

Estimación del consumo de recursos sanitarios de los trastornos depresivos en la Comunidad Autónoma de Madrid

E. Diego Álvarez¹, J. I. Robles Sánchez², C. Morant Ginestar³, J. J. Melendo Granados⁴

Sanid. mil. 2008; 64 (4): 198-207

RESUMEN

El presente estudio trata de realizar una estimación del consumo de recursos sanitarios y costes monetarios medios generados por pacientes de la Comunidad de Madrid (CAM) atendidos en Centros de Salud Mental (CSM) e identificar factores que pueden estar asociados con el coste total, además de estudiar la comorbilidad física y psiquiátrica. Para ello se realizó un estudio descriptivo transversal, siendo la población de referencia 309 pacientes de ambos sexos, mayores de 17 años, con diagnóstico CIE-9 de depresión neurótica, reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada y trastorno depresivo no clasificado en otra parte. El coste medio total por paciente es de 442,15€, el coste medio del consumo de fármacos es 378,58€ y el gasto medio por paciente de las asistencias es de 63,58€. Existe una elevada variabilidad entre los costes mínimos y máximos que ha llevado a dividir la muestra en grupos mediante cuartiles de gastos para su análisis y se concluye que el diagnóstico con mayor porcentaje de pacientes es el de depresión neurótica, siendo el que presenta los mayores costes (546,14€).

PALABRAS CLAVE: Costes, Recursos sanitarios, Depresión

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad y para casi todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental¹.

Cada vez se hace más evidente por tanto, la importancia que tienen en la sociedad actual las enfermedades mentales. Éstas serán las responsables de la mayor carga económica de todos los países y, según constata el informe anual de la Organización Mundial de la Salud¹, en 2020 los trastornos depresivos serán los responsables de minar la salud de la población general, desbancada del primer lugar sólo por el infarto o la angina de pecho.

A lo largo de los distintos países, se entiende que el concepto de salud mental es más amplio que la mera ausencia de trastornos mentales. Por esto abarcaría entre otros aspectos el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales¹.

La OMS en el citado informe de 2001 sobre Salud Mental considera que la mayoría de los países en desarrollo carecen de suficientes especialistas profesionales de la salud mental para estos servicios y que es necesario incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental.

Es frecuente que los médicos de atención primaria hagan, sin plantearse otras vías, un abordaje farmacológico de los trastornos afectivos, antes de optar por la derivación a un servicio especializado, planteándose sólo después de, al menos, un intento terapéutico². Por esto, se estima que es el 23,6% de los casos diagnosticados de depresión el porcentaje que se deriva al especialista en salud mental, fundamentalmente por la gravedad y complejidad del cuadro clínico depresivo presentado, aunque también, en ocasiones, se hace a petición del propio paciente³.

El principal problema de la depresión no es sólo la elevada prevalencia, sino también las serias consecuencias en la calidad de vida de los pacientes y los elevados costes derivados de la utilización de recursos de los servicios de salud⁴.

Según la OMS la depresión grave es hoy, a nivel mundial, la causa principal de discapacidad, y la cuarta de las diez causas principales de la carga de morbilidad. Las discapacidades generadas por los trastornos psiquiátricos alcanzan niveles importantes, llegando incluso pacientes ambulatorios con depresión a tener un funcionamiento físico, psíquico y social igual o peor que pacientes con enfermedades crónicas⁵. Si las proyecciones son correctas, en un plazo de 20 años la depresión podría convertirse en la segunda de esas causas.

La prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es cada vez mayor e incluso se indica que el 15% de ésta puede llegar a padecer, al menos, un episodio de depresión a lo largo de su vida, siendo la incidencia mayor en la madurez³. Concretamente, investigaciones recientes estiman que la prevalencia en mujeres llega a ser del 10-25%, para varones del 5-12%, y en ancianos, sobre todo institucionalizados, alcanza un 25%³, siendo más frecuente aún en

¹ Psicóloga.

² Cte. Psicólogo. Junta Médico Pericial Psiquiátrica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

³ Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

⁴ Psiquiatra. Coordinador del Área Asistencial de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, de la Consejería de Sanidad en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Dirección para correspondencia: J. I. Robles Sánchez. Junta Médico Pericial Psiquiátrica. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid.

Recibido: 23 de febrero de 2008.

Aceptado: 20 de octubre de 2008.

ancianos con problemas de discapacidad física⁶. En el caso del trastorno distímico (depresión neurótica en la CIE-9⁷), afecta en los EE.UU. a un 1,5% de la población de 18 años, aumentando a un 3,3% en población adulta⁸.

Cuando se habla de consecuencias directas en la calidad de vida de personas que sufren algún tipo de trastorno depresivo, hay que hacer mención a la cronicidad de ésta⁹, a su naturaleza debilitante¹⁰ y al desajuste que provoca en sus vidas, causando un sustancial daño psicosocial así como en sus ocupaciones funcionales y/o laborales¹¹. Las manifestaciones citadas con mayor frecuencia son un persistente humor ansioso¹², la pérdida del interés y de la capacidad de ocio, alteraciones del sueño y disminución de la vitalidad⁴.

Para poder mitigar los efectos negativos de la sintomatología depresiva, es necesario realizar de forma precisa una correcta evaluación. Para ello, el uso de medidas idénticas y criterios diagnósticos comunes pueden ayudar a identificar diferentes niveles de severidad de depresión en diferentes culturas y ciudades¹³. Hay estudios que muestran las diferencias de porcentajes a la hora de detectar los trastornos depresivos entre médicos de atención primaria y médicos de salud mental, por lo que subrayan la importancia de mejorar el reconocimiento de la depresión y utilizar los criterios CIE-10¹⁴ para realizar un adecuado diagnóstico diferencial¹⁵.

Una vez realizada una correcta evaluación, habrá que tener en cuenta todas las características que presenta el paciente, para poner en marcha el tratamiento más adecuado que mitigue la sintomatología presente y le devuelva a su nivel premórbido de actividad. Para ello se tendrá en cuenta el tratamiento farmacológico más eficaz y rentable, así como técnicas de apoyo psicológico dirigidas a producir mejoras en sus sentimientos, cogniciones, conductas y, en definitiva, optimizar su calidad de vida^{16,17}.

Se ha observado, que el tratamiento más extendido es el farmacológico mediante la prescripción de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IsRS) han sido los más prescritos³, y son considerados por algunos autores como el mayor avance en el tratamiento de la depresión en los últimos 15 años⁴.

