

Juan de Dios Molina Martín^{1,2,3,4}
Sergio Benavente López⁵,
María José Andrés Prado⁶
Yolanda Pérez Ros¹
Gabriel Rubio Valladolid^{1,3,4}
Roberto Rodríguez-Jiménez^{1,3,4,7}

Concordancia diagnóstica entre Atención Primaria y Salud Mental

1. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.
2. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España
3. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario 12 de Octubre (imas12), Madrid, España.
4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.
5. Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid, España.
6. Servicio de Documentación, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.
7. CogPsy-Group, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, España

RESUMEN

Objetivo. Analizar la concordancia diagnóstica entre Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM).

Metodología. Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Centro de SM de Villaverde, Madrid, España. La muestra está conformada por 1050 pacientes adultos nuevos consecutivos derivados desde AP a SM desde enero a diciembre del año 2016. Se registraron las siguientes variables: Centro de AP de origen de la derivación, edad, sexo, tipo de actividad solicitante en la derivación (Psiquiatría o Psicología), diagnóstico establecido por AP y diagnóstico establecido por SM.

Resultados. La concordancia diagnóstica entre AP y SM presentó un coeficiente de *kappa* global de 0,383 (IC 95 % 0,333-0,433). Los grupos diagnósticos con menor concordancia fueron el trastorno adaptativo (*kappa*: 0,200), el trastorno de ansiedad (*kappa*: 0,242) y el trastorno afectivo depresivo (*kappa*: 0,340). Los grupos diagnósticos con mayor concordancia fueron el trastorno bipolar (*kappa*: 0,816) y el trastorno psicótico (*kappa*: 0,689). El trastorno adaptativo fue el diagnóstico más frecuentemente diagnosticado en SM entre los no coincidentes con AP (38,99 %).

Conclusiones. La concordancia diagnóstica entre AP y SM es baja, lo cual podría afectar a la calidad asistencial ofrecida a los pacientes. Se considera necesario el planteamiento de nuevas estrategias que permitan aumentar esta concordancia.

Palabras clave. Atención Primaria de Salud. Salud Mental. Derivación y Consulta. Diagnóstico.

Correspondencia:

Dr. Juan de Dios Molina Martín.

Centro de Salud Mental de Villaverde. C/ Totanes N°1. 28041 Madrid, España.

Número de teléfono: 917955546.

Correo electrónico: juande.molina@salud.madrid.org.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(4):129-134 ISSN: 1578-2735

DIAGNOSTIC CONCORDANCE BETWEEN PRIMARY CARE AND MENTAL HEALTH

SUMMARY

Objective. To analyse the diagnostic concordance index between Primary Care and Mental Health.

Methodology. Retrospective and descriptive study in Mental Health Centre of Villaverde, Madrid, Spain. The sample consists of 1050 consecutive new adult patients referred from Primary Care to Mental Health Center from January to December 2016. The following variables were recorded: Primary Health Center of origin, age, sex, type of activity requested in the referral (Psychiatry or Psychology), diagnosis established by Primary Care and diagnosis established by Mental Health.

Results. Diagnostic concordance between Primary Care and Mental Health presented a global *kappa* coefficient of 0.383 (IC 95 % 0.333-0.433). The diagnostic groups with the lowest concordance were adaptive disorder (*kappa*: 0.200), anxiety disorder (*kappa*: 0.242) and depressive affective disorder (*kappa*: 0.340). The diagnostic groups with the highest concordance were bipolar disorder (*kappa*: 0.816) and psychotic disorder (*kappa*: 0.689). Adaptive disorder was the most frequently diagnostic in Mental Health among those who did not coincide with Primary Care (38.99 %).

Conclusions. Diagnostic concordance between Primary Care and Mental Health is low, which could affect the quality of care offered to patients. New strategies are needed to increase this diagnostic concordance.

Key words. Primary Health Care. Mental health. Referral and Consultation. Diagnosis.

1. INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica habitual en la asistencia de Atención Primaria (AP) se emplea una gran cantidad de tiempo y recursos en atender a pacientes con patología psiquiátrica, siendo los trastornos más frecuentemente tratados los trastornos de ansiedad y los afectivos^{1,2,3}.

La coexistencia de síntomas físicos y psíquicos es un fenómeno muy común, el cual debe ser abordado de forma constante por los médicos de AP^{4,5}.

