				

Tabla 4	Duración (días/año) del tratamiento antidepresivo en trabajadores en función de la incapacidad laboral por patología de estudio			
	Total (n=13.857)	No incapacidad (n=9.045)	Incapacidad (n=4.812)	p-valor
Fármacos individuales				
Paroxetina	89,1 (100,0)	90,2 (102,7)	87,3 (95,4)	0,2790 ^b
Fluoxetina	92,2 (102,2)	93,4 (104,5)	89,8 (97,5)	0,3263 ^b
Escitalopram	84,0 (94,2)	84,6 (94,6)	83,1 (93,6)	0,6508 ^b
Citalopram	72,0 (88,9)	71,9 (88,6)	72,2 (89,5)	0,9489 ^b
Venlafaxina	92,5 (101,9)	91,3 (103,0)	93,9 (100,7)	0,6084 ^b
Sertralina	85,4 (96,3)	88,5 (101,4)	80,5 (87,4)	0,1271 ^b
Mirtazapina	61,9 (80,3)	58,9 (79,3)	65,2 (81,3)	0,1643 ^b
Duloxetina	78,0 (85,0)	75,8 (83,8)	80,6 (86,4)	0,3823 ^b
Grupos farmacológicos				
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)	107,3 (112,5)	105,0 (112,4)	111,5 (112,5)	0,0020 ^b
Otros antidepresivos (N06AX)	95,4 (114,1)	89,9 (111,0)	102,4 (117,5)	0,0012 ^b
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA)	63,7 (84,4)	64,6 (86,4)	61,9 (80,3)	0,6440 ^b
Valores expresados en media (DE) DE: desviación estándar; p-valor: significación estadística ^a Duración calculada en número de días de tratamiento antidepresivo al año ^b t de Student independiente				

Tabla 5 Coste anual medio en euros del tratamiento antidepressivo en trabajadores en función de la incapacidad laboral por la patología de estudio

	Total (n=13.857)	No incapacidad (n=9.045)	Incapacidad (n=4.812)	p-valor
Fármacos individuales				
Paroxetina	8,9 (19,0)	8,7 (19,0)	9,5 (18,8)	0,0111 ^b
Fluoxetina	2,2 (6,3)	2,2 (6,5)	2,0 (6,0)	0,0662 ^b
Escitalopram	5,8 (17,6)	5,2 (16,9)	6,7 (18,8)	<0,0001 ^b
Citalopram	2,5 (9,8)	2,5 (9,6)	2,7 (10,1)	0,2309 ^b
Venlafaxina	5,7 (23,8)	4,6 (21,6)	7,9 (27,4)	<0,0001 ^b
Sertralina	1,6 (7,6)	1,5 (7,6)	1,7 (7,4)	0,2773 ^b
Mirtazapina	3,2 (17,2)	2,5 (15,2)	4,6 (20,3)	<0,0001 ^b
Duloxetina	9,7 (53,1)	8,0 (48,3)	12,7 (61,1)	<0,0001 ^b
Grupos farmacológicos				
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (N06AB)	21,1 (26,0)	20,2 (25,7)	22,8 (26,6)	<0,0001 ^b
Otros antidepressivos (N06AX)	20,3 (65,8)	16,5 (59,1)	27,6 (76,3)	<0,0001 ^b
Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (N06AA)	0,7 (5,9)	0,7 (5,6)	0,8 (6,4)	0,2885 ^b
Valores expresados en media (DE)				
DE: desviación estándar; p-valor: significación estadística				
*Según datos del catálogo nacional de precios oficiales de medicamentos publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Costes anuales (€)				
^b t de Student independiente				

especialidad que en no derivados (90,2% y 87,8%, respectivamente, $p < 0,0001$). La duración (días al año) promedio de estos fármacos fue de 117,1 días, siendo nuevamente superior en el grupo de pacientes derivados a especialidad (Tabla 2).

En la valoración de los **costes directos**, el coste medio anual de las visitas en atención primaria fue superior en el grupo de derivación (217,4±212,5 euros vs 161,8±185,8 euros; $p < 0,0001$). Sobre los **costes laborales**, igualmente el coste fue superior en el grupo de derivación (1.037,7±2.687,2 euros de media) que en el grupo de no derivación (273,9±1.312,3 euros de media), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). El **coste total** en el grupo de derivación fue 1.312,9±2.761,3 euros frente a 476,6±1.351,2 euros de media en el grupo no derivado ($p < 0,0001$) (Tabla 6).