A la hora de plantear un tratamiento adecuado hay que tener en cuenta que es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también tienden a aparecer asociados con mucha mayor frecuencia de la que puede explicar el azar¹⁸.

Por esto, un problema añadido a la hora de diagnosticar y tratar la depresión, es la gran comorbilidad que existe entre los trastornos depresivos con otros trastornos mentales, como es el caso de los trastornos de ansiedad, que se pueden observar aproximadamente en la mitad de los individuos que los padecen¹⁹. A su vez, también es muy frecuente la coexistencia con enfermedades físicas graves de gran relevancia y repercusión social¹, tales como la migraña, el asma, enfermedades cardíacas^{20,21}, el cáncer²²⁻²⁴ o el VIH²⁵. En los últimos años también se ha asistido al incremento de patologías con igual trascendencia social, pero sin un claro trasfondo etiológico y con gran repercusión psicopatológica. Entre ellas destaca la fibromialgia, no sólo por su importancia asistencial, sino también por la repercusión funcional en los sujetos afectados por la misma. Se cree que un 68% de pacientes con este trastorno tienen antecedentes de depresión, que un 22% la sufren en el momento actual como patología coexistente y que hay un 10% diagnosticado de trastorno distímico²⁶.

Todo lo expuesto hasta el momento acerca de los trastornos afectivos, nos acerca a poder entender por qué generan una gran

carga económica a nivel mundial, de carácter general, y a cada país de forma particular. Según un informe de la Asociación Nacional de Salud Mental, la depresión es una de las enfermedades más costosas. Todos los factores que conforman el trastorno depresivo al estar interrelacionados, influyen de forma directa e indirecta en el incremento o no de los gastos generados por pacientes con dicho trastorno. Por ejemplo, el hecho de que exista una detección temprana o tardía (al poder estar enmascarada tras enfermedades crónicas, somáticas o por la existencia de una elevada comorbilidad con los trastornos de ansiedad), que se aplique un correcto y eficaz tratamiento farmacológico y que exista o no de forma conjunta apoyo psicológico, que haya por parte del paciente una buena adherencia a dicho tratamiento o que, por el contrario, se produzca un abandono temprano por resistencia al mismo, hacen que se incrementen o no de manera sustancial los costes de los cuidados médicos generales junto con los específicos de salud mental^{10,12,13,21,27-31}. A todo esto hay que añadir las pérdidas en el sector laboral, ya que los empleados sufren agotamiento, ansiedad, un bajo estado de ánimo y estrés, factores que pueden provocar una menor productividad, la reducción de beneficios y unos elevados índices de rotación de plantillas, llegando incluso a la pérdida del trabajo³².

En concreto, la distimia se considera un trastorno que ocupa un importante papel en las cargas económicas de los servicios de salud y que éstas se pueden aumentar al recibir inadecuados tratamientos. Además se ven incrementadas por el elevado número de pacientes graves, pacientes de minorías étnicas y pacientes con trastornos de personalidad³³. En 2006, Barbui y colaboradores, publicaron un estudio a largo plazo sobre el consumo de recursos de una gran muestra de pacientes diagnosticados de distimia. Los costes medios totales por paciente y año serían de 703,7€³⁴.

Por todo lo expuesto anteriormente y debido a la gran cantidad de pacientes que atienden los servicios públicos de salud mental relacionados con trastornos depresivos y de ansiedad, se considera necesario realizar un estudio acerca del uso, gasto y consumo de recursos asistenciales que se generan, producto del sufrimiento de estas patologías, desde el inicio de su detección en los servicios especializados en salud mental.

Así se pretende realizar un estudio que comience analizando los costes que se producen desde que los pacientes han sido derivados al Centro de Salud Mental (CSM), tales como los gastos producidos en cada asistencia al CSM, los costes de personal sanitario y no sanitario, así como los costes derivados de los tratamientos farmacológicos prescritos; hasta que el paciente finalice el proceso bien por alta médica, por abandono del tratamiento, por muerte u otras razones.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal es realizar una estimación del consumo de recursos sanitarios y costes monetarios medios generados por pacientes derivados a los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid desde los Centros de Atención Primaria en personas de ambos sexos, mayores de 17 años, con diagnóstico CIE-9 de depresión neurótica (300.4), reacción depresiva breve (309.0), reacción depresiva prolongada (309.1) y trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311).

De forma más específica se pretende conocer y analizar el coste de recursos farmacológicos, el coste de recursos asistenciales a tra-

vés del número de asistencias y de los distintos profesionales que las atienden e identificar factores que pueden estar asociados con el coste total, además de estudiar la comorbilidad física y psiquiátrica en los pacientes con diagnósticos de síndromes depresivos y/o ansiosos.

3. METODOLOGÍA, MATERIAL Y RECOGIDA DE DATOS

3.1. Tipo de estudio, población de muestra y variables estudiadas

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal. En cuanto a la población de referencia del estudio fueron todos aquellos pacientes que, una vez derivados a los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid, generalmente por los servicios de atención primaria, hayan sido atendidos en el año 2004 por los servicios de salud mental y que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Sexo: hombres y mujeres
- Edad: mayores de 17 años
- Diagnóstico principal: depresión neurótica, reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada y trastorno depresivo no clasificado en otra parte (Códigos CIE-9 respectivamente: 300.4, 309.0, 309.1 y 311).

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes que, aun teniendo un diagnóstico de los anteriormente mencionados, tengan un mayor número de sesiones con diagnóstico de depresión mayor, ya que implicaría la presencia de sintomatología con mayor gravedad que la existente en los diagnósticos principales objeto de estudio;
- Pacientes con depresión neurótica medicados con neurolépticos.

Por razones operativas se seleccionaron dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), dos áreas de entre las once que hay en la CAM, que tuvieran distrito urbano y rural. Dichas Áreas Sanitarias y Distritos fueron Área 1 (Arganda/Retiro) y Área 5 (Alcobendas/Fuencarral).

Las variables objeto de estudio fueron: demográficas (edad, sexo, área y distrito de pertenencia, nacionalidad, país de origen, estado civil, tipo de convivencia, nivel educacional, ocupación o profesión y situación laboral); clínicas (diagnóstico según código CIE-9, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad médica y modo de finalización del tratamiento); e indicadores de consumo de recursos (número de consultas a las que acude, número de consultas con cita y que no acude, costes de los profesionales, tratamientos facultativos a los que se somete y fármacos que consume).