La prevalencia del trastorno psiquiátrico en las consultas de AP es elevada, habiendo sido referida una prevalencia global del 24 %⁶. Además, se ha estimado que la prevalencia de depresión en las consultas de AP es del 19,5 %⁷. El estrés y la ansiedad son factores que producen una importante disfuncionalidad, generando elevados costes sanitarios y disminución de la productividad laboral⁸.

Para que la coordinación entre las distintas especialidades sea posible, se utiliza el sistema de la derivación y la interconsulta para que un mismo paciente pueda ser tratado por dos o más profesionales. Surgen desde los años 90 los procesos de derivación interna para ofrecer un servicio sanitario coordinado entre las diferentes especialidades⁹.

La concordancia diagnóstica entre el Médico Especialista de AP y el Médico Especialista de Salud Mental (SM) presenta una importancia crítica: por una parte, si hay concordancia diagnóstica, el enfoque terapéutico iniciado en AP podrá continuarse en SM; por otra parte, la percepción de la calidad asistencial percibida por el paciente será mayor¹⁰.

Se han realizado varios estudios en los que se ha podido determinar que la concordancia diagnóstica entre AP y SM es baja, mostrándose además una tendencia en AP al infradiagnóstico de los trastornos adaptativos, así como un sobrediagnóstico de los trastornos afectivos depresivos^{11,12,13,14}.

Sin embargo, en nuestro medio apenas existen publicaciones recientes que estudien la concordancia diagnóstica entre AP y SM. Por ello, el objetivo del presente estudio es evaluar la concordancia diagnóstica de todos los pacientes derivados desde 7 Centros de Salud de AP a SM durante un año, todos ellos pertenecientes al área de Villaverde, Madrid, siendo referidos los pacientes al Centro de SM de Villaverde, perteneciente al área de influencia del Hospital Universitario 12 de Octubre.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Muestra

La población de referencia del estudio fueron 128.352 adultos pertenecientes a 7 Centro de Salud, con una plantilla de 96 Médicos Especialistas en Medicina de Familia y cuyo Centro de Salud Mental de referencia era el Centro de Salud Mental de Villaverde. Se realizaron desde estos Centros de Salud 798 derivaciones a Psiquiatría y 252 a Psicología, sumando en total 1050 primeras consultas de pacientes adultos nuevos derivados desde AP a SM desde enero a diciembre de 2016.

2.2. Procedimiento

Se realizó un estudio de corte transversal, utilizando como fuente de datos las bases proporcionadas por el sistema de Solicitud de Citas de Atención Especializada (SCAE) de AP y por el Sistema de Historia Clínica Electrónica, HCIS, del Centro de SM de Villaverde con la finalidad de seleccionar aquellos pacientes adultos derivados como nuevas consultas desde AP al Centro de SM de Villaverde durante el año 2016.

Se recogieron los siguientes datos para cada uno de los pacientes: Centro de Salud de procedencia, edad, sexo, tipo de actividad solicitante en la derivación (Psiquiatría o Psicología), diagnóstico establecido por AP y diagnóstico establecido por SM.

Se realizó posteriormente una evaluación de la concordancia diagnóstica entre AP y SM. Los diagnósticos realizados por AP se agruparon en base a la codificación de los diagnósticos presentes en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)¹⁵. Los diagnósticos realizados por SM se codificaron en los mismos grupos establecidos para AP y en base a la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ª versión (CIE-10)¹⁶. De esta forma se establecieron los grupos diagnósticos presentes en la Tabla 1 y Tabla 2, correlacionados con los diagnósticos de la CIAP-2 y la CIE-10.

