

Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida

Prevalence of mental disorders in a population requesting health services at a primary health care center and its association with suicidal ideation and perceived disability

Mérida R. Rodríguez¹; Hernán G. Rincón H²; Margarita M. Velasco P³; Carlos A. Hernández A⁴; Martha L. Ramos⁵; José A. González⁶.

¹ Doctora especialista en medicina familiar candidata a magíster en Epidemiología, profesora Pontificia Universidad Javeriana, Comfandi Salud IPS, Cali, Colombia. Correo electrónico: merida.rdguez@gmail.com

² Doctor, magíster en Salud Pública, profesor Universidad Icesi, Médico Psiquiatra Institucional Fundación Valle del Lili, Consultor Medicina Inteligente, Cali, Colombia. Correo electrónico: hernangrincon@gmail.com

³ Doctora, candidata a magíster en Epidemiología, profesora Universidad Libre de Cali, Cali, Colombia. Correo electrónico: marimar22mar07@yahoo.com

⁴ Doctor, magíster en Salud Pública, profesor Universidad del Valle, Comfandi Comfandi Salud IPS, Cali, Colombia. Correo electrónico: carloshernandez@comfandi.com.co

⁵ Doctora, especialista en Administración en salud, Comfandi Salud IPS, Cali, Colombia. Correo electrónico: martharamos@comfandi.com.co

⁶ Médico General, Comfandi Salud IPS, Cali, Colombia. Correo electrónico: joseabelardo.gonzalez@gmail.com

Recibido: 1 de Diciembre de 2011. Aprobado: 20 de junio de 2012.

Rodríguez MR, Rincón HG, Velasco MM, Hernández CA, Ramos ML, González JA. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 141-151

Resumen

Objetivo: conocer los trastornos mentales más frecuentes y el impacto en la percepción de discapacidad e ideación suicida en una Institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad en Cali. **Metodología:** se realizó un estudio transversal con 254 pacientes a los que se les aplicó el instrumento PRIME-MD. En el análisis se utilizó estadística descriptiva para determinar los trastornos más frecuentes y un análisis múltiple por regresiones logística y de Poisson con varianza robusta para determinar la influencia de los trastornos mentales en la discapacidad e ideación suicida. **Resultados:** la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino, adultos jóvenes y maduros. La depresión estuvo presente en 66.8% de los casos, seguido del trastorno de somatización y la ansiedad. Casi la mitad de los pacientes habían tenido ideas suicidas alguna vez en la vida y 3 de cada 4

refirieron algún tipo de discapacidad. Después de ajustar por covariables, los trastornos ansiosos-depresivos mostraron una alta asociación con la ideación suicida y la discapacidad percibida, que es sobrestimada por la regresión logística. **Conclusión:** la depresión y la ansiedad son los trastornos más frecuentes y tienen una alta asociación con la ideación suicida y la discapacidad y es por esto necesario realizar tamizaciones en la atención del adulto en servicios de baja complejidad. Se recomienda considerar el uso de la regresión de Poisson con varianza robusta en los estudios transversales en los servicios de salud.

-----**Palabras clave:** atención en salud mental, servicios de salud, depresión, ansiedad, discapacidades del desarrollo, ideación suicida.

Abstract

Objective: this study's goal was to determine the most prevalent mental disorders and the impact on the perception of disability and suicidal ideation among the population from a primary health care center in the city of Cali. **Methodology:** a cross sectional study was conducted on 254 patients who were screened with the PRIME-MD instrument. Descriptive statistics was used in the analysis to determine the most frequent disorders. Similarly, a multiple analysis with logistic and Poisson regressions using robust variance was conducted to determine the influence of mental disorders on disability and suicidal ideation. **Results:** most patients were female, young, and mature adults. Depression was present in 66.8% of all cases, followed by somatization disorder and anxiety. Half of the patients had had suicidal ideations at some point in their lives, and three out of four patients

claimed to suffer from some kind of disability. Upon adjusting for the covariables, depression and anxiety disorders had a strong association with suicidal ideation and perceived disability that was overestimated by the logistic regression. **Conclusion:** depression and anxiety were the most common disorders and showed a strong association with suicidal ideation and disability. This is why it is necessary to screen for those disorders among adults using primary health care services. Likewise, we suggest considering Poisson regression with robust variance in cross-sectional studies in health services.

-----**Keywords:** Mental health care, health services, depression, anxiety, developmental disabilities, suicidal ideation.

Introducción

La alta prevalencia de las enfermedades mentales, junto a la alta frecuencia de comorbilidad y discapacidad asociada constituyen un desafío para los sistemas de salud. En el mundo, una de cada 4 personas ha sufrido un trastorno mental alguna vez en la vida [1]. En servicios de baja complejidad, los trastornos más frecuentes son el trastorno depresivo (TD), el de ansiedad (TA), el trastorno de somatización (TS), las fobias, el trastorno de pánico (TP) y el alcoholismo [2]. En Colombia, 4 de cada 10 personas ha presentado algún trastorno mental alguna vez en la vida, y en población general los más frecuentes son los trastornos del ánimo (15%) y los de ansiedad (19.3%) [3]. Aunque no ha sido documentado en Colombia, se espera que las prevalencias en el primer nivel de atención sean superiores a los datos de comunidad; en relación con ello, a nivel internacional se ha documentado que en pacientes hiperfrecuentadores de estos servicios, la prevalencia de trastornos mentales puede llegar a 70%, los cuales muchas veces no son diagnosticadas por quedar ocultos detrás los síntomas físicos [4].

Factores como el sexo femenino, vivir solo, estar desempleado, tener entre 20-40 años, y los bajos ingresos, constituyen factores de riesgo para la aparición de estos trastornos. De igual forma, el estrés social y la disfunción familiar contribuyen a agravar los síntomas, incluyendo aquellos relacionados con la percepción de discapacidad [1, 3, 5, 6]. Como factores contribuyentes, el estigma, la violación de los derechos humanos y la discriminación, agravan el daño psicológico individual y familiar [1,6-8]. Como consecuencia grave de estos trastornos, 10 a 20 millones de personas intentan suicidarse cada año, de las cuales 1 millón lo logra (5-10%) [1]. Sumado a lo anterior, varios estudios han mostrado

que el suicidio aparece cada vez en edades mas tempranas, lo cual afecta la familia, y la carga de la enfermedad a consecuencia de los años de vida prematuramente perdidos (AVPP) [8-10].