La población de pacientes atendida por esta patología en los cuatro centros de salud mental fue de 3.138, según los registros de asistencias. Con este marco muestral se realizó un muestreo aleatorio estratificado para obtener la muestra total y específica a investigar dentro de cada uno de los centros anteriores seleccionados e indicados. La muestra final en cada uno de los centros una vez aplicados los criterios de exclusión fueron los que aparecen reflejados en la tabla I:

Tabla I. *Tamaño de la muestra final y en cada CSM.*

Sujetos por centro	CSM Alcobendas	49
	CSM Fuencarral	102
	CSM Retiro	106
	CSM Arganda	52
Tamaño muestral final		309

3.2. Material y procedimiento de recogida de datos

El material utilizado para la recogida sistemática de la información objeto de estudio, fue un cuestionario de recogida de datos de elaboración propia que se ajustara a las características de los datos y a las necesidades del estudio.

3.2.1. Datos sociodemográficos y clínico-asistenciales

Para la elección de los diagnósticos que serían objeto de estudio se utilizó los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (CIE-9)⁷.

Los datos necesarios se extrajeron de la historia clínica y se complementaron con aquella información que podían aportar los profesionales encargados de dicho paciente.

3.2.2. Estimación de costes farmacológicos

Para el cálculo de los costes farmacológicos se usaron las siguientes fuentes:

- Vademécum Internacional (2004). 45 Edición. Madrid: Medicom³⁵.
- Catálogo de Especialidades Farmacéuticas (2004). Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos. Madrid: Colección Consejo Plus³⁶.

El coste se estima en Euros (€) en base al precio de venta al público reflejado en las fuentes utilizadas y citadas anteriormente, referidas al año 2004.

Una vez obtenido el precio total del envase del fármaco prescrito se obtuvo el precio por cápsula de cada uno de los distintos envases y presentaciones para cada uno de ellos, sin tener en cuenta aquellos envases propios de utilización hospitalaria puesto que no pueden ser adquiridos por los pacientes. Se eligió aquel envase que, al dividir el precio del envase por el número de cápsulas que contenía, tuviese el menor coste por cápsula. Así, a la hora de procesar el coste se podría utilizar el precio exacto de la dosis diaria prescrita por el psiquiatra. En el caso de que no viniera totalmente especificada la dosis diaria se procedió a seguir la pauta marcada por el vademécum de dosis mínima recomendada e igualmente se utilizó el envase que tuviera el coste por cápsula más bajo.

En cuanto al tiempo de referencia que se tuvo en cuenta, para contabilizar el consumo de los fármacos prescritos, se contabilizó desde el día de la cita hasta el día anterior de la siguiente cita. En el caso de que no apareciese reflejado durante cuánto tiempo tenía que tomarlo y no hubiese vuelto a ninguna cita, se tuvo en cuenta el intervalo de tiempo que se hubiera previsto en la cita anterior.

En aquellos casos en que los sujetos no fueran vistos por primera vez durante el año 2004, y que su tratamiento viniese de años

anteriores, se tuvo en cuenta el fármaco prescrito en su última cita del año 2003 y se empezó a contabilizar desde el 01-01-2004 hasta la primera cita a la que acudió en el año 2004. En los casos en que la duración del tratamiento continuase durante el año 2005, se tomó como fecha de referencia de finalización del mismo el 31-12-2004.

3.2.3. Obtención de costes de los profesionales

Los costes que hacen referencia al salario de los profesionales seleccionados y que intervienen en la asistencia de los sujetos, tales como psiquiatras, psicólogos, diplomados en trabajo social (DTS), diplomados en enfermería (DUE), oficial y auxiliar administrativos y recepcionista, se han obtenido del Convenio Colectivo para personal laboral de la Comunidad de Madrid 2004-2008 (CCPLCM-04-08).

Del salario anual contabilizado para cada profesional (retribución anual, Seguridad Social, carrera profesional exclusiva, 240 días de trabajo, 7 horas diarias, y sin guardias) se ha obtenido el coste por minutos que supone cada profesional, para así aplicar el coste de una sesión por paciente en función de lo que cuesta el tiempo de cada uno de los profesionales. En el caso de profesionales no sanitarios (oficiales, auxiliares administrativos y recepcionista) su sueldo total se ha dividido entre las asistencias totales producidas en el año 2004, de tal forma que se obtiene el gasto por asistencia.

3.2.4. Confidencialidad y cuestiones éticas

Para la realización de este estudio poblacional no eran necesarios datos identificativos de los participantes a excepción de la edad, sexo, área y distrito de pertenencia, nacionalidad y país de origen. No obstante, para mantener la confidencialidad de los datos, se sustituyó el número de historia clínica por un código identificativo, de tal forma que la base de datos resultara totalmente anónima.

3.5. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, expresando los resultados en porcentajes y para el análisis de los costes se halló la media aritmética y desviación estándar del global de la muestra. Dada la amplitud del rango de los costes, se vio la necesidad de hacer el estudio descriptivo dividiendo la muestra por cuartiles de costes (0-25%, 25%-75%, 75%-100%). De tal forma se realizaron tres grupos de estudio, encontrando en el grupo 1 (cuartil de 0-25%), y en el grupo 3 (cuartil 75%-100%) los casos más extremos; y en el grupo 2 (segundo y tercer cuartil 25%-75%), los casos que se agrupan alrededor de la mediana de costes.

Se han utilizado los programas informáticos Epi Info versión 3.3.2. para la creación de la base de datos y SPSS versión 14.0. para el análisis estadístico.

4. RESULTADOS

4.1. Resultados sociodemográficos y de clínico-asistenciales

El número total de la muestra a analizar es de 309 sujetos. El 70,9% (n 219) de la muestra corresponde a mujeres y el 29,1% (n 90) a varones. La edad media de los sujetos es de 48,5 (n 309) años,

siendo la edad media de las mujeres de 48,7 y la edad media de los varones de 48,1.

De los 309 sujetos el 49,8% (n 154) están diagnosticados de depresión neurótica (300.4), el 14,20% (n 44) de reacción depresiva breve (309.0), 32,7% (n 101) de reacción depresiva prolongada (309.1) y el 3,20% (n 10) trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311).

Se hallaron diferencias en la frecuencia de diagnósticos entre sexos: la depresión neurótica y la reacción depresiva prolongada son más frecuentes en las mujeres mientras la reacción depresiva breve es más frecuente en los hombres (Fig 1).

