

# Concordancia diagnóstica en depresión: Médicos psiquiatras versus médicos no psiquiatras\*

Mayor M.C. José de Jesús Almanza-Muñoz\*\*

Hospital Central Militar, Dirección General de Sanidad. Ciudad de México

## RESUMEN

**Antecedentes.** Los trastornos depresivos afectan en forma global a 21.7% de mujeres y a 12.7% de hombres. El abordaje actual de psiquiatría de Consulta y Enlace subraya la importancia de la precisión diagnóstica.

**Objetivo.** Evaluar la concordancia diagnóstica entre psiquiatras y no-psiquiatras en el Hospital Central Militar de México.

**Método.** La base de datos de Psiquiatría de Enlace (1989-1993) que consta de 1 300 consultas, fue evaluada atendiendo al establecimiento del diagnóstico de depresión por psiquiatras en comparación con no-psiquiatras. Se describen valores porcentuales, un índice de concordancia diagnóstica.

**Resultados.** De acuerdo con el análisis de la muestra global, hay una discreta predominancia de mujeres deprimidas (51.7%) sobre hombres (48.3%), así como de la sala de medicina de mujeres como fuente de referencia. La razón principal de referencia fue la depresión (179 casos/13.7%). El servicio de Consulta y Enlace estableció el diagnóstico de depresión en 166 pacientes (12.7%) mismo que fue considerado como el estándar operativo de oro. Los médicos no-psiquiatras establecieron el diagnóstico de depresión en 179 casos, mostrando una confiabilidad diagnóstica de 86.7%, así como un sobrediagnóstico de 18.9% y una falla diagnóstica de 12.65%.

**Conclusiones.** La confiabilidad diagnóstica de depresión por médicos no psiquiatras en el Hospital Central Militar es de 86.7% con base en este informe. Es importante continuar esta línea de investigación utilizando entrevistas estructuradas para confirmar los presentes resultados.

**Palabras clave:** Trastornos depresivos, psiquiatría de Consulta y Enlace, psiquiatras, no-psiquiatras.

## *Diagnostic concordance in depression: Psychiatrists versus non-psychiatrists.*

## SUMMARY

**Background.** Depression affects and overall of 21.7% women and 12.7% men, the current approach of Consultation/Liaison psychiatry underlined the importance of diagnostic accuracy.

**Objective.** To evaluate the diagnostic concordance between psychiatrists and non-psychiatrists at the Military Central Hospital, Mexico.

**Method.** A database of 1300 C/L consultation were evaluated from 1989 to 1993. Looking at the depression diagnostic done by psychiatrists as compared to non-psychiatrists.

**Results.** According to the global sample analysis, a discrete predominance of women (51.7%) over men (48.3%) was observed, as well as Medicine Women Room as the main referral source. The main reference reason was depression (179 cases/13.7%). The C/L service established the diagnostic of depression in 166 patients (12.7%), which was considered the operative gold standard. Non psychiatrists doctors established depression diagnostic in 179 cases, showing a diagnostic reliability of 86.7% as well as an over-diagnostic of 18.9% and a diagnostic failure in 12.65%.

**Conclusions.** Depression diagnosis reliability for non-psychiatrists is up to 86.7% at the Military Central Hospital based on this report. It is important to follow this research line using structured diagnostic interviews to confirm this features.

**Key words:** Depressive disorder, Consultation/Liaison psychiatry, psychiatrists, non-psychiatrists.

\* Trabajo presentado en el 6/o Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica Junio 22-27, 1997. Niza, Francia

\*\* Psiquiatra de Enlace y Psicooncólogo, Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad y Editor de la Revista de Sanidad Militar.

Apdo. Postal 10-1166  
CP: 11649  
México, D. F.  
E-mail almanzaj@yahoo.com

## Introducción

La Salud Mental a nivel de cuidado primario cobra cada vez mayor importancia en la medicina moderna, dentro de ello los trastornos depresivos constituyen uno de los principales síndromes cuyo primer contacto es el médico general, particularmente en el contexto hospitalario institucional, pese a lo cual, son pocos los estudios que abordan el establecimiento del diagnóstico a ese nivel.

