

Isabel Argudo<sup>1</sup>  
Jorge Moreno<sup>2</sup>  
Maria J. Regatero<sup>1</sup>  
Antonio Carrillo<sup>1</sup>  
Raquel Ruiz<sup>1</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>1, 3</sup>  
Blanca Reneses<sup>1, 3</sup>

# Protocolos integrados con Psiquiatría y Atención Primaria para Trastornos Depresivos y de Ansiedad

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos  
Instituto de Investigación Sanitaria del  
Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)  
Madrid, España

<sup>2</sup>Atención Primaria  
Dirección Asistencial Centro  
Madrid, España

<sup>3</sup>Departamento de Psiquiatría y Psicología  
Médica  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense  
Madrid, España  
Centro de Investigación en Red CIBERSAM

## RESUMEN

Actualmente disponemos de una amplia base de evidencia científica sobre la efectividad de los programas de colaboración entre los Servicios de Psiquiatría y los de Atención Primaria para el abordaje de los Trastornos depresivos y de ansiedad. La dificultad radica en la heterogeneidad de los programas y en la necesidad de establecer bases sólidas para su implementación apoyándose en los datos acerca de la eficacia de los distintos componentes de estos protocolos.

En este trabajo proponemos un modelo de atención a esta patología basado en la gestión por procesos. Se expone el proceso clínico elaborado entre los servicios de psiquiatría de un Instituto de Gestión Clínica de un Hospital Universitario de Madrid que atiende una población de aproximadamente 500.000 habitantes y los Servicios de Atención primaria correspondientes a esta área. Se pretende mostrar la metodología para el desarrollo y la implementación de este Proceso así como la base científica para este modelo de gestión asistencial.

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de las enfermedades mentales en Atención Primaria (AP) es elevada, oscilando entre un 14 y un 36% en los países occidentales<sup>1-4</sup>. Se estima que alrededor de un tercio de la población que contacta con dicho nivel asistencial, padece alguna alteración psiquiátrica bien definida, aumentándose esta cifra hasta un 50% en el caso de las patologías psiquiátricas consideradas como menores<sup>5</sup>. Tan solo un porcentaje muy pequeño de los pacientes que acuden a las consultas del médico generalista expresan malestar psicológico, siendo la queja fundamental la manifestación somática<sup>6-9</sup>.

Los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en las consultas del médico general son los trastornos de ansiedad y los depresivos, constituyendo la tercera causa más común de consulta en AP<sup>4, 10, 11</sup>.

La depresión y la ansiedad son consideradas como ejemplos de enfermedades crónicas, no autolimitadas, tanto por su duración como por la extensa afectación poblacional<sup>12, 13</sup>. Estas patologías representan un importante problema de salud pública dado el alto grado de sufrimiento y discapacidad funcional que llevan asociados<sup>14, 16</sup>.

La alta comorbilidad de los trastornos depresivos y de ansiedad con otro tipo de patologías orgánicas, su influencia en la evolución de las mismas<sup>17, 20</sup> y la visión más global del paciente en su entorno que posee el profesional de AP, son factores que hacen que este tipo de pacientes sean abordados mayoritariamente en dicho nivel asistencial<sup>21</sup>. Si a esto sumamos la estigmatización asociada a los servicios de salud mental<sup>22</sup>, apreciaremos que la implicación de los médicos de Atención Primaria (MAP) en el cuidado de los trastornos de depresión y ansiedad es esencial.

Sin embargo el profesional de AP encuentra diversas barreras a la hora de poder realizar un manejo riguroso de estos pacientes. La primera de ellas es la dificultad para detectar dichos trastornos y consecuentemente poder llegar a un diagnóstico que permita un abordaje adecuado, incluyendo la decisión de remitir a los servicios de psiquiatría<sup>23-24</sup>. Sólo un pequeño porcentaje de las patologías depresivas y de ansiedad reciben tratamiento formal especializado<sup>25</sup>.

La segunda limitación identificada es la dificultad en la comunicación eficaz con los equipos de psiquiatría y el escaso respaldo que reciben de dichos servicios en las propias consultas de primaria<sup>23, 26</sup>.