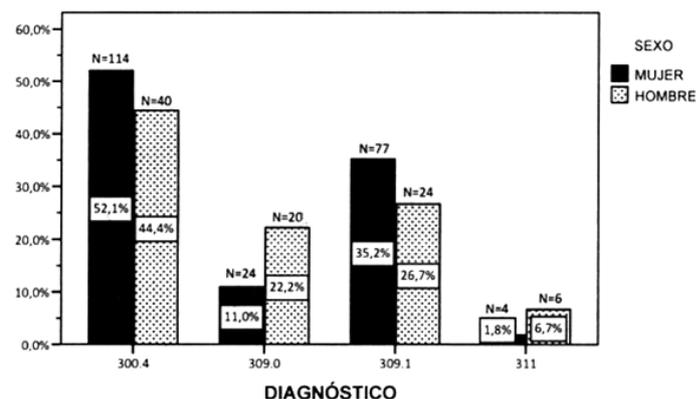


Figura 1. Descripción diagnóstica por sexos (CSM de la CAM, 2004)

El 60% (n 186) de los pacientes tuvieron su primer contacto con salud mental hace menos de 5 años, el 30,4% (n 94) entre 5 y 10 años y el 9,4% (n 29) más de 10 años.

En cuanto al estado civil el 49,8% (n 154) de los sujetos están casados, solteros encontramos el 29,1% (n 90), separados el 8,1% (n 25), viudos el 6,5% (n 20) y divorciados el 4,2% (n 13). En la distribución por sexos el 47,0% (n 103) de las mujeres y el 56,7% (n 51) de los varones están casados.

El nivel escolar se centra en títulos de primer grado o estudios hasta primaria (25,6%; n 79). En la distribución por sexos también alcanza el mayor porcentaje los títulos de primer grado o estudios hasta primaria entre las mujeres (26%; n 57) y los varones (24,4%; n 22).

El 25,2% (n 78) de los sujetos desempeñan en un mayor porcentaje lo que se categoriza como «profesión no bien especificada» siendo igualmente el mayor porcentaje que se encuentra entre las profesiones desempeñadas por las mujeres (28,8%; n 63). Entre los varones el mayor porcentaje con un 22,2% (n 20) no consta su profesión, siguiéndole con un 17,8% (n 38) las profesiones desempeñadas por profesionales y técnicos.

La mayor parte de la muestra (96,4%; n 298) son de nacionalidad española.

En un 27,5% (n 85) de los 309 sujetos se encuentra comorbilidad psiquiátrica, siendo el diagnóstico más frecuente, con un 58,82% (n 50), el de ansiedad (código CIE-9 300).

Respecto a la comorbilidad médica estudiada se ha encontrado que el 71,2% (n 201) no padecen ninguna enfermedad médica. La patología médica asociada se ha observado que es muy variable no pudiendo destacar ninguna en concreto.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, 45% (n 139) tienen antecedentes psiquiátricos y un 55% (n 170) no han sido derivados

con anterioridad a un Centro de Salud Mental. En concreto, tanto en las mujeres (53%; n 116) como en los varones (60%; n 54) prevalece la ausencia de antecedentes psiquiátricos. Podría destacarse que un 34,2% (n 75) de las mujeres y un 26,7% (n 24) de los varones del total de la muestra tienen antecedentes de depresión.

La mayoría de la muestra (86,4%) no presenta antecedentes psiquiátricos familiares.

En referencia a las asistencias, los 309 pacientes han generado un total de 1.571; de éstas, 1.423 (90,58%) se han realizado y en 148 (9,42%) el paciente no acudió. El 7,73% (n 110) del total de las asistencias realizadas son contabilizadas como primera asistencia. En la Figura 2 se muestra la distribución de citas realizadas por cada profesional.

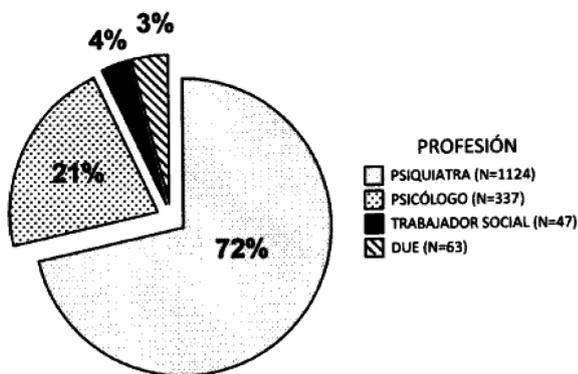


Figura 2. Número de asistencias por dedicación profesional (CSM de la CAM, 2004)

Respecto al consumo de fármacos al 78,3% (n 242) de los pacientes se les ha prescrito tratamiento farmacológico. Se han realizado un total de 774 prescripciones resultando una media por paciente de 3,20 prescripciones. Los fármacos que más se prescriben son los antidepresivos con un 47,3% (n 366) y los ansiolíticos con un 31,8% (n 246). Entre los antidepresivos el mayor porcentaje es para la Paroxetina con un 20,5% (n 75 de los 366) y entre los ansiolíticos el Lorazepam con un 28,5% (n 70 de los 246). Un 64,75% (n 237) de los antidepresivos son Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (IsRS).

4.2. Resultados de los costes medios totales, asistenciales y farmacológicos

El coste medio total por paciente es de 442,15€. Este coste proviene de la suma del coste generado por la prescripción farmacológica y por el coste generado por cada asistencia. El coste farmacológico medio es de 378,58€ y el coste asistencial medio es de 63,58€ (Ver tabla II).

Tabla II. Costes medios por paciente generados por CSM en la CAM en 2004.

Media de costes	Asistencias	Fármacos	Total
n válido	309	309	309
Mediana	38,94E	223,70E	319,93E
Media 63,58E	378,58E	442,15E	
Desviación Típica	70,91E	442,86E	458,98E

El coste medio total de las mujeres (444,49 €; n 219) es superior al de los varones (436,4 7€; n 90) (ver tabla III).

Tabla III. Coste medio total según sexo.

Variable Sexo	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
Mujer	219	333,44	444,49	431,80
Varón	90	241,83	436,47	521,81

En relación al diagnóstico, el mayor coste medio se encuentra en el diagnóstico de depresión neurótica (300,4), (546,14€; n 154) (ver tabla IV).

Tabla IV. Coste medio total según diagnóstico.

Variable CIE-9	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
300.4	154	405,60	546,14	505,61
309.0	44	103,42	247,99	439,57
309.1	101	249,33	360,93	350,52
311	10	649,09	515,46	354,73

En cuanto al coste medio según rangos de edad el mayor se encuentra en el rango de 60-64 años (ver tabla V).

Tabla V. Coste medio total según edad.