DISCUSIÓN

Dentro de la patología de estudio, la depresión fue el trastorno más frecuente en los centros de atención primaria de la antigua área 6 de Madrid (48,4%), siendo los ISRSs (N06AB) los tratamientos farmacológicos más habituales. El objetivo del tratamiento es la remisión total de los síntomas y, para asegurar el éxito del tratamiento, deben mantenerse

un periodo mínimo de 4-9 meses¹². En el estudio InterDep, el promedio de días para el fármaco más utilizado fue de 117,1 días (3,9 meses).

Los resultados presentados ponen de manifiesto los costes de la asistencia de los pacientes con un nuevo episodio de depresión, tanto lo directos (recursos sanitarios) como los indirectos (costes laborales), en la antigua área 6 de la Comunidad de Madrid, y que la incapacidad laboral por la patología de estudio y la derivación a atención especializada incrementan estos costes.

En Europa, en el año 2010, el coste total de los trastornos cerebrales (neurológicos y psiquiátricos) fue de 798 mil millones de euros (295 mil millones de euros de gastos directos médicos, 186 mil millones de euros de gastos directos no médicos y 315 mil millones de euros de gastos indirectos)²⁸, datos que van en la línea de estudios publicados que demuestran que, en España, el coste que puede adjudicarse a la depresión alcanza los 5.005 millones de euros (29% de costes directos)^{16,29,30}. Los resultados obtenidos en este estudio van en línea con estos datos, el 31% del coste anual total del manejo del paciente con trastorno depresivo se debe a costes directos (costes farmacológicos y costes asistenciales).

Tabla 6		Costes medios anuales en euros del manejo del paciente por la patología de estudio			
		Derivación a especializada			
		Total (n=22.795)	No derivación (n=16.019)	Derivación (n=6.776)	p-valor
Costes directos	Costes farmacológicos ^a	46,0 (73,3)	40,9 (65,9)	57,9 (87,1)	<0,0001 ^d
	Costes asistenciales ^b	178,3 (195,8)	161,8 (185,8)	217,4 (212,5)	<0,0001 ^d
Costes indirectos	Costes laborales ^c	501 (1.865,0)	273,9 (1.312,3)	1.037,7 (2.687,2)	<0,0001 ^d
Costes totales (directos + indirectos)		725,2 (1.922,4)	476,6 (1.351,2)	1.312,9 (2.761,3)	<0,0001 ^d
		Incapacidad laboral			
		Total trabajadores (n=13.857)	No incapacidad (n=9.045)	Incapacidad (n=4.812)	p-valor
Costes directos	Costes farmacológicos ^a	42,2 (70,1)	37,4 (63,1)	51,2 (81,0)	<0,0001 ^d
	Costes asistenciales ^b	160,7 (168,9)	144,2 (156,4)	191,8 (186,3)	<0,0001 ^d
Costes indirectos	Costes laborales ^c	824,1 (2.335,7)	0,0 (0,0)	2.373,1 (3.469,2)	<0,0001 ^d
Costes totales (directos + indirectos)		1.027,0 (2.409,1)	181,6 (179,6)	2.616,0 (3.575,6)	<0,0001 ^d
Valores expresados en media (DE)					
DE: desviación estándar; p-valor: significación estadística					
^a Según datos del catálogo nacional de precios oficiales de medicamentos publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos					
^b Recursos sanitarios calculados aplicando a cada uno su precio unitario obtenido del listado de precios públicos a satisfacer por la prestación de servicios de salud correspondientes al año 2009					
^c Valor del día de trabajo en euros extraído del último dato publicado sobre la Encuesta de Estructura Salarial del Instituto Nacional de Estadística					
^d t de Student independiente					

Tabla 7		Características demográficas y clínicas en función de la derivación			
		Total (n=22.795)	No derivados (n=16.069)	Derivados (n=6.776)	p-valor
Trabajador	Sí	13.857 (60,8%)	8.676 (54,2%)	5.181 (76,5%)	<0,0001 ^c
	No	8.938 (39,2%)	7.343 (45,8%)	1.595 (23,5%)	
Diagnóstico agrupado (CIAP)	Depresión (P76 + P03 + P73)	11.024 (48,4%)	8.275 (51,7%)	2.749 (40,6%)	<0,0001 ^c
	Ansiedad (P01)	8.079 (35,4%)	5.371 (33,5%)	2.708 (40,0%)	
	Trastorno adaptativo mixto (P74 + P02)	3.692 (16,2%)	2.373 (14,8%)	1.319 (19,5%)	
Número de patologías crónicas asociadas	0	11.595 (50,9%)	7.636 (47,7%)	3.959 (58,4%)	<0,0001 ^a
	1-2	9.736 (42,7%)	7.243 (45,2%)	2.493 (36,8%)	
	3 o más	1.464 (6,4%)	1.140 (7,1%)	324 (4,8%)	
	Media (DE)	0,8 (1,0)	0,8 (1,0)	0,6 (0,9)	
Valores expresados en frecuencia y porcentaje o media (DE)					
DE: desviación estándar; p-valor: significación estadística					
CIAP: Clasificación Internacional de Atención Primaria. Síntomas; P01: ansiedad; P02: relación de duelo; P03: tristeza; Diagnóstico: P73: depresión endógena; P74: trastorno adaptativo mixto; P76: depresión					
^a Exacto-Mantel-Haenszel. ^b Mantel-Haenszel. ^c Exacto-Fisher. ^d t de Student independiente. ^e Chi-Cuadrado					