Por su parte, la discapacidad asociada a trastornos mentales se expresa en una disminución de las capacidades intelectuales, académicas y laborales, dificultad para la organización y toma de decisiones, en la comunicación, en las relaciones interpersonales, falta de control de impulsos, alteraciones psicomotoras y volitivas. A su vez, la discapacidad constituye un componente importante de la carga de enfermedad, específicamente expresada en el indicador de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y es responsable de 35-45% del ausentismo laboral, asociándose a tasas de desempleo de hasta 90% [8, 9, 11]; por lo cual, el paciente queda envuelto en un círculo vicioso donde determinantes sociales y afrontamientos individuales, perpetúan y aumentan la magnitud del daño psicológico.

Durante muchos años los trastornos mentales y sus repercusiones físicas, emocionales y sociales, han pasado desapercibidas para los sistemas de salud. Solo de forma reciente, en el mundo y en Latinoamérica, se han generado políticas públicas de salud mental, como respuesta tanto al envejecimiento poblacional como al aumento subsecuente de enfermedades crónicas. Así mismo, el aumento de problemas sociales como la violencia y el desplazamiento, la incidencia cada vez mayor de trastornos mentales en adolescentes y jóvenes [1,3], la necesidad de mejorar la oportunidad por especialistas y el acceso a tratamientos especializados que actualmente están disponibles solo para la mitad de los que lo necesitan [1,8], han generado la necesidad de abordar estos problemas de salud desde los servicios de baja complejidad.

En ese sentido, dado que los síntomas aparecen antes del establecimiento de un episodio franco y se ha documentado que las recaídas son menores si hay adherencia al tratamiento [12]; es importante que los médicos generales estén capacitados para detectar oportunamente los trastornos mentales y a su vez tratar a aquellos menos severos pero más frecuentes. La importancia de la detección y seguimiento en cuidado primario, ha sido evidenciada en el pasado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo y en Colombia [1, 3, 5]. Estudios como el STARD*^D, han resaltado que el éxito del manejo de estos trastornos frecuentes en el primer nivel, depende de la calidad de la atención y la posibilidad real del seguimiento [13]. Cuando se cuenta con médicos generales entrenados no solo se mejora el diagnóstico sino también la satisfacción del paciente [14,15].

La implementación de un programa de salud mental plantea un desafío administrativo en los centros de baja complejidad, y en el mundo todavía no hay claras respuestas sobre los mecanismos que determinan el éxito (12). Por esta razón, en una institución, con una red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la Ciudad de Cali, que atiende pacientes bajo parámetros del Sistema General de Seguridad Social de Colombia, surgió la necesidad de entender los procesos que ocurren durante la incorporación del componente mental para la integralidad de los servicios de baja complejidad en atención primaria

De esta manera, y como parte del proceso de implementar un programa de atención en salud mental en cuidado primario en una de las IPS del “Distrito de Agua Blanca” en la ciudad de Cali, se realizó este estudio con el objetivo de identificar los trastornos más frecuentes en los pacientes que acuden a servicios de baja complejidad y su relación con la discapacidad percibida y la ideación suicida, con el propósito de priorizar y desarrollar intervenciones efectivas que respondan tanto a los problemas más frecuentes como a los de mayor impacto en la carga de la enfermedad.

Metodología

Con el objetivo de caracterizar la población atendida en una prueba piloto para la implementación de un programa de atención de salud mental en el nivel de baja complejidad que permitiera determinar los trastornos mentales más frecuentes y su impacto en términos de discapacidad percibida e ideación suicida, se realizó un estudio transversal mediante una encuesta aplicada a todos los pacientes mayores de 15 años atendidos entre Enero y Diciembre de 2007, y diagnosticados por primera vez con algún trastorno mental común en una IPS del régimen contributivo del Distrito de Agua Blanca de la ciudad de Cali, que brindó atención a 17745 pacientes en ese año, de estratos socioeconómicos 1-3/6.

Para ello, se le aplicó el Instrumento PRIME-MD (Cuestionario sobre bienestar y salud) ó PHQ (Patient Health Questionnaire) versión validada en español [16,17] a los pacientes que asistieron a consulta y que fueron atendidos por un médico general previamente entrenado en el manejo del instrumento y capacitado en la identificación, tratamiento y seguimiento de los trastornos ansioso-depresivos leves y moderados. Los pacientes fueron remitidos a este médico entrenado por otros médicos generales desde la consulta externa o de programas de promoción y prevención ante la presencia de síntomas clínicos inexplicados por alguna enfermedad orgánica conocida hasta ese momento. Se excluyeron de este estudio los pacientes con los siguientes diagnósticos: enfermedad mental severa, trastorno severo de la personalidad y trastorno por abuso de sustancias psicoactivas

El instrumento PRIME-MD [16], es útil en la detección de trastornos mentales en servicios de atención primaria y está basado en los criterios del DMS-IV para el diagnóstico del TA, TS, TD, este último se clasifica como trastorno de depresión mayor (TDM) y como otro trastorno depresivo no mayor (OTD). El instrumento incluye la evaluación de la presencia de un posible TS al evaluar las molestias físicas asociadas a los trastornos mentales que pueden ser causa de consulta en las instituciones de salud. Así mismo, incluye la presencia de trastorno de pánico (TP), alcoholismo, estrés psicosocial, antecedente de violencia y los trastornos de la conducta alimentaria, Para efectos de este estudio, se excluyeron los módulos del PRIME-MD relacionados con la evaluación de los periodos menstruales, embarazo y parto.

Con este instrumento se determinó el grado de discapacidad mediante la pregunta ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con el trabajo, atender su casa o relacionarse con otras personas debido a los problemas referidos en la encuesta?, mientras que la presencia de ideación suicida (IS) se exploró con la pregunta ¿se le ha ocurrido pensamientos que sería mejor estar muerto(a) o que sería mejor hacerse daño de alguna manera? En ambos casos las escalas de respuestas fueron tipo Likert. Para el análisis de estos datos, se consideró un estado denominado “Posible estrés postraumático” (PEPT) en aquellos pacientes con resultados positivos (“muchas molestias”) a las preguntas “no confiar en nadie, algo malo que le haya ocurrido recientemente o pensamientos sobre algo terrible del pasado” del módulo de estrés psicosocial y que hubiesen respondido afirmativamente a la pregunta sobre el antecedente de haber sido víctima o presenciado un acto de violencia en el último año.