Variable edad	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
18-24	13	82,48	154,74	191,30
25-29	32	181,79	320,29	321,19
30-34	28	210,96	383,71	474,76
35-39	33	212,11	308,21	279,81
40-44	36	356,62	364,51	285,84
45-49	27	402,91	526,24	516,14
50-54	27	408,29	549,47	626,64
55-59	31	593,42	625,06	572,73
60-64	22	548,84	667,72	628,70
65-69	22	399,68	450,63	356,85
70-74	20	320,91	432,84	445,77
75-79	9	183,90	465,77	541,42
80+	9	420,12	494,86	269,04

Debido al amplio rango existente entre los costes (de 9 a 3.040 €), se decidió dividir la muestra en tres grupos, utilizando los cuartiles del coste total, y nuevamente se hallaron las medias aritméticas de cada grupo.

A continuación se detallan los resultados de las medias de costes en los tres grupos señalados:

Tabla VI. Coste medio asistencias por grupos.

Grupos	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
1º	78	20,62	28,26	20,947
2º	154	45,80	68,85	67,27
3º	77	54,96	88,81	94,03

Tabla VII. Coste medio farmacológico por grupos.

Grupos	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
1º	78	,00	13,98	21,58
2º	154	227,09	259,31	162,60
3º	77	845,15	986,43	448,90

Posteriormente se estudiaron las características de la muestra ya dividida en tres grupos atendiendo a las variables que podían influir en la cuantía de los costes como son: diagnóstico, edad y antigüedad de tratamiento.

Si se divide la edad por grupos quinquenales, el primer grupo, que es el que menos coste tiene, es el que tiene el rango de edad más joven 25-29 años; y en el tercer grupo el rango de edad es mayor que el de la media, 55-59 años.

Tabla VIII. Coste medio total por grupos.

Grupos	N	Mediana	Media	Desviación Estándar
1º	78	34,53	42,24	28,67
2º	154	319,94	328,16	154,72
3º	77	902,53	1.075,24	456,25

Tabla IX. Edad media de cada grupo.

Grupo	N	Media	Desviación Estándar
1º	78	44,62	16,85
2º	154	48,51	16,04
3º	77	52,47	14,59
Total	309	48,50	16,08

Tabla X. Rangos de edad y grupo.

Rangos de edad	Total		Grupos					
	N	(%)	1º		2º		3º	
	309	100	78	100	54	100	77	100
18-24	13	4,2	8	10,3	4	2,6	1	1,3
25-29	32	10,4	10	12,8	16	10,4	6	7,8
30-34	28	9,1	9	11,5	14	9,1	5	6,5
35-39	33	10,7	8	10,3	20	13,0	5	6,5
40-44	36	11,7	7	9,0	23	14,9	6	7,8
45-49	27	8,7	8	10,3	11	7,1	8	10,4
50-54	27	8,7	6	7,7	14	9,1	7	9,1
55-59	31	10,0	6	7,7	12	7,8	13	16,9
60-64	22	7,1	3	3,8	9	5,8	10	13,0
65-69	22	7,1	4	5,1	11	7,1	7	9,1
70-74	20	6,5	5	6,4	10	6,5	5	6,5
75-79	9	2,9	3	3,8	4	2,6	2	2,6
80+	9	2,9	1	1,3	6	3,9	2	2,6

El diagnóstico de depresión neurótica (300.4) es más frecuente en los grupos con mayor gasto, habría que destacar cómo los dos tipos de reacciones depresivas, tanto la breve (309.0) como la prolongada (309.1), predominan en el primer grupo (Ver tabla XI).

Tabla XI. Diagnósticos según grupos.

Diagnósticos	Total		Grupos					
	N	(%)	1º		2º		3º	
	309	100	78	100	54	100	77	100
300.4	154	49,8	26	33,3	79	51,3	49	63,6
309.0	44	14,2	22	28,2	18	11,7	4	5,2
309.1	101	32,7	28	35,9	54	35,1	19	24,7
311	10	3,2	2	2,6	3	1,9	5	6,5

Con respecto al tiempo transcurrido desde el primer contacto con salud mental, es en el tercer grupo de costes donde mayor es la proporción de pacientes con una historia clínica superior a 10 años de antigüedad, superior incluso que en la muestra total (ver tabla XII).

Tabla XII. Primer contacto con Salud Mental por grupos.

Apertura historia clínica	Total		Grupos					
	N	(%)	1º		2º		3º	
	309	100	78	100	54	100	77	100
< 5 años	186	60,2	47	60,3	100	64,9	39	50,6
5-10 años	94	30,4	25	32,1	40	26,0	29	37,7
> 10 años	29	9,4	6	7,7	14	9,1	9	11,7

En último lugar podría destacarse que es en el tercer grupo donde hay más antecedentes psiquiátricos (55,8%; n 43) siendo el diagnóstico más frecuente el trastorno depresivo con un 41,6%.

5. DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el gasto medio total por paciente es de 442,15€; sólo 63,58€ corresponden al gasto medio asistencial, siendo los restantes 378,58€ los pertenecientes al gasto medio farmacológico que constituye la mayor proporción del gasto total (85,62%). El rango de los costes calculados es muy amplio, oscilando entre 9€ y 3.040€ por lo que se decidió dividir la muestra en tres grupos para realizar un análisis más preciso. El coste medio respectivamente fue de 42,24€, de 328,16€ y 1075,24€.

Esta disparidad de costes puede deberse principalmente, por un lado a que hay un número considerable de pacientes que no tienen prescripción farmacológica y que hacen disminuir la media de costes y, por otro lado, al elevado número de prescripciones farmacológicas en algunos pacientes. Por lo tanto se deduce que las prescripciones farmacológicas son las que van a determinar en gran medida la elevación o no de los costes.

Como factores que se han visto relacionados con el coste podemos encontrar que el tercer grupo, que posee el coste más elevado, es el que tiene una edad media también más elevada (55-59 años), por lo que podría decirse que el gasto se eleva según aumenta la edad. Por otro lado, puede observarse cómo el diagnóstico también está relacionado con los costes elevados, de tal forma que el diagnóstico principal de depresión neurótica (300.4) es, en general, el que predomina de forma mayoritaria en la muestra total y, en particular, en los grupos de mayor coste como son el segundo y tercer grupo. Además, también llama la atención cómo el diagnóstico con un menor porcentaje de sujetos (3,2%; n 10), el trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311), predomina en el grupo de costes más elevados siendo su coste medio (515,46€) muy próximo al generado por el diagnóstico 300.4 (546,14€) y muy superior tanto al 309.0 (247,99€) como al 309.1 (360,93€), siendo estos dos últimos los que prevalecen en el grupo con menores costes medios.

