

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN COEXISTENCIA CON ENFERMEDAD NO PSIQUIÁTRICA POR ESTUDIANTES DE MEDICINA QUE HAN CONCLUIDO SU CARGA ACADÉMICA.

¹Rafaela Pastora Linárez Méndez, ²Alfredo Espinet y ³Douglas García

¹Departamento de Ciencias de la Conducta. Decanato de ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental

"Lisandro Alvarado" UCLA. Venezuela, ² Departamento Psicología Básica. Universidad de Málaga. España.

³ Departamento de Medicina Preventiva y Social. Decanato de ciencias de la Salud. UCLA. Correo: rlinarez@ucla.edu.ve

RESUMEN

Siguiendo una metodología experimental, con aleatorización, se realizó la presente investigación, con el objeto de analizar la influencia de la accesibilidad de los síntomas sobre el diagnóstico de depresión que realiza el estudiante de medicina, en una situación de casos clínicos simulados cuando coexista con patología médica no psiquiátrica, en particular: depresión y síndrome antifosfolípidos. Se planteó como hipótesis que los síntomas de la enfermedad coexistente, síndrome antifosfolípidos, por ser poco frecuente, no afectarían o afectarían poco el diagnóstico de depresión, independientemente del orden en que se presentaran los síntomas de ambas enfermedades. Los participantes fueron 90 estudiantes de medicina de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, próximos a egresar. 43 de los participantes evaluó el Caso 1 y 47 el Caso 2. Se diseñaron dos Casos Clínicos que contenían información escrita suficiente sobre los síntomas que debían llevar a los dos diagnósticos: depresión y síndrome antifosfolípidos, sólo se diferenciaban en el orden de presentación de los síntomas y se presentaron a los participantes en una sesión experimental. Los resultados llevan a concluir que existe un bajo reconocimiento de la depresión, ésta fue diagnosticada en porcentajes menores al síndrome antifosfolípidos. Presentar la depresión en primer lugar no favoreció su diagnóstico, existe la tendencia a presentarse un sesgo atencional hacia lo físico atribuible a la accesibilidad y en consecuencia una disminución de las probabilidades de que la depresión sea diagnosticada cuando esta se presenta acompañada de otra enfermedad.

Palabras clave: depresión, enfermedad no psiquiátrica, diagnóstico.

DIAGNOSIS OF DEPRESSION IN EXISTENCE WITH PHYSICAL CONDITION FOR MEDICAL STUDENTS WHO HAVE COMPLETED THEIR ACADEMIC LOAD

ABSTRACT

Following an experimental methodology, with randomization, this research was conducted in order to analyze the influence of the availability of the symptoms of depression diagnosis made by the medical student, in a situation of simulated clinical cases when coexisting with pathology medical not psychiatric, including: depression and antiphospholipid syndrome. It was hypothesized that symptoms of coexisting disease, antiphospholipid syndrome, being rare, affectation little or no affect diagnosis of depression, regardless of the order in which the symptoms of both diseases are present. Participants were 90 students of medicine Lisandro Alvarado University, close to graduating. 43 participants evaluated the Case 1 and Case 2. Two 47 Clinical Cases containing sufficient written information about symptoms that should bring the two diagnoses were designed: depression and antiphospholipid syndrome differed only in the order of presentation of the symptoms and presented to participants in an experimental session. The results lead to the conclusion that there is a low recognition of depression; it was diagnosed in smaller percentages to antiphospholipid syndrome. Submit depression in the first place did not favor the diagnosis, there is a tendency to present an attentional bias attributable to physical accessibility and consequently a decrease in the odds of depression is diagnosed when this occurs with another disease

Key words: depression, no psychiatric illness, diagnosis.

Recibido: 08-04-14. Aprobado: 20-04-15.