Este instrumento tiene una sensibilidad del 75% y especificidad del 90%, siendo más baja para el módulo de somatización. Su valor predictivo positivo frente a una población con alta prevalencia (probabilidad pre-prueba) es elevado, como se espera suceda en los pacientes que acuden a los servicios de salud. El PRIME-MD

está validado y tiene ajustes culturales para uso en español, fundamentalmente para el tamizaje y diagnóstico de trastornos ansiosos y depresivos [12]. Para el diagnóstico final se utilizó el criterio clínico del médico entrenado para tal fin.

Los datos se digitaron en hoja de cálculo y fueron procesados en Stata v.11.0. En el análisis exploratorio se emplearon variables socio-demográficas como edad, sexo, ocupación y se generaron variables categóricas para cada uno de los módulos del PRIME-MD a partir de la codificación de las respuestas en cada trastorno mental. Los resultados de cada uno de los módulos se dicotomizaron (presente/ausente) excepto el de depresión, en el que se generaron 3 categorías: depresión mayor/ otro trastorno depresivo (depresión menor)/ negativo para depresión. Para la variable edad, se generaron categorías correspondiente al ciclo vital individual: adolescente (10-19), adulto joven (20-44), adulto maduro (45-59) y adulto mayor (60 y más).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y se determinó las prevalencias de cada uno de los trastornos con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%). En el análisis univariado se utilizó la prueba χ^2 para evaluar las diferencias por sexo y χ^2 de tendencia para las categorías de edad. Para determinar cuáles de los trastornos más frecuentes tenían mayor asociación con la percepción de discapacidad e ideación suicida se realizó un análisis múltiple. Para ello se recodificó la discapacidad tomando como expuesto: muy dificultoso y extremadamente dificultoso, y la ideación suicida se recodificó como expuesto: la mitad del tiempo y casi todos los días. Dado que la regresión logística en un estudio transversal puede sobrestimar el efecto de las exposiciones (18-20), se estimaron las razones de prevalencia (RP) mediante regresión de Poisson con varianza robusta [21]. Se realizaron ambos análisis y se comparó el impacto de las diferencias para la toma de decisiones.

En relación con los aspectos éticos, este estudio fue realizado dentro del marco de un análisis administrativo de los servicios de salud prestados en forma regular como parte del proceso piloto de implantación del programa de salud mental de la subdirección de salud de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca (Comfandi Salud IPS). Previo a la aplicación de las encuestas al momento de la consulta, se obtuvo el consentimiento informado verbal del paciente, informándole la importancia como ayuda diagnóstica de la misma por parte del médico entrenado quien de inmediato inició el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) según a las necesidades en cada caso. El resultado de la encuesta y el examen clínico del paciente se registró como parte de la historia clínica y se mantuvo de forma anónima los nombres de los pacientes para efectos de la investigación, en la digitación y análisis de los resultados, y de esta forma se

garantizó la confidencialidad. El protocolo fue sometido y aprobado, por el comité de ética institucional.

Resultados

Se analizaron las encuestas de 254 pacientes atendidos durante 2007 en una IPS de atención primaria en la ciudad de Cali, lo que correspondió a una tasa de 14/1000 pacientes/año. El 77,5% fueron mujeres, uno de cada 4 describió como ocupación el hogar. La mitad de los pacientes tenían menos de 38 años (IQR 27-47, rango 14 - 74), con promedio de edad de 37,8 años (SD 13,4). La mitad de las mujeres tenían menos de 40 años, con un promedio de 38,9 (IC 95%: 37,0-40,9), mientras que la mitad de los hombres tenían más de 33 con un promedio de 33,8 (IC 95%: 30,9-36,6).

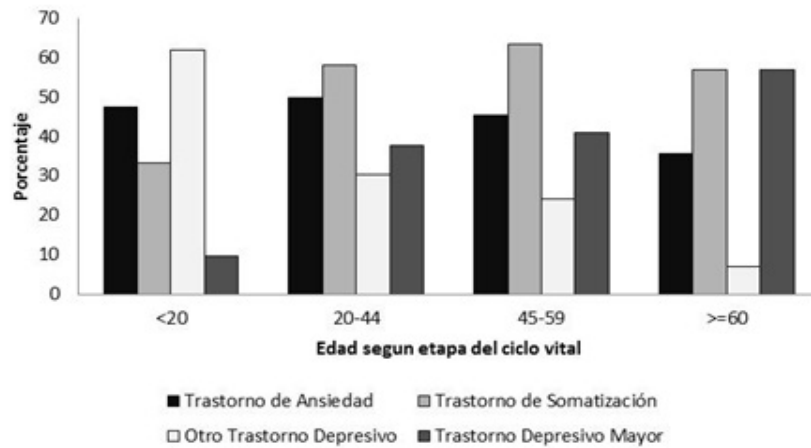
El trastorno mental de mayor prevalencia fue el síndrome depresivo presentándose en 66,8% (IC 95%: 60,6-72,6) de los pacientes. Dentro éste síndrome, el TDM se presentó en más de 1/3 de los casos (37,2%; IC 95%: 31,2-43,4). El TA (sin incluir trastorno de pánico) estuvo presente casi en la mitad de los casos (47,0%; IC 95%:40,8-53,4). Se diagnosticó posible TS en casi 2/3 de los pacientes (57,3%; IC 95%:51,2-63,5), mientras que el TP se diagnosticó en 6,3%; (IC 95%:3,6-10,1). Los resultados de las diferencias en las prevalencias de dichos trastornos por sexo se muestran en la tabla 1.

Por otra parte, se encontró un antecedente de violencia en el último año en 7,3% de los casos y una prevalencia de PEPT de 5,9% presente en 14 mujeres y un hombre (82,0% de los que reportaron el antecedente de violencia en el último año). Se destaca que no se presentaron casos de bulimia; y el abuso de alcohol se identificó en el 2,8% de los casos (IC 95%:1,1-5,6). Respecto al uso de medicación, 16,2 % de los pacientes refirieron estar tomando algún psicofármaco al momento de realizar la encuesta. Las mujeres habían recibido medicación previa en mayor proporción que los hombres (18,6 vs 5,4%; $p = 0,016$) y se presentó sobre todo en aquellos diagnosticados con TP (31,3%). En el TA, TDM, OTD, TS, el uso de psicofármacos fue de 18,4%, 17,2%, 16,9% y 16,4% respectivamente.