Aunque en algunos casos existen cauces de comunicación establecidos entre el primer nivel asistencial y el nivel de atención especializada, se considera necesaria una amplificación y optimización de la coordinación entre ambos, buscando modelos de colaboración más estrecha interprofesional entre atención primaria y los servicios de psiquiatría y salud mental<sup>15, 27-30</sup>, especialmente desde el enfoque que considera la depresión como una enfermedad crónica<sup>31, 32</sup>.

Teniendo en cuenta las dificultades identificadas en Atención Primaria para diagnosticar y tratar adecuadamente los trastornos depresivos y de ansiedad, por una parte, y considerando el papel que desempeña el médico generalista en el cuidado de estas patologías se ha reconocido la necesidad de desarrollar nuevas herramientas para mejorar el tratamiento de estos trastornos en este nivel asistencial<sup>32</sup>. Un modelo de trabajo que se ajusta a las necesidades de una atención continua integrada entre Atención Primaria y Salud Mental a lo largo de las distintas fases evolutivas de los trastornos depresivos y de ansiedad y que facilita estrategias sistematizadas y ordenadas de todas las decisiones e intervenciones que deben realizarse es un modelo basado en la gestión por procesos.

En el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (IPySM del HCSCM) se ha desarrollado e implantado un proceso clínico para los trastornos depresivos y de ansiedad que consta de protocolos integrados entre los servicios de AP y los de Psiquiatría y Salud Mental.

El objetivo del proceso clínico, en la parte correspondiente a Atención Primaria, es homogeneizar estrategias para la identificación, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad disminuyendo la variabilidad de la práctica entre los profesionales de AP y Psiquiatría en aras de conseguir la remisión del episodio clínico, su mantenimiento y la completa restitución funcional del paciente.

## METODOLOGÍA

El Proceso de Trastornos depresivos y de ansiedad del IPySM del HCSCM ha sido elaborado por un grupo de trabajo constituido por psiquiatras, médicos de atención primaria y un especialista en gestión y economía sanitaria coordinados por el director o responsable del proceso.

Se siguió una metodología basada en el consenso del grupo de trabajo con 20 reuniones de 4h de duración a lo largo de 9 meses. El método de trabajo se estableció siguiendo los pasos de la gestión por procesos adaptada a los servicios sanitarios. Dado que se trata de un proceso que afecta a dos servicios bien diferenciados, fue necesario identificar los elementos de la práctica clínica habitual y su adaptación a un modelo de diagnóstico y tratamiento guiado por pasos, introduciendo en ambos un modelo de algoritmos de decisión.

Se identificaron en primer lugar los subprocesos a desarrollar quedando establecidos inicialmente en cuatro:

- Subproceso para Trastornos Depresivos en Atención Primaria
- Subproceso para Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria

- Subproceso para Trastornos Depresivos en Servicios de Psiquiatría
- Subproceso para Trastornos de Ansiedad en Servicios de Psiquiatría

El establecimiento de los pasos para el diagnóstico y el tratamiento y las recomendaciones asociadas se realizó siguiendo un método de consenso de expertos, tras la revisión por el grupo de trabajo de la literatura científica disponible así como de las guías de práctica clínica más relevantes, considerando su adaptación al ámbito y al marco organizativo de los servicios públicos donde se establece el proceso.

Se revisó la literatura científica disponible, en inglés y español, relativa a la optimización del diagnóstico por pasos y el tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad.

Los documentos de trabajo intermedios fueron validados por las direcciones de las instituciones implicadas en el proceso. El documento final fue distribuido entre los profesionales de los servicios de psiquiatría y una proporción de médicos de AP para la aportación de comentarios y correcciones.

Una vez diseñado el proceso, se realizó un programa de sesiones formativas entre los médicos de Atención Primaria a los que va destinado el proceso. La formación se llevó a cabo por los propios médicos participantes en el grupo de trabajo creador del mismo.

Paralelamente a la elaboración del proceso clínico se diseñó un sistema de evaluación, con indicadores de calidad incluyendo indicadores de resultados.

Los elementos detallados de la metodología del proceso en su conjunto aparecen en el artículo "Pasos para desarrollar un proceso de Ansiedad y Depresión desde Atención Primaria hasta la Red de Servicios Psiquiátricos" en este suplemento.