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Mundial de Psiquiatría la mayoría de los pacientes deprimidos acuden en primer lugar al médico de Atención Primaria. Esto no puede extrañar si se tiene en cuenta que la depresión acompaña con frecuencia a otras enfermedades físicas o, aun cuando se presente sola, suele cursar con síntomas psicológicos pero también físicos ⁽¹⁾. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La prevalencia y el bajo reconocimiento de la depresión han sido señalados por varios investigadores ^(2, 3, 4, 5). La Asociación Mundial de Psiquiatría ⁽⁵⁾, en el Programa de acción para superar las brechas en salud Mental, refiere que la prevalencia calculada del trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2 a 17% (media 12 %), lo que convierte a la depresión en un problema frecuente en las consultas de Atención Primaria. Por lo tanto, es importante que los médicos o estudiantes de medicina que laboran en las consultas de Atención Primaria sean conscientes de esa alta prevalencia y estén alertas para la detección de pacientes con depresión en su práctica diaria. Sin embargo, los estudios realizados sobre el tema ^(6, 7, 8, 9, 10), llevan a la conclusión que los médicos de Atención Primaria no reconocen la depresión en una medida que se ajuste a los niveles establecidos en los estudios epidemiológicos. Esto resulta evidente cuando se analizan los motivos por los que los pacientes con depresión son derivados a la consulta de psiquiatría; en muchos casos el médico de Atención Primaria, no basa su decisión en criterios diagnósticos positivos sino en la ausencia de trastornos somáticos, en el fracaso del tratamiento, o en la petición del propio paciente o de algún familiar ⁽¹¹⁾. Para remediar esta situación se han desarrollado programas formativos ⁽¹²⁾ y se han diseñado instrumentos de evaluación y guías de actuación. Aunque es indudable que estos instrumentos pueden facilitar la detección del trastorno depresivo, de poco servirán si el estudiante de medicina o el médico de Atención Primaria no llega a utilizarlos al no ser capaz de detectar la alteración afectiva que subyace en un paciente deprimido y que éste, con frecuencia, no muestra claramente. ^(13,14,15). Debe resaltarse que si los médicos y/o los estudiantes de medicina de Atención Primaria poseen una escasa sensibilidad para percibir las manifestaciones de la depresión debida a una insuficiente formación psiquiátrica, ciertas características del sistema de salud dificultan todavía más que el médico o el estudiante de medicina pueda orientar su atención hacia las patologías psíquicas: el poco tiempo disponible para la consulta, el excesivo número de pacientes que debe atender y la necesidad de diagnosticar y tratar adecuadamente, en estas condiciones, patologías principalmente físicas. Si a todo esto se añade el hecho de que los síntomas psíquicos de la depresión no suelen presentarse aislados, sino acompañados de alteraciones somáticas y que, frecuentemente, la depresión aparece asociada a enfermedades físicas crónicas, resulta comprensible que el estudiante de medicina, futuro

médico, interprete los síntomas psíquicos característicos de la depresión como una consecuencia casi inevitable del trastorno físico y no aprecie su entidad nosológica ⁽¹⁶⁾. Esto explicaría el hecho de que la depresión sea poco diagnosticada o escasamente tratada cuando el paciente presenta una enfermedad somática añadida ⁽¹⁷⁾. Por otra parte, es bien conocido que el tipo de atribución que el paciente hace acerca de sus síntomas influye de manera crucial en que la depresión sea o no diagnosticada ⁽¹⁸⁾. Aquellos pacientes deprimidos que atribuyen sus síntomas a motivos psicológicos tienen mayor probabilidad de ser diagnosticados que los pacientes que consideran sus síntomas como el producto de una salud deficiente o de factores externos como el exceso de trabajo o el estrés. Las probabilidades de que la depresión sea reconocida aumentan cuando las primeras palabras del paciente sugieren las alteraciones del estado de ánimo propias de la depresión ⁽¹⁹⁾ y cuando el paciente presenta síntomas de ansiedad o de otros trastornos mentales ⁽²⁰⁾. Por el contrario, cuando los pacientes colocan en primer plano las manifestaciones somáticas de la depresión, como la pérdida o aumento de peso, el insomnio, la disminución de la libido, o la adinamia, el cuadro afectivo es encubierto por los síntomas somáticos y la probabilidad de que el médico llegue a diagnosticar el trastorno depresivo disminuye.