La figura 1 muestra las diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes por etapas del ciclo vital. En la medida que aumenta la edad, se incrementa la severidad de la depresión ($p = 0,010$), que se evidencia con la mayor prevalencia del TDM en adultos mayores, mientras los OTD disminuyeron con la edad ($p = 0,001$), siendo éste el trastorno más prevalente entre los adolescentes. Por otra parte, el TA no mostró diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el ciclo vital ($p = 0,376$) ni tampoco el TS ($p = 0,097$). Los adultos jóvenes y maduros mostraron comportamientos similares en la prevalencia de estos trastornos.

Tabla 1. Prevalencias de los trastornos mentales según sexo en los pacientes atendidos en el programa piloto de salud mental de una IPS de baja complejidad de Cali, 2007

Característica	Femenino IC (95%)	Masculino IC (95%)	Valor p*
	(N=197)	(N=57)	
Cualquier trastorno depresivo	72.5(65.6-78.6)	47.4(33.9-61.0)	p<0.001
. TDM	41.8(34.9- 49.1)	21.1(11.4-33.9)	0.004
. OTD	30.6(24.2-37.6)	26.3 (15.5-39.7)	0.532
Trastorno de ansiedad	48.9(41.8-56.2)	40.4(27.6-54.2)	0.251
Trastorno de pánico	7.7(4.3-12.3)	1.8(0.1-9.4)	0.101
Trastorno de somatización	66.2(59.2-72.9)	26.31(15.5-39.7)	p<0.001

*p chi², α=0.05.**Figura 1.** Prevalencia de los trastornos mentales comunes según el ciclo vital de los pacientes atendidos en el programa piloto de salud mental de una IPS de baja complejidad de Cali, 2007

Al considerar la presencia comórbida de varios trastornos en un mismo paciente, se encontró que 22.5% de la población estudiada presentó un solo trastorno, y 31.2% cumplieron criterios diagnósticos para tres trastornos simultáneamente. En particular, los trastornos depresivos y de ansiedad se presentaron juntos en 40.3% de los casos, mientras el TS concomitante con trastorno mixto (ansioso-depresivos) se presentó en 31,2% de los casos y se presentó como diagnóstico único solo en 8.0% de los casos. Aunque el diseño de este estudio no permitió asegurar temporalidad, si se considera la secuencia de causalidad (primero el “trauma psicológico” y luego el síndrome mental), se encontró que todos los pacientes con PEPT presentaron criterios de algún trastorno depresivo y el 80.0% cumplió criterios de presentar trastorno de ansiedad, posible trastorno de somatización e ideación suicida.

Los pacientes estudiados manifestaron como la principal preocupación los problemas relacionados con

la salud (26%), problemas de pareja (19%); problemas familiares (16%); y preocupaciones económicas (16%). Al indagar sobre las molestias físicas sin justificación orgánica conocida, los síntomas óseo-articulares fueron los más frecuentes en ambos sexos. Cuatro de cada 10 pacientes refirió molestias de la espalda en todas las categorías de edad. Dentro del grupo de mayores de 60 años, 7 de cada 10 refirieron muchas molestias en brazos y articulaciones. Los siguientes síntomas fueron significativamente más frecuentes en mujeres: molestias en la espalda (55,1% vs 28,1%, $p = 0,000$), dolores en brazos y articulaciones (49,5% vs 29,8%, $p = 0,009$), náuseas (37,2% vs 21,1%, $p = 0,023$), desmayos (33,2% vs 19,3%, $p = 0,044$), trastorno del hábito intestinal (30,1% vs 8,8%, $p = 0,001$) y palpitaciones o molestias para respirar (22,4% vs 10,5%, $p = 0,047$).

Al correlacionar los síntomas somáticos más frecuentes con los trastornos mentales más prevalentes, se detectó que el dolor de espalda se presentó en 91 pa-

cientes (53,85%) diagnosticados con TD, 72 pacientes (60,5%) en aquellos diagnosticados con TA y 100 pacientes (69,0%) diagnosticados con TS. De igual forma, el dolor en brazos y articulaciones se presentó en 49.7%, 55,5% y 62,1% respectivamente. Por su parte, las náuseas se presentaron en 38.3% de los pacientes con TD, 43,6% de los pacientes con TA y 50,4% de los pacientes con TS.

Adicionalmente, 3 de cada 4 personas reportaron algún tipo de discapacidad, de los cuales 13,0% consideró dicha discapacidad como muy severa, 33,9% como moderada, 28,1% como leve y solo 25.0% no reportó esta percepción. La discapacidad social leve, moderada y severa estuvo presente en 79,1% (IC 95%: 72,7%-84,6%) de las mujeres y 61,4% (IC 95%: 47,6-74.0), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.007$). En cuanto al ciclo vital, la percepción de discapacidad moderada y severa estuvo presente en 38.1% de los adolescentes, 52.7% de los adultos jóvenes, 45,5% de los adultos maduros y 14.3% de los adultos mayores (p de tendencia = 0,119).

De otra parte, el 49.4% de los pacientes refirieron ideación suicida, de los cuales, uno de cada 5, reportó ideas de muerte casi todos los días, con predominio en las mujeres: 54.6% (IC 95%: 47,3-61.7) vs 31,6% (IC95%: 19,9-45,2) en hombres ($p = 0,002$). En cuanto a las etapas del ciclo vital, esta ideación se presentó en 48,0% de los adolescentes, 46,7% de los adultos jóvenes, 54.7% de los adultos maduros y 45,5% de los adultos mayores, sin ser estadísticamente significativas estas diferencias (p de tendencia = 0,677).