Para el abordaje de esta problemática resulta particularmente útil la aplicación del concepto de enlace, pues la planificación de la atención en ese sentido, permite una mayor interacción entre psiquiatras y médicos no psiquiatras, favoreciendo la formulación de mecanismos que coadyuven a una mejor detección, manejo, canalización y prevención de los trastornos depresivos.

El presente trabajo describe el establecimiento del diagnóstico de depresión, enviado por Médicos No-Psiquiatras (MNP), en comparación con Médicos Psiquiatras (MP), en una muestra de 1 300 consultas psiquiátricas, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar, bajo el modelo de enlace psiquiátrico.

## Antecedentes

Los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública (INMH-ECA, Regier & Burke, 1989),<sup>1</sup> aproximadamente 15.4% de la población general se encuentra afectada por uno o más padecimientos psiquiátricos en un periodo de un mes, su trascendencia a nivel de cuidado primario es puntualizada por Koranyi (1992),<sup>2</sup> quien señala en un metaanálisis, que hasta 50.10% de pacientes afectados por un padecimiento físico, presentaban algún grado de afección mental. Asimismo, Hackett (1991),<sup>3</sup> señala que aproximadamente 6% de todos los pacientes de hospital general son vistos por el psiquiatra.

En este sentido, la importancia de la depresión en el primer nivel de atención está bien establecida, la prevalencia general es de 21.7% en mujeres y de 12.7% en hombres, en población adulta (Rowe y col., 1995),<sup>4</sup> y de 1.7% a nivel pediátrico (Costello y col., 1988).<sup>5</sup> La interacción entre depresión y enfermedades físicas también ha sido estudiada, y su prevalencia oscila de 23% en pacientes ginecológicas (Evans y col., 1986),<sup>6</sup> 42% en pacientes con cáncer (Burkberg y col., 1984),<sup>7</sup> siendo la cifra más alta de 83%, reportada para pacientes con síndrome de Cushing (Hackett, 1985).<sup>8</sup>

En esa misma línea, Cassem (1991)<sup>9</sup> señala la coexistencia de depresión en padecimientos tales como: infarto agudo al miocardio (18%), enfermedad renal (30%), dolor crónico (32.4%), enfermedad de Alzheimer (11%) y epilepsia (55%). Así, la depresión es un factor de riesgo que incrementa las complicaciones potenciales al presentarse en forma concomitante a padecimientos médicos como la diabetes (Lustman, 1992),<sup>10</sup> la hipertensión o el infarto al miocardio (Wells, 1993).<sup>11</sup> Del mismo modo, la presencia

de una o más enfermedades crónicas incrementa la prevalencia de depresión de 5.8% a 9.4% (Cassem, 1991).<sup>9</sup>

Tufo (1970)<sup>12</sup> ha enfatizado que la falla o dilación en el establecimiento del diagnóstico de depresión expone al enfermo a sufrir complicaciones graves o incluso la muerte, especialmente después de ser sometido a cirugía cardíaca.

Silverstone (1987)<sup>13</sup> subraya que en las primeras 24 horas postinfarto, la presencia de depresión condiciona un riesgo significativamente mayor de muerte súbita, reinfarto o falla cardíaca.

Otro aspecto que evidencia la importancia del síndrome depresivo a nivel de cuidado primario es lo dado a conocer recientemente por Rowe (1995),<sup>4</sup> en el sentido de que aproximadamente una de cada cinco mujeres y uno de cada 10 hombres que solicitan atención primaria, están o han estado deprimidos en un periodo reciente. Sin embargo, pese a ello, el establecimiento del diagnóstico a nivel de especialistas no psiquiatras y médicos de cuidado primario ha sido apenas estudiado.