El diagnóstico de la depresión es una tarea compleja y está amenazada por varios factores que inducen errores en el razonamiento médico. Los heurísticos de accesibilidad o disponibilidad y anclaje ⁽²¹⁾, trasladados al campo del diagnóstico clínico, resultan útiles para explicar estos hechos. Los heurísticos son parte del proceso de razonamiento, definidos como atajos, reglas de aplicación rápida, son útiles ya que permiten tomar decisiones rápidas, pero pueden ser una fuente de error. El heurístico de accesibilidad se refiere a la tendencia a sobreestimar la frecuencia de aquellos sucesos que recordamos con más facilidad. El médico tenderá a pensar en las enfermedades que con más facilidad vienen a su memoria, yendo en contra de datos como prevalencia o guías clínicas ⁽²²⁾. Dado que los médicos son entrenados principalmente para diagnosticar y tratar enfermedades físicas no debería extrañar que les resulte más fácil asociar los síntomas somáticos de la depresión con enfermedades físicas que con un trastorno mental. El heurístico de anclaje hace referencia a la excesiva influencia que la información recibida al comienzo puede tener sobre el diagnóstico final. Conforme va escuchando los síntomas el médico intentaría establecer un primer diagnóstico; si este juicio inicial tuviera una influencia excesiva, se produciría un efecto de anclaje y a medida que el médico tuviera acceso a más información intentaría ajustar los nuevos síntomas a su diagnóstico inicial a pesar de que éstos no concuerden con el primer diagnóstico ⁽²³⁾. Esto le llevaría a errar el diagnóstico o a hacer un diagnóstico incompleto. Cuando el paciente que acude al centro de Atención Primaria presenta, además de depresión, alguna enfermedad física, la combinación de los efectos provocados por la accesibilidad y el anclaje explicaría que los estudiantes de medicina y los médicos

tiendan a interpretar los síntomas de la depresión como una consecuencia del trastorno físico.

En investigación realizada por Linárez y Espinet, 2006 se demostró que la presencia de síntomas somáticos de una enfermedad física, específicamente diabetes, disminuyó significativamente la proporción de diagnóstico de depresión y esta disminución fue mayor cuando los síntomas de diabetes precedieron a los de depresión ⁽¹⁰⁾. Esta investigación, condujo a una nueva interrogante, estos resultados se observarían en el caso que la enfermedad coexistente fuera una menos frecuente y por lo tanto, menos presente en el recuerdo, como es el caso del síndrome antifosfolípidos ^(24,25). Por lo que, se planteó la presente investigación con la finalidad de dilucidar mediante un análisis experimental el efecto de los síntomas de una enfermedad poco frecuente, sobre el diagnóstico de depresión que realiza el estudiante de medicina en las consultas de Atención Primaria. El objeto de esta investigación fue analizar la influencia de la accesibilidad de los síntomas sobre el diagnóstico de depresión que realiza el estudiante de medicina en la consulta de Atención Primaria, en una situación cuando coexistan dos patologías, en particular: depresión y síndrome antifosfolípidos. Se esperaba que los síntomas de la enfermedad coexistente, síndrome antifosfolípidos, por ser poco frecuente, menos accesible al recuerdo, no afectaran o afectarían poco el diagnóstico de depresión, independientemente del orden en que se presentaran los síntomas de ambas enfermedades.

METODOLOGÍA

Se siguió una metodología experimental con aleatorización de los participantes.