Se consideró que el diagnóstico de SM era concordante con el diagnóstico de AP cuando ambos eran pertenecientes al mismo grupo diagnóstico según esta clasificación (tabla 1; tabla 2). El grupo de otros diagnósticos y el grupo de diagnósticos sin especificar no se incluyeron en el cálculo de la concordancia global ya que esto hubiera producido una disminución errónea de la misma, debido a la enorme heterogeneidad de este grupo y a la falta de especificidad de algunos de los diagnósticos como podría ser el trastorno afectivo sin especificar o el trastorno mental no especificado.

| Tabla 1 | | Clasificación de grupos diagnósticos realizados a partir de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) |
|---------------------------------|--|---|
| Grupo diagnóstico | Diagnósticos de CIAP-2. | |
| Trastorno psicótico | Esquizofrenia, otras psicosis orgánicas, otras psicosis no especificadas. | |
| Trastorno afectivo depresivo | Sensación/sentimientos depresivos, depresión/trastornos depresivos. | |
| Trastorno afectivo bipolar | Psicosis afectivas. | |
| Trastorno por uso de sustancias | Abuso crónico del alcohol, abuso agudo del alcohol, abuso del tabaco, abuso de fármacos, abuso de drogas. | |
| Trastorno de ansiedad | Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad, sensación de ansiedad/nerviosismo, estrés agudo, trastornos de somatización/de conversión. | |
| Trastorno adaptativo | Problemas de las etapas de la vida en adultos. | |
| Trastorno de la personalidad | Trastornos de la personalidad. | |
| Deterioro cognitivo | Sentimientos/conducta senil, trastornos de la memoria, demencia. | |
| Otros | Trastornos del sueño, sensación/sentimientos de irritabilidad/enojo, disminución del deseo sexual, ausencia/pérdida de la satisfacción sexual, preocupación sobre las preferencias sexuales, tartamudo/disfemia espasmódica/tics, enuresis, encopresis, problemas específicos del aprendizaje, miedo a una enfermedad mental, incapacidad/minusvalía mental, otros signos/síntomas psicológicos/mentales, suicidio/intento de suicidio, neurastenia/síndrome de fatiga crónica, fobia/trastorno compulsivo, trastornos hipercinéticos, estrés postraumático, retraso mental, anorexia nerviosa/bulimia, otros problemas psicológicos/mentales. | |
| Sin diagnóstico especificado | | |

| Tabla 2 | | Clasificación de grupos diagnósticos realizados a partir de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) |
|---------------------------------|---|---|
| Grupo diagnóstico | Diagnósticos de la CIE-10 | |
| Trastorno psicótico | Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo (F20-F29). | |
| Trastorno afectivo depresivo | Episodio depresivo (F32). Trastorno depresivo recurrente (F33). Trastorno distímico (F34.1). | |
| Trastorno afectivo bipolar | Episodio maniaco (F30). Trastorno bipolar (F31). Trastorno ciclotímico (F34.0). | |
| Trastorno por uso de sustancias | Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19). | |
| Trastorno de ansiedad | Trastorno de ansiedad fóbica (F40). Otros trastornos de ansiedad (F41). Trastornos disociativos y de conversión (F44). Trastornos somatomorfos (F45). Otros trastornos mentales no psicóticos (F48). | |
| Trastorno adaptativo | Reacción a estrés grave y trastorno de adaptación (F43). | |
| Trastorno de la personalidad | Trastornos de la personalidad y comportamiento del adulto (F60-F69). | |
| Deterioro cognitivo | Demencia vascular (F01). Demencia en otras enfermedades clasificadas bajo otro concepto (F02). Demencia no especificada (F03). | |
| Otros | Trastornos mentales debido a afecciones fisiológicas conocidas (F04-F09). Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos (F50-F59). Otros trastornos afectivos (F38). Trastorno afectivo sin especificar (F39). Discapacidad intelectual (F70-F79). Trastornos generalizados y específicos del desarrollo (F80-F89). Trastornos de la conducta y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia (F90-F98). Trastorno mental no especificado (F99). | |
| Sin diagnóstico especificado | | |

2.3. Análisis estadístico

El análisis de la concordancia diagnóstica entre AP y SM se realizó mediante el cálculo del coeficiente de *kappa* con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 y el programa informático Epidat versión 4.1.

El coeficiente de *kappa* fue interpretado según los estándares acordados (<0,00: pobre; 0,00-0,20: leve; 0,21-0,40: razonable; 0,41-0,60: moderada; 0,61-0,80: considerable; 0,81-1: casi perfecta)¹⁷.

3. RESULTADOS

En el Centro de SM de Villaverde fueron atendidos 1050 pacientes nuevos derivados desde AP durante el año 2016, los cuales formaron la muestra de este estudio.