Estos hallazgos serían lógicos desde el punto de vista clínico, dada la mayor gravedad y cronicidad de la depresión neurótica o distimia y, en el caso del trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311), debido probablemente a que la indefinición del propio trastorno podría dificultar su manejo clínico y contribuir a la elevación del gasto.

También se ha observado cómo el tiempo transcurrido desde que cada paciente tiene su primer contacto con los servicios especializados de salud mental parece influir en el gasto, de hecho se ha visto que el mayor porcentaje de pacientes con una fecha de apertura de la historia clínica de más de 10 años, se concentran en el grupo de costes más elevado, que coincide a su vez con las características de la distimia.

En el estudio que Barbuí y colaboradores publicaron en el año 2006, obtuvieron un coste medio por paciente y año de 703,7€. Una de las principales diferencias con nuestro estudio, es que los pacientes cumplen sólo criterios para el diagnóstico de distimia, que en nuestro caso haría referencia a aquellos pacientes con un diagnóstico de depresión neurótica (300.4), que aunque es el más abundante (49,8%) y como hemos visto en nuestro estudio se concentra en el grupo mayor de gasto, no es el único diagnóstico estudiado. Por esto, si confrontamos el gasto medio total estimado por ellos (703,7€) y el encontrado en nuestro estudio (442,15€), observamos una diferencia significativa, siendo mayor el gasto encontrado por Barbuí *et al.* Así, en el caso de que sólo tuviéramos en cuenta el porcentaje de la muestra equivalente en diagnóstico (n 154), siendo en nuestro estudio los costes medios totales de este grupo de 546,14€, observaríamos que las discrepancias siguen siendo considerables. No obstante, diferencias metodológicas entre los estudios podrían explicar también esta discrepancia dado que nosotros no hemos tenido en cuenta ni los ingresos hospitalarios, ni las consultas en atención primaria, ni las pruebas de laboratorio. Por otro lado, hemos calculado los costes farmacológicos directamente sobre la prescripción real y con el precio de venta al público, mientras la mayoría de los estudios económicos se realizan con dosis diaria definida.

En cuanto a las consultas del especialista, que en nuestro caso supondría el gasto por asistencia donde se engloban los costes de los profesionales, tendrían una media de 64,2€ por paciente y año. Siendo muy similares en este aspecto lo que hace pensar que a nivel asistencial la prestación en ambos estudios puede ser afín.

En cuanto al consumo de fármacos, obtienen Barbuí *et al.*, un gasto medio de 337,9€ siendo el mayor porcentaje destinado al consumo de antidepresivos. Se puede observar una leve diferencia en el gasto medio de fármacos, siendo superior en el grupo coincidente por diagnóstico. Habría que estudiar a qué se debe esta diferencia, bien por el tipo y cantidad de fármacos, por el precio de los mismos o por diferencias metodológicas en el cálculo de su cuantía.

La peculiaridad que puede tener nuestro estudio en referencia a otros, es que los costes medios por el consumo de fármacos son muy próximos a la realidad, puesto que se ha contabilizado fármaco por fármaco y toma por toma prescrita de cada uno de los pacientes. En la mayoría de los estudios se suelen tomar datos referenciales a través de los costes medios y tomas medias recomendadas. Por tanto, aunque siempre se consideran como los gastos mínimos, el hecho de que haya diferencias significativas entre ambos estudios podría deberse también a este hecho.

No obstante, si se compara el gasto utilizado en profesionales de la salud y el gasto invertido en fármacos, parece evidente hacia dónde se inclina la tendencia de consumo de recursos. Queda patente a través de las múltiples investigaciones realizadas a lo largo de los últimos años sobre la eficacia de los fármacos^{4,3}, su utilidad en la mejoría de prácticamente todas las enfermedades, siendo para el tratamiento de los trastornos afectivos los IsRS los más prescritos, dato coincidente en los resultados que encontramos en nuestro estudio.

Otro aspecto fundamental que señalan estos autores es la adherencia al tratamiento, puesto que en muchos casos se abandona por cuenta del propio paciente, por no responder de forma satisfactoria o por los efectos secundarios³⁰.

Por tanto, aunque se tienda a que el tratamiento más extendido sea el farmacológico mediante la prescripción de antidepresivos, no se debe descartar la importancia del papel que juegan los profesionales de la salud y la necesidad de combinar los tratamientos farmacológicos con terapéuticos, ya que el porcentaje de abandonos del tratamiento es elevado.

Como se ha comentado a lo largo del estudio, siendo un punto en el cual coinciden y forma parte de la mayoría de las investigaciones realizadas en salud mental, es de vital importancia realizar una exhaustiva evaluación de la sintomatología. El papel fundamental se encuentra en los profesionales de la atención primaria, que tanto la OMS como otras entidades apuestan por una formación más profunda en salud mental tanto para aquellos profesionales que van a ser los que reciban en primer lugar a estos pacientes, como en la formación a los propios profesionales de salud mental. Para ello habría que partir de una unificación de criterios mediante clasificaciones diagnósticas propuestas por la OMS o por la APA^{14,37}, a la hora de la evaluación y sistematización de la sintomatología, promoviendo la utilización de una única clasificación diagnóstica de enfermedades tanto en atención primaria como en especializada, puesto que se estima que un 75% de los médicos de atención primaria no utilizan ningún criterio diagnóstico para la depresión³.

Un ejemplo de todo esto lo hemos encontrado en nuestro estudio ya que hemos hallado pacientes que además de estar diagnosticados en alguna sesión con los códigos propios de la investigación, tenían diagnósticos de psicosis maniaco depresiva (según CIE-97), que corresponderían en las clasificaciones actuales al trastorno depresivo mayor. Esto implicaba diferencias significativas con respecto al tipo y modo de atención y tratamiento. Por otro lado, también nos hemos encontrado que pacientes con los diagnósticos seleccionados, estaban siendo tratados con neurolépticos, lo cual hace pensar en que la gravedad del trastorno en estos casos supera el objeto de estudio, por lo que fueron eliminados de la muestra.

En la actualidad muchos profesionales y Sociedades están publicando trabajos para facilitar a los profesionales las labores de detección y evaluación de las enfermedades mentales y la unificación de criterios. Tal es el caso de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)³⁸ con su reciente publicación en el año 2006 de documentos clínicos sobre depresión y ansiedad.

No es objeto de nuestro estudio conocer las características sociodemográficas de la población que sufre estos trastornos; no obstante, nuestros resultados muestran características que con-

cuerdan con el perfil que en otros estudios se da de estos pacientes. El 70,9% de nuestra muestra son mujeres, dato que concuerda con el estudio de Barbuí et al., con un 75,6% y los de De Dios et al., en 1997 con un 76%³⁹. Esto confirma la importancia del género en esta patología.