Participantes

Los participantes fueron 90 estudiantes del último año de la carrera de Medicina en la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" de Venezuela, quienes recientemente habían concluido su carga académica, próximos a egresar y desempeñarse como médicos de Atención Primaria, es decir, médicos no titulados, quienes expresaron su voluntad de participar en la investigación. De los 90 participantes 71,11% eran mujeres y 28,89 % hombres, con una media de edad de 24,9 años. 43 participantes evaluaron el Caso 1, de los cuales 67,44% eran mujeres y 32,56% eran hombres. Los 47 participantes restantes evaluaron el Caso 2, de ellos 74,46% eran mujeres y 25,54% eran hombres. Todos ellos habían recibido durante su formación información general sobre las manifestaciones clínicas de la depresión y los criterios diagnósticos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) ⁽²⁶⁾.

Materiales

Siguiendo los criterios para depresión establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de Asociación Americana de Psiquiatría (Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, DSM-IV) se elaboraron dos situaciones clínicas simuladas denominadas Caso1 y Caso 2. En ambos casos, se presentaba una entrevista clínica en la que una paciente de 40 años, casada y que trabajaba como secretaria, respondía a las preguntas de la doctora del centro ambulatorio. La paciente presentaba síntomas de síndrome antifosfolípidos y síntomas de depresión. Los síntomas de síndrome antifosfolípidos fueron los siguientes: antecedente de abortos, lesiones en piel (livedo reticularis), dolor articular, cambios en la coloración de la piel (Raynaud). Los síntomas de depresión se correlacionan con lo establecido en los criterios diagnósticos del DSM-IV para depresión (tristeza, disminución de interés y capacidad de disfrutar de las actividades que resultaban placenteras, disminución de la atención o toma de decisiones, alteración del sueño: insomnio, fatiga, pérdida de energía, cansancio fácil. El Caso 1 presenta una entrevista clínica en la que el relato de la paciente se inicia con la expresión de síntomas correspondientes a síntomas psicológicos de depresión, seguidos de síntomas físicos de depresión y finaliza con síntomas del síndrome antifosfolípidos.

El Caso 2 es exactamente igual en su contenido al Caso 1, sólo varía el orden de presentación de los síntomas, se inicia con síntomas del síndrome antifosfolípidos, seguidos de síntomas psicológicos de depresión y finaliza con síntomas físicos de depresión. Los guiones de estos casos, fueron evaluados por profesionales expertos que estimaron presentaban síntomas suficientes para llegar a los dos diagnósticos, además de los casos escritos se elaboró un cuestionario que los participantes debían responder tras la lectura del caso. En este cuestionario se solicitaba al participante que emitiera uno o dos posibles diagnósticos. También se solicitaba a los participantes que escribieran las preguntas que harían en caso de poder continuar la entrevista y las exploraciones o datos que recabarían con el fin de precisar el diagnóstico.

Procedimiento

Reunidos los participantes se les solicitó su colaboración en la investigación. Se les invitó a realizar un ejercicio consistente en leer un caso y luego responder un cuestionario relacionado con el mismo. Seguidamente, a cada participante se le entregó un caso (repartidos al azar en forma alterna, Caso1 o Caso 2). Se concedió 5 minutos para la lectura del caso, transcurridos los cuales se retiró la hoja del caso y se entregó a cada participante el cuestionario, disponiendo de 10 minutos para responderlo. Para el análisis de los resultados se realizó comparaciones de porcentajes y se aplicó el test de Chi² para estimar la probabilidad.

RESULTADOS

TABLA 1. FRECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN PARA CADA CASO

CASO	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN		TOTAL
	n	%	
CASO 1	25	56,8	44
CASO 2	25	53,2	47

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN PRIMERA O SEGUNDA OPCIÓN DE ACUERDO AL CASO PRESENTADO.

CASO	DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN				TOTAL
	1ERA OPCIÓN		2DA OPCIÓN		
	n	%	n	%	
CASO 1	6	13,6	19	43,2	25
CASO 2	8	17,0	17	36,2	25

$\chi^2 = 0.39 \text{ } p > 0.53$

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS EN PRIMERA Y SEGUNDA OPCIÓN DE ACUERDO AL CASO PRESENTADO.