Dada la importancia para la carga de la enfermedad y la calidad de vida de la percepción de discapacidad y de la presencia de ideación suicida, en el análisis múltiple se evaluó el efecto de los trastornos más frecuentes ajustando por las categorías de edad, sexo y la presencia de los otros trastornos, y se compararon las estimaciones ajustadas calculadas mediante regresión de Poisson con varianza robusta y regresión logística. Los resultados se muestran en la tabla 2 (discapacidad) y tabla 3 (ideación suicida)

Discusión

Los resultados de este estudio mostraron que las personas más afectadas por los trastornos evaluados son las mujeres en edad laboral, lo cual es un reflejo de la población general, probablemente relacionado con las bases moleculares de los trastornos mentales [22]. De hecho, en el Estudio Nacional de salud mental de 2003, las prevalencias en los últimos 12 meses de depresión mayor en mujeres casi duplica la prevalencia en hombres al igual que las del trastorno de ansiedad [3]. La mitad de los pacientes estudiados tenían menos de 38 años, reflejo de la distribución demográfica de la población que fue atendida en la IPS donde se desarrolló el estudio.

Tabla 2. Razón de prevalencia(RP) y Odds Ratio(OR) de la relación entre la discapacidad percibida y los trastornos mentales más frecuentes en pacientes atendidos en el programa piloto de salud mental de una IPS de baja complejidad de Cali, 2007

Trastorno	RPa (IC95%)	p	ORa (IC95%)	p
TD	2,1 (1,3-3,5)	0,002	3,7 (1,8-7,6)	0,000
TA	2,2 (1,6-3,1)	0,000	5,6 (3,1-10,5)	0,000
TS	1,1 (0,9-1,5)	0,357	1,3 (0,7-2,6)	0,453
Edad	0,9 (0,7-1,0)	0,089	0,7 (0,5-1,1)	0,113
Sexo Femenino	1,4 (0,9-2,1)	0,122	2,0 (0,9-4,6)	0,084

RPa: razones de prevalencia ajustadas por los trastornos que se exponen en la tabla, la edad y el sexo.

ORa: razón de oportunidad ajustada por los trastornos que se exponen en la tabla, la edad y el sexo.

Tabla 3. Razón de prevalencia (rp) y Odds Ratio (or) de la relación entre la ideación suicida y los trastornos mentales más frecuentes en pacientes atendidos en el programa piloto de salud mental de una IPS de baja complejidad de Cali, 2007.

Trastorno	RPa (IC _{95%}), (p)	ORa (IC _{95%}), (p)
TD	7.8(1.8-33.0), (0.005)	10.7(2.4-46.7), (0.002)
TA	2.1(1.3-3.8), (0.006)	3.1(1.5-6.5), (0.003)
TS	1.9(1.0-3.6), (0.037)	2.5(1.1-5.8), (0.030)
Edad	1.0(0.7-1.3), (0.942)	1.0(0.6-1.6), (0.997)
Sexo	1.2(0.6-2.5), (0.526)	1.4(0.5-3.8), (0.524)

RPa: razones de prevalencia ajustadas por los trastornos que se exponen en la tabla, la edad y el sexo.

ORa: razón de oportunidad ajustada por los trastornos que se exponen en la tabla, la edad y el sexo.

De manera general, las edades más afectadas por estos trastornos y la discapacidad asociada quedan por fuera de la cobertura de las guías de atención de promoción y prevención actuales en Colombia [23], en particular el adulto joven entre los 30-45 años. La atención de los trastornos severos, usualmente es realizada en servicios de mayor nivel de complejidad, pero este estudio mostró la necesidad de fomentar intervenciones dirigidas a detectar e intervenir oportunamente los trastornos leves y moderados por médicos generales en adolescentes y jóvenes, para tratar de evitar que evolucionen a formas más severas e incapacitantes de la enfermedad. Los resultados de este estudio soportan la importancia de la evaluación de la salud mental en la estrategia de Servicios Amigables.

Se ha encontrado que en el seguimiento longitudinal, 14% de los pacientes con depresión no son detectados, a pesar que se sugiere que en el cuidado primario la

oportunidad clínica de diagnosticarla es alta por la continuidad del seguimiento [8,13]. En la muestra, el síndrome depresivo fue el problema más prevalente (7 de cada 10) y se manifestó principalmente en mujeres menores de 40 años, dedicadas al hogar. Aunque no fue evaluado en este estudio, en la población de la que se seleccionó la muestra, es muy frecuente encontrar madres solteras cabezas de hogar. Nuestros hallazgos podrían cobrar importancia particularmente en este grupo, ya que de acuerdo con un reporte reciente, la depresión parental es un grave problema que requiere manejo temprano y óptimo en cuidado primario, porque además de afectar el desempeño socio-laboral y el auto-cuidado, puede interferir con la calidad de la crianza estableciendo un riesgo mayor de desenlace negativo en los hijos [24].

Un estudio de la OMS encontró que 26% de los pacientes atendidos por médicos generales presentaron un diagnóstico psiquiátrico por CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10), de los cuales 2 de cada 3 tenían depresión. Otros estudios han estimado que en cuidado primario entre 5-15% de los pacientes sufren de TDM, 10% presenta OTD; y que los TA se presentan en 4-8% de los casos [1, 8, 9, 11]. En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental [3] mostró una prevalencia de trastorno de ansiedad superior a los trastornos del afecto en población general; sin embargo, en el estudio la relación se presentó a favor de la depresión y en concordancia con lo reportado en la literatura aunque las prevalencias fueron superiores para todos los trastornos comunes lo que puede ser consecuencia de las características sociodemográficas de la población y el efecto de la alta incidencia de problemas relacionados con la violencia social en el área de estudio.

Este estudio evidenció que un alto porcentaje de los pacientes pueden tener más de un trastorno. El TDM se asoció con otros trastornos mentales, en particular con la ansiedad y la somatización, coincidiendo con lo documentado en la literatura [25, 26]. Desde el punto de vista teórico y respetando la temporalidad, cualquier trastorno de ansiedad incluyendo el trastorno de pánico predispone a la depresión mayor (aunque en este trabajo no se pudo evaluar la relación temporal entre los mismos). Dado que la mayoría de las depresiones tienen curso crónico, en la medida que aparecen más casos de ansiedad, la prevalencia de la depresión puede aumentar cada vez más [13,22]. Por tanto, detectar la ansiedad de manera oportuna podría constituir una oportunidad terapéutica para la prevención de la depresión.