En esa línea, Von Korff (1987)<sup>14</sup> señala que en forma similar a otros problemas de salud pública como la hipertensión, para los cuales se ha desarrollado una importante campaña de educación y detección, es preciso efectuar acciones concretas en el campo de la salud mental respecto a la depresión, toda vez que la prevalencia de depresión en población general es mayor que la de hipertensión arterial (Montano, 1994).<sup>15</sup>

Resulta muy clara la trascendencia de la depresión en el contexto de la atención primaria de la salud y en el ámbito de hospital general, marco dentro del cual el trabajo del psiquiatra, formulado bajo el concepto de enlace, se constituye como un valioso auxiliar y como un eficaz intercomunicador entre psiquiatría y medicina, de acuerdo con Hackett (1991)<sup>3</sup> y con Strain (1989).<sup>16</sup>

Pinkus (1983),<sup>17</sup> en una muy completa revisión acerca de las diversas modalidades de enlace, señaló la interconsulta (actividad primordialmente asistencial), el enlace (suma acciones de enseñanza e investigación), puente (enlace con un servicio específico), el modelo híbrido y el modelo autónomo.

En nuestro medio, el funcionamiento inicial cubrió actividades fundamentalmente asistenciales, surgió luego la adopción de la idea central del enlace y su conceptualización teórica (Almanza, 1995),<sup>18</sup> enfatizándose como un cambio de paradigma, permite la percepción más completa e integral del fenómeno de la psicopatología en el paciente médicamente enfermo y facilita reforzar los lazos existentes entre psiquiatría y medicina.

Parte de este esfuerzo ha trascendido inclusive el propio modelo de enlace, prueba de ello es la formulación de un modelo de puente, con el Servicio de Hemodiálisis a través de la formación de un grupo psicoterapéutico con pacientes renales (Almanza, 1995),<sup>19</sup> cuya duración fue de un año y permitió observar una mejor adhesión terapéutica, la disminución de los niveles de ansiedad y la comprensión de la compleja dinámica que conlleva la enfermedad renal crónica.

Dicha intervención combina la concepción de psiquiatría de enlace con el abordaje psicodinámico, piedra angular y

característica primordial del servicio de psiquiatría de nuestro hospital desde su creación.

La investigación clínica en psiquiatría de enlace ha dado un paso inicial que significó la transición definitiva hacia el modelo de enlace y que partió justamente de analizar el trabajo previo que se efectuó bajo el modelo de interconsulta, ello permitió definir y rescatar el trabajo clínico y mostrarlo en forma sistematizada, permitiendo describir patrones generales de la demanda de atención intrahospitalaria en materia de salud mental (Almanza, 1995).<sup>20</sup> Es preciso señalar que si bien los logros no pueden calificarse de espectaculares, sí son innovadores y podrán consolidarse en un futuro muy próximo.

## Método

El presente trabajo se deriva de un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, que describe 1 300 interconsultas, concernientes al periodo comprendido entre enero de 1989 a julio de 1993 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar (Almanza, 1995).<sup>20</sup> De dicha base se efectuó un análisis del establecimiento del diagnóstico de la depresión por médicos generales y especialistas psiquiatras, denominados MNP, y por Psiquiatras, denominados MP. Se determinó el coeficiente de concordancias y se efectuaron consideraciones cualitativas de los resultados.

## Resultados

Se analizaron 1 300 registros correspondientes al periodo de 1989 a mediados de 1993 (Almanza y col., 1995),<sup>20</sup> se muestra inicialmente una perspectiva panorámica de la problemática de enlace y en seguida la localización de los aspectos relativos a la depresión, misma que se evalúa tanto desde el punto de vista del enlace como desde la perspectiva del médico general.

Se encontró un discreto predominio de mujeres (51.7%) versus hombres (48.3%), (M/H = 1.07), un promedio de edad de 38.1 años (SED: 19.7), y rango de 2 a 94 años, predominó el grupo de 21 a 30 años. Las salas de referencia más frecuentes fueron: Medicina de Mujeres (9.3%), Ginecología (8.2%) y Neurología (con 7.9%). El principal motivo de referencia fue la depresión en 179 casos (13.7%), la existencia de problemas con el equipo de salud (13.7%) y ansiedad (84%). El diagnóstico psiquiátrico (de acuerdo con la CIE-9 en vigencia) fue de neurosis en 305 casos (23.4%), depresión en 166 (12.7%) y trastornos de personalidad en 150 casos (11.5%) (Cuadro 1).