CASO	DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO				TOTAL
	1ERA OPCIÓN		2DA OPCIÓN		
	n	%	n	%	
CASO 1	15	34,1	4	9,0	19
CASO 2	17	36,2	3	6,4	20

$\chi^2 = 0.24 \text{ } p > 0.62$

Dado que los grupos eran homogéneos se procedió a realizar comparaciones entre las respuestas obtenidas en función del caso aplicado. Puesto que el interés de este estudio era dilucidar en qué medida la co-existencia de una enfermedad poco frecuente en las consultas de Atención Primaria y depresión dificulta el diagnóstico de este último trastorno, se efectuaron comparaciones de los porcentajes de diagnósticos de depresión en cada caso. Como puede apreciarse en la Tabla 1, el porcentaje total de diagnósticos de depresión en ambos casos fue ligeramente superior al 50% si bien debería acercarse al 100%, pues ambos casos contienen síntomas que permiten llegar al diagnóstico de depresión. No obstante, ser igual los porcentajes de diagnósticos de depresión en ambos casos, al observar la frecuencia de diagnósticos de depresión en primera o segunda opción de acuerdo al caso presentado (Tabla 2), se aprecia que el mayor porcentaje de diagnósticos de depresión ocurrió en segunda opción tanto en Caso 1(síntomas de depresión seguidos de síntomas síndrome antifosfolípidos) como en el Caso 2(síntomas de síndrome antifosfolípidos seguidos de síntomas de depresión). Parece, en consecuencia que colocar los síntomas de depresión en primer lugar (Caso 1) o en segundo lugar (Caso 2), no favoreció el diagnóstico de depresión como primera opción. La depresión se diagnosticó en porcentajes semejantes como segunda opción y la pequeña

diferencia observada entre ambos casos, no resultaron estadísticamente significativas. ($\chi^2 = 0.39 \text{ } p > 0.53$). En relación con la distribución de la frecuencia de diagnósticos de síndrome antifosfolípidos de acuerdo al caso presentado (Tabla 3), el porcentaje total de diagnósticos de síndrome antifosfolípidos fue pequeña, inferior a 50%, tanto en el Caso 1 como en el Caso 2 y las diferencias entre ambos casos no resultaron significativas ($\chi^2 = 0.24 \text{ } p > 0.62$). Sin embargo, el porcentaje de diagnósticos de síndrome antifosfolípidos, en primera opción para ambos casos fue superior a los porcentajes de los diagnósticos realizados en segunda opción. Además, el porcentaje de diagnósticos de síndrome antifosfolípidos en primera opción fue mayor que el porcentaje de diagnósticos de depresión en primera opción en ambos casos. En consecuencia, puede pensarse que presentar los síntomas de depresión en primer lugar no disminuye en la tendencia del participante a diagnosticar como primera opción el síndrome antifosfolípidos, una patología de la esfera física, a pesar de ser esta entidad clínica menos frecuente que la depresión en las consultas de Atención Primaria. En cuanto a la frecuencia del grado de seguridad con el que se realiza el diagnóstico fue en ambos casos mayor para el primer diagnóstico en comparación con la frecuencia de diagnósticos realizados en segunda opción. Llama la atención que en el Caso 2 (síndrome antifosfolípidos + depresión) la frecuencia del grado de seguridad de los diagnósticos realizados en primera opción es mayor que para el Caso 1. Pareciera que el grado de seguridad con que se realiza el primer diagnóstico está en relación con los primeros síntomas presentados y que conducen a formular el diagnóstico.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación, llaman la atención por los bajos porcentajes de diagnóstico de depresión tanto en el Caso 1 como en el Caso 2, estos bajos aciertos en el reconocimiento de la depresión cuando va acompañada de otra enfermedad, es un dato que coincide con investigaciones anteriores quienes reportan porcentajes de no diagnóstico de depresión entre 38 y 50% (7, 8, 9,10, 17) y que provoca una cierta alarma y deben ser objeto de una reflexión específica. La presencia de síntomas de depresión en primer lugar (Caso 1) no tuvo un efecto facilitador sobre el diagnóstico de depresión, a diferencia de hallazgos reportados en otras investigaciones (20,10). Los participantes diagnosticaron síndrome anti fosfolípidos en mayores porcentajes independientemente del orden en que se presentaron los síntomas del mismo. Estos resultados indican que para ellos los síntomas del síndrome antifosfolípidos a pesar de ser una patología menos frecuente que la depresión en las consultas de Atención Primaria, sus síntomas sean más accesibles en su memoria que los síntomas de depresión y apoyan la idea de que, en el proceso de llegar al diagnóstico, los estudiantes de medicina orientan su atención principalmente hacia los síntomas somáticos y que sean las patologías de la esfera física las que predominantemente tiendan a identificar a partir de los síntomas presentados. A causa de este sesgo atencional hacia lo físico atribuible a la