De los pacientes derivados por los distintos Centros de Salud el 24,86 % (261) fue derivado por el Centro de Salud Los Ángeles, el 19,33 % (203) por el Centro de Salud San Andrés, el 18,67 % (196) por el Centro de Salud Los Rosales, el 11,14 % (117) por el Centro de Salud San Cristóbal, el 11,14 % (117) por el Centro de Salud El Espinillo, el 10,29 % (108) por el Centro de Salud Potes y el 4,57 % (48) por el Centro de Salud Perales del Río. La media de edad de la muestra fue de 48,01 ± 17,41 (mediana, 47) años.

La media de edad de la muestra fue de 48,01 ± 17,41 (mediana, 47) años.

La muestra estaba conformada por un mayor número de mujeres que de varones, presentando un 33,9 % (356) de varones y un 66,1 % (694) de mujeres. Se realizaron más derivaciones a Psiquiatría que a Psicología, realizándose un 76 % (798) de nuevas consultas en Psiquiatría y un 24 % (252) de nuevas consultas para Psicología.

El coeficiente de *kappa* global entre los diagnósticos realizados por AP y SM fue de 0,383 (IC95 % 0,333-0,433). El porcentaje de coincidencia diagnóstica entre AP y SM fue del 47,69 %.

Los grupos diagnósticos con menor concordancia fueron el trastorno adaptativo (*kappa*: 0,200), el trastorno de ansiedad (*kappa*: 0,242) y el trastorno afectivo depresivo (*kappa*: 0,340). Los grupos diagnósticos con mayor concordancia fueron el trastorno bipolar (*kappa*: 0,816) y el trastorno psicótico (*kappa*: 0,689).

El análisis de la concordancia diagnóstica entre AP y SM se muestra en la Tabla 3, con los grupos diagnósticos ordenados según el índice de *kappa*.

| Tabla 3 | | |
|--|--------------|-------------|
| Análisis de la concordancia diagnóstica entre Atención Primaria (AP) y Salud mental (SM) | | |
| Grupo diagnóstico | <i>Kappa</i> | IC 95 % |
| Trastorno afectivo bipolar | 0,816 | 0,639-0,993 |
| Trastorno psicótico | 0,689 | 0,534-0,843 |
| Trastorno por uso de sustancias | 0,646 | 0,501-0,790 |
| Deterioro cognitivo | 0,622 | 0,343-0,901 |
| Trastorno de la personalidad | 0,504 | 0,311-0,697 |
| Trastorno afectivo depresivo | 0,340 | 0,272-0,407 |
| Trastorno de ansiedad | 0,242 | 0,179-0,303 |
| Trastorno adaptativo | 0,200 | 0,141-0,258 |

Todas $p < 0,01$

La concordancia diagnóstica entre AP y SM según los diferentes grupos diagnósticos, indicando el diagnóstico más frecuente en SM entre los no coincidentes con AP, se muestra en la Tabla 4 ordenando los grupos diagnósticos según el porcentaje de coincidencia entre AP y SM.

El trastorno adaptativo fue el grupo diagnóstico más frecuentemente diagnosticado en SM entre los no coincidentes con AP (38,99 %), siendo el trastorno de ansiedad el grupo diagnóstico de AP en el que SM diagnosticaba más frecuentemente un trastorno adaptativo (36,91 %), seguido por el grupo sin diagnóstico especificado (36,60 %) y por último por el trastorno afectivo depresivo (23,56 %). Además, de los casos diagnosticados como trastorno adaptativo por SM, únicamente el 28,21 % de ellos había sido diagnosticado como trastorno adaptativo por AP. El 32,68 % de los trastornos adaptativos diagnosticados por SM habían sido diagnosticados por AP como trastornos de ansiedad, el 23,46 % sin un diagnóstico especificado y el 12,57 % como trastornos afectivos depresivos.

El grupo diagnóstico más frecuente en SM fue el trastorno adaptativo con un porcentaje del 34,10 % (358), siendo el porcentaje de trastornos adaptativos dentro de los diagnósticos de AP del 16,67 % (175). El grupo diagnóstico más frecuente en AP fue el trastorno de ansiedad con un porcentaje del 30,38 % (319), mientras que en SM el porcentaje de trastornos de ansiedad fue del 16,67 % (175).

El grupo sin diagnóstico especificado representaba un 23,81 % (250) de los diagnósticos de AP, disminuyendo a un 9,90 % (104) en SM.