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente expuestos, una de las posibles explicaciones para la mayor prevalencia de depresión puede ser que los médicos detecten más fácilmente el paciente deprimido que el ansioso, esto implica que el TA podría pasar desapercibido y por tanto evolucionar a la depresión, sugiriendo la falla en la detección oportuna. El efecto de doble filtro de los

pacientes, dado por la captación por médico general y seguimiento por otro médico general entrenado en salud mental también podría explicar las altas prevalencias de los trastornos evaluados. Nuestros resultados no son directamente comparables con los del Estudio Nacional de Salud Mental [3] porque además de las poblaciones diferentes, se utilizaron instrumentos de medición diferentes.

Dado que se encontró alta relación entre PEPT y los trastornos estudiados, se sugiere como explicación que las alteraciones neuroendocrinas asociadas con la presencia de estrés crónico contribuyeron en la generación de la ansiedad y la depresión. Al respecto, un estudio reportó mayores prevalencias de depresión ($OR = 4,20$) y ansiedad ($OR=5,24$) en las personas con antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia; esta relación también se encontró en el estudio de los veteranos de Vietnam [27, 28]. Así mismo a nivel nacional los efectos de la continua violencia rural y urbana en Colombia pueden tener profundo impacto en la salud mental de la población como ha sido sugerido por Londoño y colaboradores [29], los cuales requieren ser prevenidos y mitigados con trabajo mancomunado. Dado que el PEPT es en esencia un trastorno de ansiedad y que postulamos que este último es poco abordado, es posible que sea este un factor que contribuye a la presencia de depresión en estos pacientes.

Respecto al uso de medicamentos psicotrópicos, fue más frecuente en mujeres a pesar de no tener diagnóstico previo de trastorno mental. Lo cual sugiere un subregistro de los diagnósticos que puede tener entre sus causas: la baja detección por el médico; el bajo reporte por parte del paciente; y la mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres. En relación con la presencia de medicación, es importante destacar que la auto medicación es un problema característico de los pacientes con trastornos crónicos en atención primaria [30] y en el caso de Colombia es frecuente que en las farmacias se recomienden medicamentos “tranquilizantes” por parte de personal no idóneo.

Por otra parte, las causas de consulta más frecuentes en estos pacientes fueron los problemas articulares sin diagnóstico clínico de certeza. Se pudo evidenciar que estas quejas frecuentes están asociadas particularmente al trastorno de somatización pero a su vez este se expresa cuando está presente el TD o TA, de ahí la importancia de entrenar a los médicos para detectar la presentación somática de los trastornos mentales, en forma de queja o malestar físico [31]. Mas de 95% de los pacientes con trastornos mentales no le refieren al médico síntomas psicológicos sino los somáticos, pero al orientarse solo al diagnóstico del síntoma, la somatización se convierte en una de las principales causas de los diagnósticos psiquiátricos ocultos [2]. Se postula entonces, que esta pueda ser una de las causas por las cuales en los perfiles

epidemiológicos de las instituciones de salud, no aparecen los trastornos mentales como principales causas de morbilidad pero sí aquellas asociadas síntomas imprecisos.

Se ha propuesto según el modelo de Goldberg [2, 32] que los trastornos mentales se intervengan según los “filtros” o secuencias derivadas del contacto del paciente con los niveles de atención, cada uno con funciones específicas. El primer filtro lo constituye el paciente y la comunidad, el segundo el médico general, el tercero el profesional especializado en consulta, y por último la hospitalización. Por tanto, se debe considerar dentro de las competencias del segundo filtro que además de la detección (incluyendo el uso de test de tamizaje), sea incluido el diagnóstico, la remisión en caso necesario a niveles superiores, el tratamiento oportuno y seguimiento de aquellos diagnósticos más frecuentes. Lo anterior no solo cobra relevancia para el paciente que tendría una mejor oportunidad para el diagnóstico y tratamiento, sino también para las instituciones de salud, ya que al pasar por alto los trastornos mentales y sus manifestaciones somáticas se genera una falta de integralidad en la atención y un sobreuso de los servicios que ha sido documentado en estudios de pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud [33-35].

Los trastornos mentales estuvieron asociados con la percepción de discapacidad e ideación suicida, esta última relacionada en particular con la depresión. Como era de esperarse por el tipo de la muestra del estudio, la prevalencia de ideación suicida (21%), fue superior a la reportada en el estudio nacional de Colombia para población general (4,9%) [3], con diferencias significativas a favor de las mujeres, probablemente relacionadas con la mayor prevalencia de trastornos depresivos. Esto constituye un reto para los servicios en nuestro medio en oportunidades de detección e intervención. De hecho el estudio PROSPECT con seguimiento a 24 meses de adultos mayores, mostró que es posible en atención primaria mejorar la depresión y disminuir la presencia de ideación suicida [36].

El fin último de un tratamiento médico o psicológico es mejorar la calidad de vida a través de prevenir y controlar la discapacidad relacionada con la enfermedad o sus consecuencias. En este estudio, la discapacidad estuvo presente en todas las etapas del ciclo vital, particularmente en adultos jóvenes y maduros, mediada por la presencia de trastornos ansiosos-depresivos lo que obliga al diseño y ajuste de estrategias tanto farmacológicas como no farmacológicas orientadas a la intervención y rehabilitación temprana. Esto podría ser aún más importante en las mujeres cabeza de hogar, que aunque no se exploró en este estudio, es una característica en la población de estudio, y por el impacto que puede tener en el cuidado de sus hijos [24].

Aunque es conocido que los pacientes con depresión tienen peor funcionamiento global (físico, laboral, fami-

liar y social) [11], los pacientes con ansiedad también mostraron prevalencias en la percepción de discapacidad tan alta como las de los pacientes deprimidos, cuando se ajustan por otras variables y se evalúan en función de las razones de prevalencia (RP). Se ha comprobado que los TD tienen mayor impacto en la discapacidad que trastornos orgánicos como la artritis, la hipertensión y la diabetes [37]. Por ello, la estrategia de atención primaria en servicios de salud debe tener como una de sus prioridades la detección y tratamiento temprano de los trastornos ansiosos y depresivos, tanto aislados como comórbidos con otras enfermedades crónicas. Así mismo, a pesar que el diagnóstico de mayor impacto sobre la presencia de ideación suicida fue la depresión, los pacientes con trastornos ansiosos mostraron un riesgo dos veces superior a los pacientes sin este diagnóstico y de manera independiente a la presencia de otros trastornos.