accesibilidad, que facilita la producción de un sesgo atencional hacia lo físico, no resultaría improbable que los participantes desestimaran las manifestaciones de una alteración de la esfera psíquica y, en consecuencia, sean muy pocas las posibilidades de plantearse hipótesis diagnósticas que se relacionen con patologías mentales. En tal sentido, al revisar las respuestas del cuestionario se evidenció una tendencia a solicitar más información relacionada con la esfera física. Estas reflexiones conducen a plantear la necesidad de fortalecer la formación del médico en los aspectos psicopatológicos y de nosografía psiquiátrica, así como en los relacionados con el razonamiento seguido para llegar al diagnóstico clínico y los errores cognitivos que con más frecuencia se pueden cometer. Esta conclusión cobra fuerza si se tiene en cuenta que este estudio se ha realizado en condiciones poco estresantes para los participantes, por lo que en la consulta real las posibilidades de realizar un diagnóstico correcto de depresión se verían afectadas a causa de las condiciones de trabajo. Las limitaciones que estas condiciones imponen y la actitud del médico y del estudiante de medicina al enfrentarse a un diagnóstico real deben ser tomadas en cuenta ^(22, 27).

CONCLUSIONES

Existe un bajo reconocimiento de la depresión por los estudiantes de medicina en situación que simula la consulta de Atención Primaria, lo que representa un signo de alarma, dada la alta frecuencia y graves repercusiones de esta enfermedad. La depresión fue diagnosticada como primera opción en porcentajes menores al síndrome antifosfolípidos, independientemente del orden de presentación de los síntomas: depresión, síndrome antifosfolípidos. Existe la tendencia a presentarse un sesgo atencional hacia lo físico atribuible a la accesibilidad y en consecuencia una disminución de las probabilidades de que la depresión sea diagnosticada cuando esta se presenta acompañada de otra enfermedad. A pesar de que los participantes de la presente investigación, han concluido su carga académica pero no han egresado aún de la universidad y en consecuencia tienen poca experiencia clínica no deja de llamar a la reflexión los resultados obtenidos. En futuras investigaciones podría estudiarse la influencia de la variable experiencia profesional sobre el diagnóstico que realiza el médico de Atención Primaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud. La Depresión. (en línea). 2012. (accesado 24 Abril 2013). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>.
2. Fleming, D.M., Cross, K.W., Barley, M.A. Recent changes in the prevalence of diseases presenting for health care. *British Journal of General Practice*. 2005; 55: 589-95.