El diagnóstico establecido por el equipo de enlace (MP), mediante la entrevista psiquiátrica clínica, se consideró para los objetivos de este estudio, el estándar de oro e informó en 166 casos el diagnóstico de depresión, lo cual corresponde a 12.7%, con predominio del sexo femenino (58.43%), (M/H = 1.4:1), edad promedio de 40.16 años (SD: 19.46), y primordialmente en el grupo de 21 a 30 años (43.03%). La principal sala de referencia para este grupo fue Medicina de

**Cuadro 1. Perspectiva general de la Psiquiatría de Enlace en el Hospital Central Militar.**

Edad promedio: 38.1 ± 19.7		
Grupo predominante: 21 a 30 años	n = 380	29.2%
Variable	No.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	672	51.7%
Masculino	628	48.3%
Índice femenino/masculino = 1.07:1		
<b>Salas de Referencia</b>		
Medicina de mujeres	121	9.3%
Ginecología	107	8.2%
Neurocirugía	103	7.9%
Ortopedia de mujeres	84	6.4%
Medicina de hombres	77	5.9%
<b>Motivo de referencia</b>		
No especificado	452	34.7%
Depresión	179	13.7%
Problemas con el equipo de atención	115	8.8%
Ansiedad	84	6.4%
Depresión posparto	69	5.3%
<b>Diagnóstico psiquiátrico establecido</b>		
No especificado	363	27.9%
Trastornos neuróticos	305	23.4%
Trastornos depresivos	166	12.7%
Trastornos de personalidad	150	11.5%
Trastornos psicóticos	70	5.3%

n = 1 300 casos

Fuente: Almanza y col, Rev Sanid Milit Mex 1995; 49(6) Nov-Dic: 164-68.

**Cuadro 2. Diagnóstico de depresión establecido por Médicos Psiquiatras (MP).**

Edad promedio: 40.16 ± 19.46		
Grupo predominante: 21 a 30 años	n = 71	43.03%
Sexo	No.	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	97	58.43%
Masculino	69	41.57%
Índice Femenino / Masculino = 1.4:1		
<b>Salas de Referencia</b>		
Medicina de Mujeres	19	11.52%
Ortopedia de Mujeres	16	9.63%
Infectología de adultos	13	7.83%
Ortopedia Norte	13	7.83%
Medicina de Hombres	12	7.22%

Muestra total n = 1 300

Muestra de pacientes diagnosticados por psiquiatría n = 166

Fuente: Almanza y col, Rev Sanid Milit Mex 1995; 49(6) Nov-Dic: 164-8.

Mujeres en 19 casos (11.52%), seguida de Ortopedia de Mujeres en 16 casos (9.63%) e Infectología de Adultos en 13 (7.83%) (Cuadro 2).

Por su parte, el MNP estableció el diagnóstico de depresión en pacientes femeninos en 110 casos (61.45%). La edad

promedio referida fue de 38.5 años y la referencia principal fue Medicina de Mujeres seguida de los servicios de Ortopedia (Cuadro 3).

Finalmente, la concordancia diagnóstica observó una distribución de 60% (87 casos), en mujeres versus 40% (58 casos) en hombres (M/H = 1.5:1).

El promedio de edad fue de 38.70 años (SD: 18.9) predominando el grupo de 21 a 30 años. La sala más frecuente de referencia fue Medicina de Mujeres, seguida de Ortopedia Norte y Ortopedia de Mujeres (Cuadro 4).

Los MNP diagnosticaron depresión en 179 casos (13.7%); de los cuales sólo 145 fueron confirmados por los MP, quienes efectuaron el diagnóstico de depresión en 166 casos (12.7%). De aquí se desprende en los MNP, un acierto diagnóstico de 86.7%, un sobrediagnóstico en 34 casos (18.9%) y falla diagnóstica en 21 casos (12.65%) (Figura 1).