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se puede observar una baja concordancia diagnóstica entre AP y SM, habiendo una

Tabla 4 Concordancia diagnóstica entre Atención Primaria (AP) y Salud mental (SM) según grupos diagnósticos

| Grupo diagnóstico | Número de casos diagnosticados en AP | Número de casos diagnosticados en SM | Porcentaje de coincidencia ^a | Diagnóstico más frecuente en SM entre los no coincidentes con AP |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| Trastorno psicótico | 19 | 27 | 84,21 % | Trastorno de ansiedad y deterioro cognitivo (5,26 %) |
| Deterioro cognitivo | 6 | 10 | 83,33 % | Trastorno adaptativo (16,67 %) |
| Trastorno afectivo bipolar | 11 | 11 | 81,82 % | Trastorno psicótico y trastorno por uso de sustancias (9,09 %) |
| Trastorno por uso de sustancias | 24 | 34 | 79,17 % | Trastorno adaptativo (8,33 %) |
| Trastorno de la personalidad | 14 | 25 | 71,43 % | Trastorno de ansiedad y trastorno adaptativo (7,14 %) |
| Otros | 41 | 63 | 70,73 % | Trastorno adaptativo (17,07 %) |
| Trastorno adaptativo | 175 | 358 | 57,71 % | Trastorno afectivo depresivo (20,57 %) |
| Trastorno afectivo depresivo | 191 | 243 | 53,93 % | Trastorno adaptativo (23,56 %) |
| Trastorno de ansiedad | 319 | 175 | 30,91 % | Trastorno adaptativo (36,91 %) |
| Sin diagnóstico especificado | 250 | 104 | 15,60 % | Trastorno adaptativo (36,60 %) |

^aExpresa el porcentaje del total de casos de AP, en cada uno de los grupos diagnósticos, que presentó una coincidencia diagnóstica con SM

coincidencia diagnóstica únicamente en un 47,69 % de los pacientes con un coeficiente de *kappa* global de 0,383 (IC95 % 0,333-0,433).

Al realizar un análisis de los datos según cada grupo diagnóstico se objetivan grandes variaciones entre ellos, llamando la atención que los grupos diagnósticos más prevalentes eran aquellos que menor concordancia presentaban, siendo estos el trastorno adaptativo, el trastorno de ansiedad y el trastorno afectivo depresivo. Por el contrario, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno psicótico, entidades menos prevalentes con respecto a las anteriores, presentaban los mayores índices de concordancia. Una posible explicación para esto podría ser que los trastornos más graves, por un lado, presentan síntomas más fácilmente identificativos y, por otro lado, dada su condición de gravedad generan una mayor dedicación por parte del médico en la exploración y realización de la historia clínica que conlleva una mejoría en la capacidad diagnóstica.

Según los resultados obtenidos, la patología más frecuentemente derivada desde AP fue el trastorno de ansiedad (30,38 %), el cual parece estar sobrediagnosticado si lo comparamos con el porcentaje de trastornos de ansiedad diagnosticados por SM (16,67 %).

El trastorno afectivo depresivo y el trastorno adaptativo son respectivamente el segundo (18,19 %) y tercer (16,67 %) diagnósticos más frecuentemente derivados desde AP. Ambos diagnósticos parecen estar infradiagnosticados desde

AP, comparando el porcentaje de trastornos afectivos depresivos (23,14 %) y de trastornos adaptativos (34,10 %) diagnosticados en SM.

Esto implica que un 69,09 % de trastornos de ansiedad derivados desde AP no eran, según los profesionales de SM, pacientes con tal diagnóstico, siendo más de un tercio de los mismos trastornos adaptativos.

Además, el 23,56 % de los pacientes diagnosticados de trastorno afectivo depresivo por AP, eran diagnosticados por SM de trastorno adaptativo, y el 36,60 % de los pacientes que no tenían un diagnóstico especificado presentaban un trastorno adaptativo según SM.

Por otra parte, se aprecia una baja identificación de los trastornos adaptativos por parte de AP, pudiéndose observar que tan solo el 28,21 % de los trastornos adaptativos que fueron diagnosticados por SM habían sido identificados como tales en AP, habiendo sido derivados en mayor proporción como trastornos de ansiedad (32,68 %). Esto implica que casi las tres cuartas partes de los trastornos adaptativos derivados desde AP no fueron considerados como tales por SM, siendo el trastorno de ansiedad el grupo diagnóstico más frecuentemente derivado como trastorno adaptativo sin que hubiera una concordancia diagnóstica.