## PROCESO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Generalidades: Límites y alcance del proceso de Trastornos depresivos y de Ansiedad en Atención Primaria. Subprocesos en Atención Primaria

### *Límites y alcance*

El proceso está dirigido a toda población mayor de 15 años que entra en contacto con AP o cualquiera de los dispositivos del IPySM del HCSCM que manifieste síntomas que se enmarquen en alguno de los diagnósticos incluidos en el proceso (Tabla 1). Estas categorías diagnósticas según los criterios diagnósticos CIE-10 conforman los límites del proceso. Quedan excluidos los Trastornos Obsesivo-Compulsivos

Tabla 1	Límites de entrada en el Proceso de Ansiedad y Depresión (criterios CIE-10)
F32.	Episodios Depresivos
F33.	Trastorno depresivo recurrente
F34.	Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F38.	Otros trastornos del humor (afectivos)
F39.	Trastorno del humor (afectivo) sin especificación
F40.	Trastornos de ansiedad fóbica
F41.	Otros trastornos de ansiedad
F43.	Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación

por sus características clínicas específicas, así como el Trastorno Bipolar.

### Subprocesos en AP

La puerta de entrada de los pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad en el proceso está en el primer nivel asistencial, aunque también se deben considerar en menor grado las derivaciones procedentes de otras especialidades y de las urgencias hospitalarias. El proceso clínico para trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, reacciones a estrés grave y trastornos adaptativos es un proceso global, en el que se han establecido tres procesos clave, uno para AP otro para Servicios de Psiquiatría Ambulatorios y un tercero para Hospitalización psiquiátrica. En el ámbito de AP se han establecido cuatro subprocesos específicos dos de ellos encauzados hacia el diagnóstico para la depresión y trastornos de ansiedad y otros dos específicos para el tratamiento en dichas patologías (figura 1).

### Estrategias para mejorar la identificación y el diagnóstico de la ansiedad y depresión en AP

El mayor problema o limitación para el tratamiento correcto de los trastornos depresivos es su falta de detección o de identificación<sup>33, 34</sup>. Sólo un 40-50% de los pacientes con depresión mayor son adecuadamente diagnosticados por sus Médicos de AP<sup>35-37</sup>. La atención eficaz de estos pacientes comienza con la detección del trastorno y su diagnóstico preciso<sup>38</sup>.

La actitud mantenida en el proceso es focalizar la evaluación en los sujetos cuyas manifestaciones clínicas hagan sospechar la presencia clínica de un trastorno depresivo o de ansiedad, o bien cuando concurren factores que hagan aumentar el riesgo de padecerlos. Aunque se ha propuesto utilizar instrumentos clínicos de despistaje en la población atendida en AP<sup>39-42</sup>, hay resultados contradictorios sobre si su uso por sí solo mejora la evolución de la enfermedad<sup>43, 44</sup>.

Una alternativa, junto con la recogida de una historia clínica completa, es la elaboración de un protocolo sistematizado para la realización de la evaluación clínica específica y conforme a la misma poder determinar el ámbito de tratamiento. Es decir un diagnóstico asistido por pasos.

### Uso de algoritmos diagnósticos

El uso de algoritmos diagnósticos supone una ayuda para la toma de decisiones con la finalidad de lograr el diagnóstico cierto de un trastorno depresivo o de ansiedad<sup>45</sup>. Para ello se desarrollan en el proceso clínico una serie de algoritmos de decisión basados en las siguientes premisas:

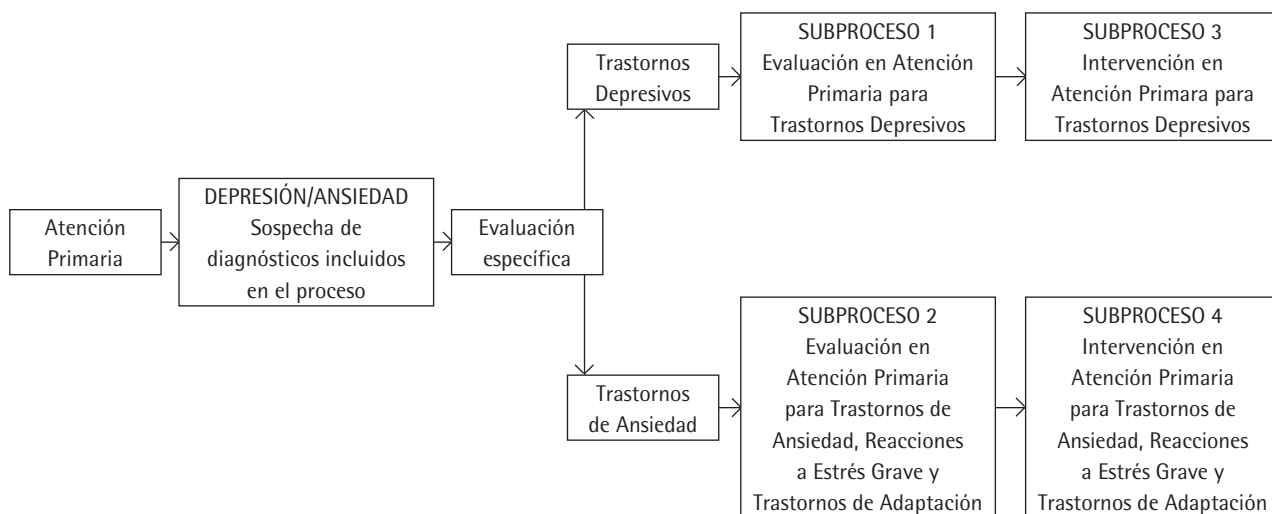


Figura 1

Subprocesos clave en Atención Primaria

- Las manifestaciones que presenta el paciente deben identificarse como síntomas o expresión de una enfermedad mental. Para ello se referencia a criterios clínicos definidos en la CIE-10. La evaluación exhaustiva de los síntomas no sólo tiene finalidad diagnóstica sino que va a determinar la gravedad del trastorno. Algunos síntomas son indicadores de gravedad por si solos e inducen a considerar alternativas específicas como puede ser una derivación a urgencias.
- Hacer un diagnóstico diferencial excluyendo el posible origen orgánico de los síntomas o que éstos sean derivados del consumo de sustancias.
- Hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos.
- Una vez determinado el diagnóstico clínico de Trastorno depresivo o de ansiedad, identificar el tipo específico de trastorno de ansiedad en estudio o el número de episodios que ha presentado a lo largo de la evolución en el caso concreto de los trastornos depresivos.
- Valorar la severidad evaluando la intensidad, la duración y la repercusión funcional (utilizar de referencia en el caso de los trastornos depresivos el nivel de gravedad según CIE-10).
- Considerar la comorbilidad de estos trastornos con otras enfermedades tanto físicas como psiquiátricas.
- Valorar riesgo de suicidio.

*Subproceso de evaluación específica para Trastornos Depresivos en AP. (Figura 2)*