El sobrediagnóstico (34 casos) mostró una proporción M/H de 2:1, y correspondió a neurosis en 12 casos (35.29%),

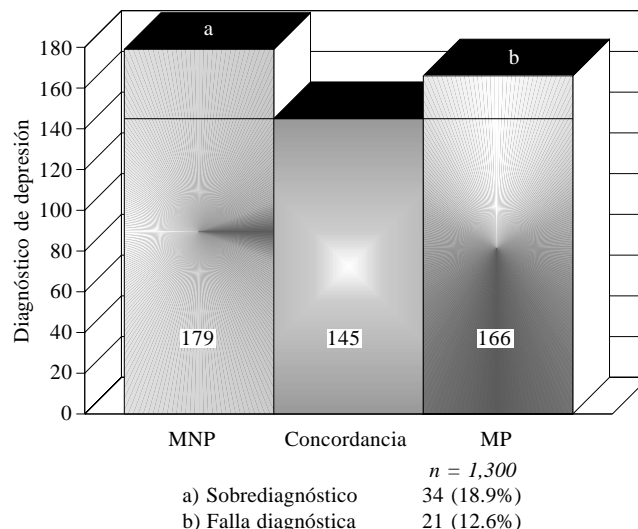


Figura 1. Concordancia diagnóstica en Depresión entre Médicos Psiquiatras (MP) y Médicos No-Psiquiatras (MNP).

Cuadro 3. Diagnóstico de depresión establecido por Médicos No-Psiquiatras (MNP).

Edad promedio: 38.5 ± 18.8		
Grupo predominante: 21 a 30 años	n = 51	28.49%
Sexo	No.	%
Femenino	110	61.45%
Masculino	69	38.55%
Índice Femenino/Masculino = 1.5:1		
Salas de Referencia		
Medicina de Mujeres	22	12.36%
Ortopedia Norte	14	7.82%
Ortopedia de Mujeres	14	7.82%
Medicina de Hombres	13	7.26%
Infectología de adultos	12	6.70%

Muestra total n = 1 300  
 Muestra de pacientes diagnosticados por psiquiatría n = 179  
 Fuente: Almanza y col, Rev Sanid Milit Mex 1995; 49(6) Nov-Dic: 164-8.

Cuadro 4. Concordancia diagnóstica de depresión entre Psiquiatras (MP) y No-Psiquiatras (MNP).

Edad promedio: 38.70 ± 18.9		
Grupo predominante: 21 a 30 años	n = 66	45.83%
Sexo	No.	%
Femenino	87	60%
Masculino	58	40%
Índice Femenino/Masculino = 1.5:1		
Salas de Referencia		
Medicina de Mujeres	17	11.7%
Ortopedia Norte	13	8.90%
Ortopedia de Mujeres	13	8.90%
Infectología de Adultos	12	8.27%
Medicina de Hombres	11	7.58%

Muestra total n = 1 300  
 Muestra de pacientes diagnosticados por psiquiatría n = 166  
 Muestra de pacientes diagnosticados por médicos no psiquiatras n = 179  
 Concordancia diagnóstica: n = 145 11.5%

Cuadro 5. Sobrediagnóstico de depresión en Médicos No-Psiquiatras (MNP).

Sexo	No.	%
Femenino	23	67.6%
Masculino	11	32.4%
Índice Femenino/Masculino = 2:1		
Padecimientos		
Neurosis	12	35.9%
Trastornos psicóticos	9	26.47%
Trastornos de personalidad	7	20.58%
Otros	6	17.6%

Muestra total n = 1 300  
 Sobrediagnóstico: n = 34 18.9%

Cuadro 6. Falla diagnóstica de depresión en Médicos No-Psiquiatras (MNP).