En la sanidad pública, el coste que origina la depresión recae básicamente sobre la atención médica y la atención farmacológica. La mayoría de los pacientes con depresión acuden al médico de atención primaria para pedir ayuda, si bien no siempre son correctamente diagnosticados ni tratados. De hecho, los porcentajes más bajos de coincidencia se dan en la detección de trastornos afectivos, ansiosos y adaptativos²⁴. Contar con una atención eficaz en la asistencia primaria para los problemas de salud mental supondrá un gran avance para la salud pública³¹. Si a este hecho, además, se suma la estimación de la OMS, que apunta que la depresión se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030³², resulta evidente la importancia de mejorar la educación de la población acerca de los problemas de salud mental, y de formar a los médicos de atención primaria en el manejo de las patologías de estudio, como lo es también el papel que desarrolla el médico general en el cuidado de estos pacientes, no sólo para garantizar una mejor atención de los pacientes con un nuevo episodio de depresión, sino también para hacerlo desde una visión lo más sostenible posible para la Sanidad, tanto pública como privada.

Una de las mayores ventajas en este estudio ha sido poder trabajar con una base de datos muy amplia que ha permitido poder contar con un gran número de pacientes con la patología de estudio (n=22.795).

Las limitaciones de este estudio están sujetas a las del propio diseño de un estudio retrospectivo. Algunas de ellas estarían relacionada con la calidad de los registros por parte del personal sanitario en las historias clínicas (infrarregistro, sobrediagnóstico por desconocimiento de la gravedad de la patología, variabilidad intraprofesional, etc.), con la falta de seguimiento en el caso de que los pacientes cambien de área sanitaria y con la base de datos (sólo recoge información del proceso asistencial en atención primaria). No obstante, cabe destacar que en este estudio se llevó a cabo un proceso completo para asegurar unos buenos registros en la base de datos y que consistió en elaborar una lista de indicadores globales que permitían medir la calidad de las historias clínicas electrónicas, así como un proceso de identificación de los Médicos de Familia con indicadores de buen registro en la historia clínica.

Otras posibles limitaciones estarían relacionadas con la clasificación de la enfermedad y con la definición de «nuevo episodio de trastorno depresivo». La definición de un nuevo episodio de trastorno depresivo en el estudio respondió a criterios diagnósticos y de tratamiento con antidepresivos. Fueron identificados, según la codificación de la CIAP, aquellos pacientes con alguno de los diagnósticos correspondientes a depresión/trastornos depresivos (P76, P74 y P73) y/o síntomas correspondientes a depresión y/o ansiedad (P01, P02 y P03), que además tuvieran alguna prescripción del grupo terapéutico N06A a partir del diagnóstico, excluyendo

a aquellos que tuvieran registrada alguna prescripción del grupo terapéutico N06A durante los 6 meses anteriores al diagnóstico del nuevo episodio de trastorno depresivo o del primer episodio, si tuvieran más de uno.

En la medida de los costes, las limitaciones son atribuibles al propio sistema de información que no permite valorar la totalidad de los costes relacionados con la depresión. Así, no se consideraron algunos costes indirectos, asociados a la pérdida de calidad de vida del paciente; ni las repercusiones socio-económicas de los cuidadores.

Sin embargo, estas limitaciones no invalidan el conocimiento que se obtiene en este tipo de estudios, donde se nos permite estudiar la atención médica así como los costes asociados a una patología en un gran número de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual.