Al estudiar la muestra por grupos quinquenales de edad, encontramos que en nuestro estudio la mayor parte de los enfermos se encuentra entre 40-44, en el de Barbuí et al., de 30-39. Por otro lado, se ha observado que los que más gasto producen de forma global, son los pacientes de entre 60 y 64 años de edad. A su vez se observa como los pacientes de 75 a 79 años y mayores de 80 años, con un porcentaje de 2,9% cada uno, generan costes superiores al de la media total. El grupo de 18 a 24 años supone el 4,2% de la muestra y son los que poseen el menor coste medio. De todo esto se observa que a mayor edad es mayor el coste medio, quizás porque exista un mayor tiempo de tratamiento, gravedad o comorbilidad con enfermedades físicas asociadas a la edad, razones todas ellas susceptibles de estudio.

De Dios et al., plantean en su discusión cómo algunos autores consideran el matrimonio como un factor de protección frente al riesgo de presentar un trastorno mental, mientras ellos en su estudio encuentran también un mayor porcentaje de casados. En nuestro estudio, igualmente el 49,8% están casados y un 29,1% son solteros, por lo que no confirmaríamos esta hipótesis.

El hecho de estar sin trabajo, también se considera un factor de riesgo; no obstante, en la mayoría de las investigaciones hasta ahora citadas, el mayor porcentaje de pacientes se encuentra trabajando, incluso el porcentaje de pacientes jubilados o pensionistas suele ser mayor que el de los desempleados. Una categoría que no hay que dejar de lado es el alto porcentaje que se encuentra entre las mujeres de dedicación básica a las labores del hogar. Sería una cuestión importante a estudiar qué motivos las llevan a padecer esta patología, en investigaciones posteriores.

A lo largo de nuestra investigación y de las citadas anteriormente, se ha mencionado la importancia que tienen estos síntomas depresivos en los ancianos, ya que además de presentar dicha sintomatología suelen padecer de forma conjunta enfermedades médicas crónicas¹² por lo que los costes se ven aumentados.

Pero la comorbilidad médica no sólo es propia de los ancianos, hoy en día las enfermedades mentales coexisten a gran escala con las físicas independientemente de la edad. En nuestra investigación un 28,8% de sujetos padece algún tipo de enfermedad médica pero su elevada variabilidad no permite sacar resultados concluyentes, no obstante, no parecen ser las esperables como el cáncer, las enfermedades coronarias o el VIH, que son las expuestas en la exposición teórica. El mayor porcentaje que encontramos está entre mujeres que además de padecer sintomatología depresiva están diagnosticadas de fibromialgia (2,3%) y de hipotiroidismo (3,2%). A pesar de que la fibromialgia es una enfermedad cuya investigación está en sus comienzos ya hay estudios que la relacionan con los trastornos afectivos de una manera bastante directa²⁶.

No obstante, nuestra muestra no es representativa de toda la población que sufre estos trastornos, ya que es conocido que sólo un 50% de las personas que sufren depresión consultan a un profesional y muchos de los casos sólo lo hacen en atención primaria, por lo tanto, las características sociodemográficas comentadas podrían variar en el estudio de la población general que sería lo apropiado para este fin.

Algo en lo que coinciden prácticamente todas las investigaciones es en la elevada comorbilidad psiquiátrica existente entre los trastornos depresivos y otros trastornos mentales^{19,34,40}. Dentro de todos los trastornos mentales que van más asociados a la depresión encontramos los trastornos de ansiedad. En esta investigación también hemos hallado comorbilidad entre los trastornos de depresión y los trastornos de ansiedad en un 58,82%. Lo que sí llama la atención es que un 45% de la muestra presenta antecedentes psiquiátricos siendo en un 28,2% de los casos de antecedentes depresivos. Si lo relacionamos con los costes medios encontrados, observamos que es en el grupo donde se encuentra un mayor coste medio, donde aparece un mayor porcentaje de pacientes con antecedentes psiquiátricos (55,8%) e igualmente el mayor porcentaje se debe a pacientes con antecedentes de depresión (41,6%). Sería interesante estudiar detenidamente las circunstancias que rodean a los pacientes en los episodios depresivos padecidos con anterioridad, qué tipo de tratamiento recibieron, si se finalizó mediante el alta del profesional de salud mental o fue abandonado voluntariamente por los pacientes.

Pero en referencia a lo que concierne al objeto principal del estudio, parece que una media de gasto total de un paciente de 442,15€, durante un año, no resulta una gran inversión económica individual en favor de la salud mental. Pero cuando ese gasto se multiplica por cada uno de los pacientes que han acudido a los servicios de salud mental durante el año 2004, que en nuestro caso podría estimarse a partir de la muestra seleccionada para dicho centro de salud mental, y que serían los 309 pacientes estudiados, ascenderían a 136.631€, aumentándose las cifras considerablemente, y entendiéndolo como los trastornos mentales suponen una gran carga económica para todas las naciones.

Los resultados de nuestro estudio ofrecen una caracterización del patrón de tratamiento desde la consulta de asistencia especializada junto con el coste monetario asociado; la importante variabilidad del gasto que estos pacientes generan debería ser estudiado en mayor profundidad en futuras investigaciones para que ésta pudiera reducirse.

A pesar de las limitaciones de nuestra estimación, creemos que aporta datos relevantes que propicien la toma de medidas para reducir el gasto que estos trastornos producen y abre el camino de nuevas vías de investigación para ver dónde se puede incidir y estudiar de forma más precisa qué influye de forma activa en el aumento de los costes.

El estudio se ha podido realizar gracias a la financiación de una beca otorgada por la Agencia «Lain Entralgo» y la tarea se llevó a cabo en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, de la Consejería de Sanidad en la Comunidad Autónoma de Madrid.

6. CONCLUSIONES

El coste medio total por paciente es de 442,15€, el coste medio del consumo de fármacos es 378,58€ y el gasto medio por paciente de las asistencias es de 63,58€.

Existe una elevada variabilidad entre los costes mínimos y máximos que ha llevado a dividir la muestra en grupos mediante

cuartiles de gastos para su análisis, donde se observa el elevado coste del tercer grupo o cuarto cuartil (902,53€).

El diagnóstico que congrega el mayor porcentaje de pacientes es el de depresión neurótica (300.4), siendo el que presenta los mayores costes (546,14€).

Los diagnósticos de reacción depresiva breve (309.0) y reacción depresiva prolongada (309.1) son los que presentan menores costes (247,99€; 360,93€).