De otra parte, son numerosos los estudios transversales que utilizan la regresión logística para estimar las asociaciones de diferentes factores en variables dicotómicas. Sin embargo, es importante difundir el uso de las RP en los estudios transversales, dado que como se puede evidenciar en las tablas 2 y 3, las estimaciones pueden diferir marcadamente. Las razones de oportunidad (OR) sobrestiman la magnitud de las asociaciones; especialmente cuando se asocian a prevalencias elevadas de la enfermedad. De hecho las RP permitieron visibilizar el impacto casi de igual magnitud sobre la percepción de discapacidad tanto de los TD como de los TA.

Lo anterior cobra especial interés en el análisis múltiple, donde la regresión logística produce una sobrestimación de la medida del efecto y por tanto no garantiza un adecuado ajuste por potenciales confusores [19]. Tres artículos de revisión mostraron el inadecuado uso de la regresión logística en estudios transversales que habían sido publicados en revistas de prestigio [18-20]. Adicionalmente, en este estudio los OR proporcionaron estimaciones con intervalos de confianza más amplios, lo cual disminuye la precisión de las estimaciones; imprecisión que puede ser mitigada en la regresión de Poisson cuando se utiliza el método de varianza robusta. En el contexto de la salud mental, un estudio analizó las diferencias en las estimaciones según el tipo de análisis, mostrando el impacto de las altas prevalencias en las sobrestimaciones de la regresión logística [19], coincidiendo con los hallazgos de este estudio.

Limitaciones y Fortalezas

Este estudio es uno de los primeros en reportar las características de los pacientes que son atendidos en un programa de salud mental dirigido a los trastornos mentales más frecuentes en servicios de baja complejidad en Colombia, sin embargo, tiene varias limitaciones. Se trata de una muestra seleccionada por presentar síntomas clínicos, por lo que no se realizó un proceso de se-

lección aleatoria sino que la probabilidad de inclusión en el estudio de un paciente estuvo condicionada por haber sido detectado por un médico general y posteriormente evaluado por médico entrenado; por lo tanto, los resultados de la prevalencia están sobrestimados respecto a población general. Sin embargo, como este estudio formó parte de la aproximación epidemiológica necesaria para el diseño e implementación de un programa de salud mental en atención primaria y su objetivo fue determinar las características de la población en los servicios, los resultados son válidos en este contexto y podrían extrapolarse a otras IPS de la región que atiendan pacientes con características similares.

Por tratarse de un estudio transversal, con las asociaciones encontradas no puede hacerse una inferencia con mérito de causalidad, dado que no se garantiza la temporalidad. El tamaño pequeño del grupo de los hombres afectó la precisión de las estimaciones, no obstante sirvió para considerar la evaluación de trastornos mentales también en hombres que usualmente expresan menos sus emociones durante la consulta. Este estudio no exploró la prevalencia de otros trastornos comunes en el primer nivel, tanto por su complejidad como por la baja posibilidad de intervención por médico general en la primera fase de implementación de un programa, como las fobias, la dependencia a drogas o el trastorno bipolar; no obstante se conoce que existe una gran asociación entre estos problemas y los explorados en este estudio, por lo cual se esperaría, que un programa de salud mental pueda detectarlos, mitigarlos o prevenirlos.

Este estudio evaluó la percepción de discapacidad e ideación suicida asociada a estos trastornos, de lo cual son escasos los reportes en nuestro medio, particularmente en los servicios de salud. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela dado que la pregunta utilizada para medir discapacidad no constituye un diagnóstico de certeza y no fue evaluada con escalas validadas para tal fin, y por tanto, existe un riesgo asociado a la deseabilidad social que trató de ser mitigado al considerar como expuestos en los análisis de regresión solamente aquellos que hubieran referido la dificultad en las relaciones de manera muy dificultosa o extremadamente dificultosa. Así mismo la prevalencia de alcoholismo pudo haber quedado subestimada por dos razones: no se utilizó un cuestionario específico validado para alcoholismo y adicionalmente pudo ocurrir sesgo de información en la respuesta del paciente por el estigma social asociado a este problema.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio abordó las asociaciones entre las variables exploradas mediante razones de prevalencia por regresión de Poisson con varianza robusta, que ha sido poco utilizado en los estudios transversales. Dado que la alta prevalencia de estos trastornos en los servicios de salud podría

condicionar en los análisis múltiples, cuando se utiliza regresión logística múltiple, una sobrestimación de las asociaciones, tal como quedó demostrado en este estudio. Lo anterior, cobra importancia para una adecuada priorización de intervenciones en salud.

Conclusión

Los pacientes que acuden a los servicios de salud del régimen contributivo pertenecientes a estratos socioeconómicos 1-3/6, que tienen como ocupación el hogar y que acuden a consulta refiriendo fundamentalmente molestias osteoarticulares, podrían tener algún trastorno de salud mental ansioso-depresivo. El TS puede presentarse, al menos en parte, como consecuencia de los trastornos ansiosos-depresivos. Lo anterior, unido a la alta prevalencia de estos trastornos sugiere la necesidad de evaluar dichos trastornos ante la presencia de síntomas y signos inespecíficos en servicios de baja complejidad.

Si bien la severidad de la depresión aumenta según aumenta la edad, este trastorno está presente incluso en adolescentes y es el posible responsable de la ideación suicida (más de la mitad del tiempo o casi todos los días) y la percepción de discapacidad, relación que se observa en todas las etapas del ciclo vital. Por esta razón, los programas de salud mental en el nivel primario deberían incluir la detección e intervención de los trastornos ansiosos-depresivos así como intervenciones dirigidas a mejorar la percepción de discapacidad de los pacientes y realizar al menos prevención secundaria del suicidio.

La detección oportuna puede presentarse tanto en las etapas tempranas del ciclo vital y en etapas tempranas de la evolución de los trastornos para evitar la progresión a formas más severas, también es posible realizarla al detectar los trastornos ansiosos que por una parte pueden evolucionar a trastornos depresivos y por otra están muy asociados a la percepción de discapacidad. Adicionalmente, se sugiere que los estudios transversales basados en los servicios de salud, deben considerar las prevalencias de enfermedades en los pacientes que consultan (con resultados dicotómicos), para elegir el método estadístico adecuado, de manera que los resultados sean precisos y válidos.