Sexo	No.	%
Femenino	10	47.6%
Masculino	11	52.4%
Índice Femenino/Masculino = 2:1		
Padecimientos		
Trastornos de ansiedad	6	28%
Riesgo suicida	4	16%
Dolor	3	14.1%
Problemas con el equipo de salud	3	14.1%
Conducta bizarra	2	9.1%
Otros	3	12.3%

Muestra total n = 1 300  
 Falla diagnóstica: n = 21 12.65%

trastornos psicóticos en nueve (26.47%) y trastornos de personalidad en siete casos (20.58%) (Cuadro 5). En tanto los casos que escaparon a su diagnóstico por el MNP, denominados "Falla diagnóstica" (21 casos), ocurrieron con una pro-

porción M/H = 0.9:1, e incluyeron a seis casos (28%), cuyo diagnóstico fue de trastornos de ansiedad; cuatro de ellos (16%), con riesgo suicida; tres con trastorno por dolor y tres más referentes a problemas con el equipo de salud (14.1%) (*Cuadro 6*).

## Discusión

En la muestra estudiada se observa una mayor incidencia de trastornos mentales en mujeres, proporción de 1.07:1, y en un rango de edad de 21 a 30 años, lo cual es congruente con lo señalado por Hengelveld y col. (1984),<sup>21</sup> asimismo, dicha predominancia en el género femenino ha sido señalada por Williams y col. (1995),<sup>22</sup> en una proporción aún más alta, de 1.9:1 (37% mujeres versus 19% varones), y a nivel epidemiológico coincide con Kaplan (1994),<sup>23</sup> así como con lo dado a conocer en la Encuesta de Captación Epidemiológica (INMH-ECA) (Regier & Burke, 1989).<sup>1</sup>

Medicina interna es la principal fuente de consulta psiquiátrica, lo cual es informado en los mismos términos por Sobel (1988)<sup>24</sup> y Lippert (1990).<sup>25</sup> El principal motivo de referencia es la depresión en 13.7%, en cambio Sobel (1988)<sup>24</sup> señala en 30.1% el intento suicida, cabe decir que dicha condición no constituye una categoría nosológica específica y por otra parte, se incluye en el espectro clínico de la depresión, pues 80% de los pacientes cursa con un trastorno afectivo (Kaplan & Sadock, 1994).<sup>23</sup>

En forma congruente con los informes existentes (Sobel, 1988),<sup>24</sup> la casuística confirmada por la revisión psiquiátrica está encabezada por los trastornos neuróticos, depresión y trastornos de personalidad.

Existe en los MNP una mayor tendencia hacia la detección de mujeres deprimidas, ello se evidencia por la proporción más elevada de captación de mujeres en el sobrediagnóstico (1.5:1) (*Cuadro 3*), y es congruente con la observancia de una proporción de 0.9:1, (*Cuadro 6*), en la falla diagnóstica. Es decir, el MNP acierta predominantemente al diagnosticar mujeres deprimidas y falla más al efectuar el diagnóstico de hombres con tal condición. Lo señalado es congruente con Williams (1995).<sup>22</sup>

Por otra parte, en el diagnóstico de depresión y en relación con el género, los MP prescriben una proporción hombre-mujer discretamente menor (1.4:1) (*Cuadro 2*). Consideramos que la proporción más elevada para la mujer es congruente con la mayor prevalencia de los padecimientos afectivos en ésta, como ha sido señalado en el estudio de la ECA,<sup>1</sup> así como por Williams (1995).<sup>22</sup>

La cifra de depresión fue de 11.15%, si se toma en cuenta la concordancia diagnóstica de 13.7% si se considera lo señalado por los MNP y de 12.7% si se obtiene el criterio del psiquiatra. Esta cifra se encuentra en un punto medio, ya que Popkin y col. (1985)<sup>26</sup> reportan 19%, Schwab (1967)<sup>27</sup> y Cassem (1991)<sup>9</sup> coinciden en 20%, Sobel (1988)<sup>24</sup> menciona 15% y Von Korff (1987)<sup>14</sup> 8.7%.