La importancia de este hecho radica en que los trastornos adaptativos son entidades nosológicas muy diferentes de los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos

depresivos, tanto por su clínica como por su tratamiento, siendo las indicaciones de derivación para cada uno de ellos muy diferentes y, por tanto, es necesario realizar un correcto diagnóstico y una adecuada derivación para el buen manejo de los mismos. En estudios anteriores se había objetivado también una dificultad desde AP para identificar los trastornos adaptativos así como un sobrediagnóstico de los trastornos afectivos depresivos^{12,13,14,15,18}.

En cuanto al trastorno mental grave, dando esta categoría al trastorno psicótico y al trastorno afectivo bipolar, se observa una concordancia diagnóstica elevada entre AP y SM. Parece, por tanto, que las patologías más graves y complejas son bien identificadas en AP, sin embargo, dentro del trastorno mental común hay una gran discordancia en el diagnóstico.

A la hora de interpretar los datos se debe tener en cuenta la siguiente limitación en el diseño del estudio: para poder facilitar el análisis de los datos se realizaron grupos diagnósticos amplios en base a los diferentes diagnósticos según la CIAP-2, en el caso de AP, y según la CIE-10 en el caso de SM.

Se puede deducir de este estudio que la concordancia diagnóstica entre AP y SM es baja, siendo muy heterogénea entre los diferentes trastornos, presentándose los índices de menor concordancia diagnóstica en los trastornos mentales comunes. Por otra parte, es necesario mejorar el acuerdo diagnóstico entre AP y SM, lo cual podría favorecer la calidad asistencial ofrecida a los pacientes y un menor número de derivaciones de pacientes con trastorno mental común que podrían ser manejados desde AP. Para ello, es probable que se requiera la realización de reuniones de consenso y la creación de grupos de trabajo entre AP y SM, así como un mejor sistema de derivación entre ambos equipos de profesionales.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de este trabajo declaran no tener ningún conflicto de interés.

5. BIBLIOGRAFÍA

- García S, Vara LA, Otero A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en AP. *Aten Primaria*. 1985;2:21-8.
- Limón J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria*. 1990;7:89-93.
- Martínez-Álvarez JM, Marijuán L, Retolaza A, Duque A, Cascán JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. *Aten Primaria*. 1993;11:127-32.
- Goldberg RJ. Management of depression in the patient with advanced cancer. *JAMA*. 1981;4:373-376.
- Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder and limitations of physical function in a sample of the Los Angeles general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*. 1988;145:976-81.
- Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centers. In: TB Ustun and N Sartorius, editors. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley & Sons; 1995. p. 323-34.
- Mitchael AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a metaanalysis. *Lancet*. 2009;374:609-19.
- Lim D, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa C. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chron Dis Can*. 2008;28(3):92-8.
- Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación?. *Aten Primaria*. 1995;15(8):491-98.
- Davis MM, Gunn R, Gowen LK, Miller BF, Green LA, Cohen DJ. A qualitative study of patient experiences of care in integrated behavioral health and primary care settings: more similar than different. *Transl Behav Med*. 2018;8(5):649-59.
- Landa N, Goñi A, García de Jabón E, Lizasoain E. Concordancia en el diagnóstico entre AP y SM. *Aten Primaria*. 2008;40(6):258-9.
- García A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque G. Estudio de las derivaciones de AP a SM: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?. *Aten Primaria*. 1998;22:233-8.
- Herrán A, López-Lanza JR, Ganzo H, Cadiñanos A, Díez-Manrique JE, Vázquez-Barquero JL. Derivación de los pacientes con enfermedad mental desde AP a SM. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:13-21.
- Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a SM desde AP?. *Aten Primaria*. 2003;32:524-30.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. *Clasificación Internacional de la AP segunda edición*. CIAP - 2. Barcelona: Masson; 1999.
- OMS. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Ed. Méditor; 1992.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-174.
- Martín-Jurado A, de la Gándara JJ, Castro S, Moreira A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen*. 2012;38(6):354-9.