Agradecimientos

Al Dr. Fabián Méndez, asesor del grupo de investigaciones de Servicios de Salud de Comfandi. A la Dra. Lice Lore Ruiz, al Dr. Javier Humberto Mesa y a la Dra. Lilliana Hernández, quienes durante su jefatura en la red de servicios de Comfandi, apoyaron el proceso de diseño e implementación del programa de salud mental.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS). Invertir en salud Mental [internet]. Ginebra: OMS; 2004 [acceso 22 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>.
- 2 Golberg D. Epidemiology of Mental Disorders in Primary Care Settings. *Epidemiologic Reviews*. 1995; 17(1): 182-190.
- 3 Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003 [internet]. Bogotá: El Ministerio; 2003 [acceso 11 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/DocumentosyPublicaciones>.
- 4 Bergh H, Baigi A, Mansson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public Health*. 2007; 121(1): 25-33.
- 5 Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Política Nacional del campo de la salud mental, Colombia, 2007 [internet]. Bogotá: El Ministerio; 2007 [acceso 11 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2011/Salud%20Mental/Normatividad/POLITICA%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>.
- 6 First MB, Tasman A. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. Englad: Wiley Segunda Ed; 2006. p. 252-357.
- 7 Rodrigo A, Margaret E. Major depressive disorder in Latin America: The relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 86(1): 93-98.
- 8 World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding. New Hope Chapter 2: Burden of Mental and Behavioural Disorders Impact of disorders, 2001 [internet]. Ginebra: WHO; 2001 [acceso 22 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html>.
- 9 World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group [internet]. Ginebra: WHO; 2010 [acceso 22 de Octubre 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html.
- 10 Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(4): 231-238.
- 11 Vásquez JL, Herrera S, Díez AM, Rodríguez C. Discapacidad y Psiquiatría. *Psiquiatría y Atención primaria*. En: Vallejo J, Leal C, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Ars Médica 2005; p.2335-2346.
- 12 Lemmens KMM, Maureen PMH, Rutten Van M, Cramm JM, Huijsman R, Bal RA, et al. Evaluation of a large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol. *Biomed Central [revista en internet]*. [acceso 22 de Octubre 2010] 2011; 11(6). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-6.pdf>.
- 13 Gayness B, Rush J. The STAR*D study: Treating depression in the real world. In: A. RJ, editor. *Ru. Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 2008. Disponible en: <http://www.edc.gsph.pitt.edu/stard/>.
- 14 Gask L, Goldberg D. Impact on patient care, satisfaction and clinical outcome of improving the psychiatric skills of general practitioners. *Eur J Psychiatry*. 1993; 7(4): 203-218.
- 15 Gask L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *International Review of Psychiatry*. 1992; 4(3): 293-300.
- 16 Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire JAMA*. 1999; 282(18): 1737-1744.
- 17 Baca E, Saiz J, Aguera L, Caballero L, Fernández A, Ramos J, et al. Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999; 27(6): 375-383.
- 18 Chatterjee S, Hadi AS, Price B. *Regression analysis by example. Third Edition*. Nueva York: John Wiley, Sons Inc. 2000; 1271-1323.
- 19 Barros A, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 2003; 3:21.
- 20 Coutinho L, Scazufca M., Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in crosssectional studies. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6): 992-998 .
- 21 Lee J, Tan CS, Chia KS. *A Practical Guide for Multivariate Analysis of Dichotomous Outcomes*. *Ann Acad Med Singapore*. 2009; 38(8): 714-719.
- 22 Zandio M, Ferrin M, Cuesta MJ. Neurobiología de la depresión. *ANALES. [Revista en internet]* 2002 [acceso 22 de Octubre 2010]; 3 Supl: 25-62. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple4a.html>.
- 23 Ministerio de Salud. Resolución número 412 del 25 de Febrero del 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El ministerio; 2000.
- 24 England MJ, Sim LJ. *Depression in Parents, Parenting, and Children Opportunities to Improve Identification, Treatment and Prevention*. Washington, D.C: Institute of Medicine, National Academies Press; 2009.
- 25 Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et al. Early Identification of Co-Occurring Pain, Depression and Anxiety. *Journal of General Internal Medicine*. 2009; 24(5): 620-625.
- 26 Federación mundial para la salud mental. *Salud Mental en la atención primaria: Mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental* [internet]. Woodbridge: WFMH; 2009 [acceso 22 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>
- 27 Cloitre M., Cohen LR, Edelman RE, Han H. Posttraumatic stress disorder and extend of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women Health*. 2001; 34(3): 1-17.
- 28 Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R, et al. Child sexual abuse, poor parenteral care and adult depression: evidence for different mechanism. *British Journal Psychiatry*. 2001; 179: 104-109.

- 29 Londoño NH, Muñíz O, Correa JE, Patiño CD, Jaramillo G, Rangoza J, et al. Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de psiquiatría [revista en Internet]* 2005 [acceso 28 de abril de 2012]; 34(4): 493-505. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634403.pdf>
- 30 Morasco BJ, Dobscha SK. Prescription medication misuse and substance use disorder in VA primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*. 2008; 30(2): 93-99.
- 31 Toft T, Rosendal M, Ornbol E, Olesen F, Frostholm L, Fink P. Training General Practitioners in the Treatment of Functional Somatic Symptoms: Effects on Patient Health in a Cluster-Randomised Controlled Trial (the Functional Illness in Primary Care Study). *Psychother Psychosom*. 2010; 79(4): 227-237.
- 32 Goldberg DP, Huxley P. *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock Publications; 1980.
- 33 Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki T. Frequent Attender Profiles: Different Clinical Subgroups among Frequent Attender Patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997; 42(2): 157-166.
- 34 Williams ER, Guthrie E, Mackway K, James M, Tomenson B, Eastham J, et al. Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison with routine attenders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50(3): 161-167.
- 35 Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A Population-Based Cross-Sectional Study. *Social Science, Medicine*. 2004; 59(4): 813-823.
- 36 Alexopoulos GS, Reynolds CF, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the Prospect study. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(8): 882-890.
- 37 Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989; 262(7): 914-919.