El acierto diagnóstico de 86.7% por los médicos generales y especialistas no psiquiatras, puede considerarse óptimo,

pues al respecto Goldberg (1976)<sup>28</sup> informa una sensibilidad de 80% para la detección de enfermedad mental a nivel de cuidado primario, mediante el uso de métodos de screening y despistaje. Von Korff (1987),<sup>14</sup> por su parte, señala que el uso de entrevistas escandalizadas tales como el DIS (Diagnostic Interview Schedule) y el GHQ (General Health Questionnaire), incrementan significativamente la posibilidad de detección de los trastornos mentales.

La tendencia de MNP a identificar trastornos neuróticos excluyendo depresión, sintomatología psicótica y trastornos de personalidad como depresión, y a no detectar trastornos de ansiedad y riesgo suicida, señala la dificultad inherente al establecimiento del diagnóstico de depresión y alude a lo que Goldberg (1979)<sup>29</sup> llamó morbilidad psiquiátrica conspicua.

Existe coincidencia con Mallak y col. (1996),<sup>30</sup> quien ubica al médico de cuidado primario en una posición privilegiada que le permite potencialmente detectar, manejar, canalizar y aun prevenir (Muñoz y col., 1995)<sup>31</sup> en torno a los trastornos depresivos; asimismo, estamos conscientes de que un aspecto de gran importancia es la adopción de instrumentos de screening que incrementen la detección y la adopción de modelos (Brody, 1995)<sup>32</sup> que permitan una progresión en ese sentido.

## Conclusiones

La prevalencia de depresión en pacientes internados en el Hospital Central Militar es de 12.7%, de los cuales 86.7% es detectado por los médicos generales y especialistas no psiquiatras (Almanza, 1997).<sup>33</sup> Globalmente se considera que el paciente deprimido será una mujer (preferentemente) u hombre con edad entre 38 y 40 años, proveniente del servicio de Medicina Interna, Infectología u Ortopedia.

Los MNP debieran pensar en depresión frente a sintomatología ansiosa y riesgo de suicidio, mientras que frente a un probable paciente deprimido deben tenerse presentes otras posibilidades diagnósticas como son los trastornos de tipo psicótico y trastornos de personalidad.

Se reconoce como imprescindible la inclusión de instrumentos estandarizados de diagnóstico psiquiátrico y el uso de escalas de evaluación psiquiátrica como métodos de despistaje y screening, tales medidas permitirán consolidar los resultados y contrastarlos sobre una base metodológica de mayor consistencia. Finalmente, se considera de primordial importancia el formular protocolos de investigación que contemplen aspectos específicos de abordaje hacia la comunidad médica general, pues ello redundará en una detección más pronta, oportuna, así como un manejo más eficiente de los pacientes con trastornos depresivos.

## Referencias

1. Regier DA, Burke JD. Epidemiology. In Comprehensive Textbook of psychiatry, Ed 5, HI Kaplan, BJ Sadock, editors, p 308. Williams & Wilkins, Baltimore, 1989.
2. Koranyi EK, Potoczny. Physical illness underlying psychiatric symptoms. Psychother Psychosom, 1992; 58: 155-60.