CONCLUSIONES

Dentro de la patología de estudio, la depresión fue el diagnóstico más frecuente en los centros de atención primaria de la antigua área 6 de Madrid, siendo los ISRSs (N06AB) los tratamientos farmacológicos más habituales. El 31% del coste total anual del manejo del paciente es debido a costes directos, el 69% restante es atribuible a costes indirectos (costes laborables). El coste medio anual total por la patología de estudio fue de 725,2 euros y de 1.027 euros en trabajadores (en el grupo con incapacidad laboral fue de 2.616,0 euros frente a los 181,6 euros del grupo sin incapacidad laboral).

El impacto sanitario y social de la depresión tratada en atención primaria requiere por parte del médico de familia una competencia clínica apropiada para garantizar un correcto manejo de la patología, minimizando así los importantes costes directos e indirectos relacionados con el trastorno depresivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen intereses en competencia.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Victoria Gimeno de la Fuente, médico y epidemióloga del Departamento médico de Lundbeck España, por la asesoría metodológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M, Salguero JM, Mae Wood C, 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(1):37-45.

2. Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porrás Chavarino A, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en Atención Primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999; 23(5):275-9.
3. Organización Mundial de la Salud. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento [en línea]. Ginebra: Notas para los medios de información del Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud; 9 de octubre de 2012. <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/index.html> [Consulta: 15 de diciembre de 2012].
4. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence and figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001;179:308-16.
5. Remick R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *Can Urol Assoc J*. 2002;167:1253-60.
6. Martínez M, Dolz M, Alonso J, Luque I, Palacín C, Bernal M, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeDEspaña. *Med Clin*. 2006;126:445-51.
7. Wang J, Schmitz N, Dewa C, Stansfeld S. Changes in perceived job strain and the risk of major depression: results from a population-based longitudinal study. *Am J Epidemiol*. 2009;169:1085-91.
8. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Martensson B, et al. Health related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*. 2007;10:154-60.
9. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract*. 2006;60:791-8.
10. Middleton H, Shaw I, Hull S, Feder G. NICE guidelines for the management of depression. *BMJ*. 2005;330:267-8.
11. American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines. Treatment of patients with major depressive disorder, 2.ª edición. APA, 2000.
12. Ferguson JM. Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2000;2:173-8.
13. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Rejas Gutiérrez J, Blanca Tamayo B, Serrat Tarrés J, Llopart López JR. Comorbilidad y coste ambulatorio asociado a los pacientes con trastornos depresivos en un ámbito poblacional. *Farm Hosp*. 2007;31:101-5.
14. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:718-79.
15. Sicras Mainar A, Rejas Gutiérrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gac Sanit*. 2007;21:306-13.
16. Sicras Mainar A, Blanca Tamayo M, Gutiérrez-Nicuesa L, Salvatella Pasant J, Navarro Artieda R. Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gac Sanit*. 2010;24(1):13-9.
17. Del Burgo Fernández JL, Andrés Mayor MJ, Martínez García S, Gonzalez Martín Palomino ML. Diagnóstico de trastornos depresivos en atención primaria de salud. Estudio con el CETDE (versión breve). *Rev San Hig Pub*. 1991;65:223-31.
18. Aragonès Benaiges E, Labad Alquézar A, Piñol Moreso JL. Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud. *Psiquiatr Biol*. 2005;12(2):58-61.
19. Aragonès E, Piñol JL, Labad A. The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Fam Pract*. 2006;23:363-8.
20. Davidson JRT, Meltzer-Brody SE. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry*. 1999;60(suppl. 7):4-9.
21. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdú RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med*. 2004;34(1):21-35.
22. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to psychiatrists: assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics*. 2000;41:245-52.
23. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8:CD005471.
24. Landa González N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Lizasoain Urrea E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008;40:285-9.
25. Miranda Chueca I, Peñarribia María MT, García Bayo I, Caramés Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;32:524-30.
26. Oiesvold T, Sandlund M, Hansson L, Christiansen L, Göstas G, Lindhardt A, et al. Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioners compared with self-referrals. *Psychol Med*. 1998;28:427-36.
27. García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanaque Mallén G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿Qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria*. 1998;22:233-8.
28. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittche HU, Jönsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012;19:155-62.
29. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(2):87-98.
30. López Bastida J, Oliva Moreno J. Los costes socioeconómicos de los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar) en España [en línea]. *Economía de la salud. ¿Dónde estamos 25 años después? XXV Jornadas de Economía de la Salud* (Barcelona, 13-15 de julio de 2005). <<http://www.aes.es/Jornadas25/comunicaciones/output/84.pdf>> [Consulta: 22 de enero de 2013].
31. Cano Vindel A, Martín Salguero J, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. 2012;33(1):2-11.
32. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.