3. Katon, W., von Korff, M., Ciechanowski, P., Russo, J., Lin, E., Simon, G., Ludman, E., Walker, E., Bush, T. & Young, B. Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27: 914-920.
4. Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., Lustman, P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1069-1078.
5. Asociación Mundial de Psiquiatría. Programa de acción para superar las brechas en salud Mental. (en línea) 2008. (accesado 24 abril 2013). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf.
6. Ayuso, J. Trastornos del ánimo. En: Enciclopedia Iberoamérica de Psiquiatría, Tomo (pp.1768-1783). Buenos aires: Panamericana; 1985.
7. Tiemens, B., VonKorff, M. y Lin, E. Diagnosis of Depression by Primary Care Physicians versus a Structured Diagnostic Interview. *General Hospital Psychiatry*, 1999; 21: 87-96.
8. Mojtabai, R. Diagnosing Depression and Prescribing Antidepressants by Primary Care Physicians: The Impact of Practice Style Variations. *Mental Health Services Research*, 2002; 4(2): 109-118.
9. Wittcher, H.U., Beesdo, K. y Bithner, A. Depression an underdiagnosed disease. *Medicographia*, 2003; 25: 9-18.
10. Linárez, R., Espinet, A. Factores implicados en el reconocimiento de la depresión. (Tesis doctoral). Málaga: Universidad de Málaga; 2006.
11. Ayuso, J. y Ramos J. Las depresiones en la clínica ambulatoria y su tratamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
12. Alarcón, R., Muñoz R., Molinello, H., Umaña, C., González, C., Holguín, J., Téllez, J. y Castrillón, E. Depresión y Educación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2001; 30(3): 249-260.
13. Cabana, M., Rushton, J. y Rush, J. Implementing practice guidelines for depression: Applying a new framework to an old problem. *General Hospital Psychiatry*, 2002; 24: 35-42.

14. Spitzer R., Williams J., Kroenke K., Linzer, M., Verloin de Gruy III, F., Hahn, S., Brody, D. y Johnson, J. Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. The PRIME-MD 1000 study. The Journal of the American Medical Association, 1994; 272(22):1749-56.
15. Thompson, Ch., Ostler, K., Peveler, R., Baker, N. y Kinmonth, A. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project. British Journal of Psychiatry, 2001; 179: 317-323.
16. Gagnon LM, Patten SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. Canadian Journal of Psychiatry (Revue Canadienne de Psychiatrie) 2002; 47:149-152.
17. Nuyen, J., Spreeuwenberg, P. M., Van Dijk, L., Van den Bos, G. A. M., Groenewegen, P.P., and Schellevis, F. G. The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. Psychological Medicine, 2008; 38:265-277.
18. Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G. y Pereira, G. Cross Sectional Study of Symptom Attribution and Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care. British Medical Journal, 1999; 318: 136-140.
19. Freeling, P. y Tylee, A. Depresión no diagnosticada o mal tratada en Atención Primaria. En J. Feighner, W. Boyer y F. Rouillon (Eds.), Tratamiento a largo plazo de la Depresión (Vol. 3, pp. 25-41). New York: Wiley; 1992.
20. Ustun, T. y Sartorius, N. Mental illness in general health care. An international study. Chichester: Wiley; 1995.
21. Tversky, A., y Kahneman, D. Juicio en situación de incertidumbre: heurísticos y sesgos. En M. Carretero y J. García (Eds.), Lecturas de psicología del pensamiento. (pp.169 -181). Madrid: Alianza; 1984.
22. Wainstein, E. Algunos problemas del razonamiento médico en el proceso de diagnóstico. Papel de algunas heurísticas y posibles soluciones. Revista Médica Chile, 2009; 137: 1636-1641.
23. Richards M., Wierzbicki, M. Anchoring errors in clinical-like judgments. Journal of clinical psychology, 1990; 46(3): 358-65.
24. Correa, A., Valderrama, O., Angel, R., Sáez, J., Villablanca, E. Síndrome Antifosfolípidos y Embarazo. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, 2002; 67 (3):196-202.
25. García, C. Anticuerpos Antifosfolípidos y Síndrome Antifosfolípidos: actitudes diagnósticas y terapéuticas. Actas Dermosifológicas, 2007; 98(1):16-23.
26. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV, Barcelona: Masson; 1984.
27. Lucas, H., Scammell, A., and Hagelskamp, C. How do GP registrars feel about dealing with mental health issues in the primary care setting? A qualitative investigation. Primary Health Care Research and Development, 2005; 6: 60-71