3. Hackett TP, Cassem NH, Stern TA y Murray GB. Beginnings: Consultation psychiatry in a general hospital. En Cassem, NH. Handbook of General Hospital Psychiatry. Third Edition, Mosby Year Book. Boston Massachusetts, 1991: 1-8.
4. Rowe MG, Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Kropp S. Correlates of depression in primary care. *J Fam Pract* 1995; 41(6): 551-8.
5. Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Bums BJ, Dulcan MK, Brent D, Janiszewski S. Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1107-16.
6. Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB et al. Depression in women treated for gynecological cancer. Clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 447-52.
7. Bukberg J, Penman Dm, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*. 1984; 46: 199-212.
8. Haskett RF. Diagnostic categorization of psychiatric disturbance in Cushing's syndrome. *J Psychiatry* 1985; 142: 911-16.
9. Cassem NH. Depression. In Cassem N H. Handbook of General Hospital Psychiatry. Third edition, Mosby Year Book. Boston Massachusetts 1991: 237-68.
10. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. *Diabetes care* 1992; 15 (11): 1631-8.
11. Wells KB, Rogers W, Burnam MA, Camp P. Course of depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insulin-dependent diabetes. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (4): 632-7.
12. Tufo HM, Osfeld AM, Shekelle R. Central nervous system dysfunction following open-heart surgery. *JAMA* 1970; 212: 1333.
13. Silverstone PH. Depression and outcome in acute myocardial infarction. *Br J Med* 1987; 294: 219-20.
14. Von Korff M, Shapiro S, Burke JD, Teitlebaum M, Skinner EA, German P, Turner RW, Klein L, Burns B. Anxiety and depression in a primary care clinic. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 152-6.
15. Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (suppl): 18-34.
16. Strain JJ, Zebulun T. Consultation liasion psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ : Comprehensive text book of psychiatry. V Edition. Baltimore Maryland: Ed. Williams and Wilkins; 1989: 1272-9.
17. Pinkus HA, Strain JJ, Houpt JL, Gise LH. Models of mental health training in primary care. *JAMA* 1983; 249; 22: 3065-8.
18. Almanza MJJ, Hernández DM, Barajas AG. La psicoterapia de grupo y el Concepto de Enlace en el contexto hospitalario. *Rev Sanid Milit Mex* 1995; 49(4): 88-91.
19. Almanza MJJ, Blum-Gordillo BB, Gordillo PG, Riestra CM, y Altamirano MS. Psicoterapia de grupo con pacientes renales. *Rev Sanid Milit Mex* 1995; 49 (5): 127-30.
20. Almanza MJJ, Orueta AJA, Argueta MMR, Díaz BJ, Menéndez MS, Chávez DM, Medina SH, Barajas AG. La Psiquiatría de Enlace en el Hospital Central Militar. El proceso de transición del modelo de interconsulta al de enlace. *Rev Sanid Milit Mex* 1995; 49 (6): 164-8.
21. Hengelveld MW, Rooymans HGM, Vecht - van Denebergh R. Psychiatry consultation in a dutch university hospital. A report on 1814 referrals, compared with a literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 1984; 6: 271-9.
22. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M, Kroenke K, Hahn SR, De Gruy FV, Lazev A. Gender differences in depression in primary care. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 654-9.
23. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. 7ª Edición, p: 375-378. Editorial Médica Panamericana y Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland 1994.
24. Sobel SN, Munitz H, Karp L. Psychiatric consultations in two israeli general hospitals *General Hospital Psychiatry* 1988; 10: 298-304.
25. Lippert GP, Conn D, Schogt B, Ickowicz A. Psychogeriatric consultation. General hospital versus home for the aged. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12(5): 313-8.
26. Popkin MK, McKenzie JB, Callies AL. Data-based psychiatric consultation. Applying mainframe computer capability to consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 109-12.
27. Schwab J, Bialow M, Brown J, et al. Diagnostic depression un medical inpatients. *Ann Intern Med* 1967; 67: 695-706.
28. Goldberg DP, Rickels K, Downing R, Hesbacher P. A comparison of two psychiatric screening test. *Br J Psychiatry* 1976; 129: 61-7.
29. Goldberg DP. Detection and assessment of emotional disorders in primary care. *Int J Ment Health* 1979; 8: 30-48.
30. El Mallak RS, Wright JC, Breen KJ, Lippmann SB. Clues to depression in primary care practice. *Postgrad Med J* 1996; 100(1): 85-8.
31. Muñoz RF, Ying YW, Bernal G, Pérez Stable EJ, Sorensen JL, Hardgreaves WA, Miranda J, Miller LS. Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial. *Am J Community Psychol* 1995; 23(2): 199-222.
32. Brody DS, Thompson TL, Larson DB, Ford DE, Katon WJ, Magruder KM. Recognizing and managing depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17(2): 93-107.
33. Almanza MJJ. Diagnostic concordance in depression psychiatrist versus no psychiatrist. Abstracts of the 6th World Congress of Biological Psychiatry June 22-27, 1997 Nice, France. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 15-2585.