El diagnóstico de trastorno depresivo no clasificado en otra parte (311) es el que menos porcentaje de pacientes posee, sin embargo, su coste es muy elevado siendo superior que el de la media total (515,46€), incluso que el producido por los diagnósticos 309.0 y 309.1.

La edad media de los pacientes es de 48,9 años. En cuanto al género se ha observado que un 70,9% son mujeres.

El grupo de edad quinquenal que más costes genera es el de 60 a 64 años (667,72€), por lo que podríamos concluir que a mayor edad mayor es el coste por paciente.

Se ha observado que aquellos pacientes que tuvieron hace más de 10 años su primer contacto con salud mental, están en su mayoría en el grupo de costes más elevados.

El 85,62% del coste total se debe al consumo farmacológico.

Un 78,3% de pacientes tienen al menos una prescripción farmacológica durante su tratamiento, siendo la media de 3,2 prescripciones farmacológicas por paciente.

El 47,3% de los fármacos prescritos son antidepresivos, siendo en un 64,75% Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. El principio activo más utilizado es la Paroxetina con un 20,5%.

Los ansiolíticos tienen un porcentaje de prescripción de 31,8%, siendo el principio activo más utilizado el Lorazepam con un 28,5%.

Se ha encontrado comorbilidad psiquiátrica relacionada con los trastornos de ansiedad en un 58,82% de la muestra.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new Hope. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
2. Ocio S, Hevia A, Fernández JA. Abordaje de los trastornos afectivos en Atención Primaria: estudio comparativo de los pacientes derivados a salud mental en los años 1991 y 1998. *Psiquis* 2001; 22(6):225-232.
3. Villalva E, Alises R, Urretavizcaya M, Caballero L, Cuesta L, De la Fuente M, Galindo EV, Luengo S. Libro blanco en depresión. Uso y seguimiento del tratamiento con antidepresivos en atención primaria. SEMERGEN, SEP, SEPB; Scientific Communication Management. 2003.
4. Lopez-Ibor JJ, Alamo C, Lopez-Munoz F, Cuenca E, Rubio G, Otero FJ. Evolution of the management of depression in Spain from the psychiatrist's perspective. A comparative analysis: 1997 vs 1982. *Eur Psychiatry* 2000; 15(6):362-9.
5. Artal J, Herrán A, Vázquez-Barquero JL. La enfermedad mental en Atención Primaria: estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de Neurobiología* 1996;59(4):237-56.
6. Katona, C. & Livingston, G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *J Clin Psychiatry* 2000;57 Supl 10: 11-8.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-9. Trastornos mentales: Glosario y guía para su clasificación. 2004.
8. U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics. Table 2: Annual Estimates of the Population by Selected Age Groups and Sex for the United States. April 1, 2000 to July 1, 2004. Citado 2005.-. Disponible en: URL: <http://www.census.gov/popest/national/asrh/>
9. Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):646-53.
10. Wang PS, Simon G, Kessler RC. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment International. *Journal of Methods In Psychiatric Research* 2003; 12(1):22-33.
11. Bakish D. New standard of depression treatment: remission and full recovery. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Supl 26):5-9.
12. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(9):897-903.
13. Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Ustün TB. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine* 2002;32(4):585-594.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
15. Bermejo I, Kratz S, Schneider F, Gaebel W, Mulert C, Hegerl U, Berger M, Härter M. Agreement in physicians and patients assessment of depressive disorders. *Das Ärztliche Fortbildungswesen* 2003;97(Supl 4):44-49.
16. Compton MT, Nemeroff CB. The evaluation and treatment of depression in primary care. *Clin Cornerstone* 2001; 3(3):10-22.
17. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, Ilson S, Gray JA, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B, Tylee A. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:55-62.
18. Geerlings S, Beekman A, Deeg D, Van Tilburg W. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine* 2000; 3(2):369-380.
19. Zimmerman M, McDermt W, Mattia J. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157:1337-40.
20. Pesa J, Lage MJ. The medical costs of migraine and comorbid anxiety and depression. *Headache* 2004;44(6):562-70.
21. Greenberg PE, Leong SA, Birnbaum HG, Robinson RL. The economic burden of depression with painful symptoms. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 2003;64 (Suppl 7):17-23.
22. Uchitomi Y. Depression in cancer patients. *Nippon Rinsho* 2001;59(8):1583-7.
23. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001;9(5): 344-9.
24. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust NZJ Psychiatry* 2000;34(5):785-91.
25. Capaldini L, Harrison G. Overcoming depression. *BETA* 2000; 16(2):18-25.
26. Epstein S. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics* 1999; 40:1.
27. Marciniak M, Lage MJ, Landbloom RP, Dunayevich E, Bowman L. Medical and productivity costs of anxiety disorders: case control study. *Depression and Anxiety* 2004; 19(2):112-20.
28. Hiller W, Fichter M. High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *Journal Of Psychosomatic Research* 2004;56(4):437-43.
29. Hunkeler EM, Spector WD, Fireman B, Rice DP, Weisner C. Psychiatric symptoms, impaired function, and medical care costs in an HMO setting. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25(3):178-84.
30. Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER, Ling D, Poret AW, Rush, AJ, Russell JM. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 2002;63(11):963-71.
31. Panzarino PJ. The costs of depression: direct and indirect; treatment versus nontreatment. *Jr J Clin Psychiatry* 1998; 59(Supl 20):11-4.
32. Gabriel P, Marjo-Riitta MR. *Mental health in the workplace: Introduction*. Oficina Internacional del Trabajo 2000; 37.
33. McFarland B, Klein D. Mental health service use by patients with dystimic disorder: treatment use and dropout in a 7 €-year naturalistic follow-up study. *Copr. Psychiatry* 2005;46(4):246-53.

34. Barbui C, Motterlini N, Garatini L. Health status, resource consumption, and costs of dysthymia. A multi-center two-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* 2006;90:181-186
35. Vademécum Internacional. 45 edición. Madrid: Medicom; 2004.
36. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos. Madrid: Colección Consejo Plus; 2004.
37. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Barcelona: Masson; 2001.
38. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) (2006). Documentos clínicos: Depresión y ansiedad. Madrid: EDICOMPLET; 2006.
39. De Dios Perrino C, Agud JL, Gómez de la Cámara A, Santo-Domingo J. (1997). Estudio transversal de morbilidad en una consulta de psiquiatría en el norte de Madrid. *Archivos de Neurobiología* 1997;60(4):333-348.
40. Goldberg D. The management of anxious depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 7):39-42.