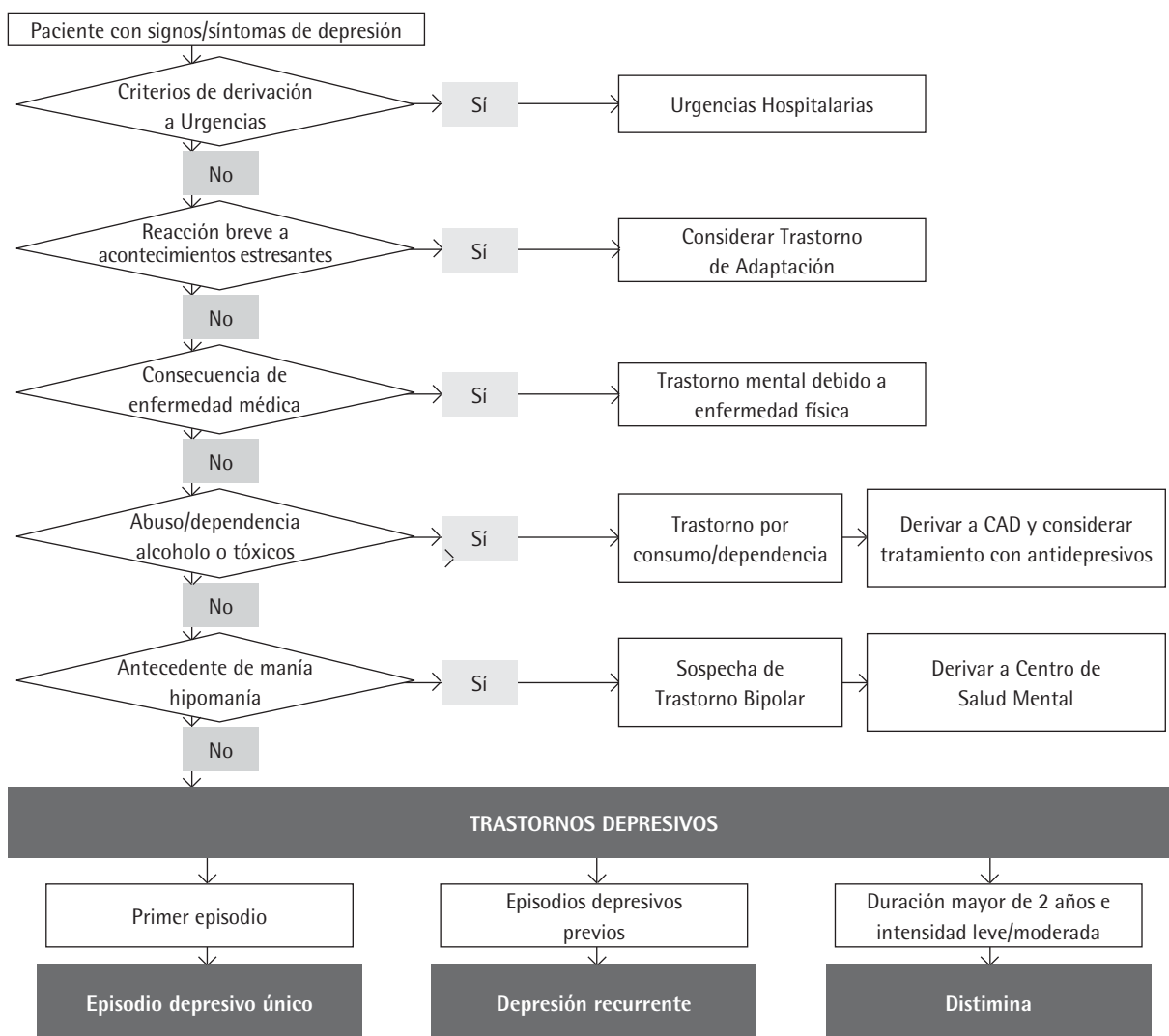


Figura 2

Subproceso 1. Evaluación específica para Trastornos Depresivos en Atención Primaria

FUENTE: modificado de Pascual Pascual P y cols. Guía Clínica El paciente Ansioso. 2005. www.Fisterra.com

*Subproceso de evaluación específica para Trastornos de Ansiedad, Reacción a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación. (Figura 3)*

**Estrategias para mejorar el tratamiento de los Trastornos depresivos y de ansiedad en AP**

*Elección del ámbito de tratamiento*

Una vez realizada la evaluación y el diagnóstico diferencial, el médico de AP debe decidir dónde realizar el plan de tratamiento. Las posibilidades incluyen: realizar el abordaje en AP, con o sin asesoría por parte de los servicios de psiquiatría, remitirlo a los servicios especializados, o derivarlo a urgencias para valoración de ingreso hospitalario. La decisión se toma de acuerdo a factores determinados como la severidad del cuadro, la accesibilidad a los servicios de

psiquiatría y salud mental y los planteamientos terapéuticos específicos que requiera el caso.

Se han identificado diversos factores que motivan que las derivaciones desde AP a Psiquiatría y Salud Mental se dificulten y no resulten eficaces<sup>22-24, 47, 48</sup>. Aunque hay criterios establecidos y consensuados por determinados grupos de trabajo<sup>49</sup>, las indicaciones de remisión a especializada desde AP en el proceso clínico quedan definidas de forma consensuada entre los profesionales de los dos equipos implicados de acuerdo a las características inherentes al ámbito concreto de trabajo. Se determinan de esta forma unos criterios generales de remisión para cualquier tipo de patología psiquiátrica y quedan establecidos otros parámetros específicos. Los criterios específicos para los trastornos depresivos son: presencia de síntomas psicóticos o conductas secundarias a síntomas depresivos que supongan un riesgo para el paciente o para terceros, depresión en el puerperio, alta recurrencia, dificultad en el manejo terapéutico por efec-

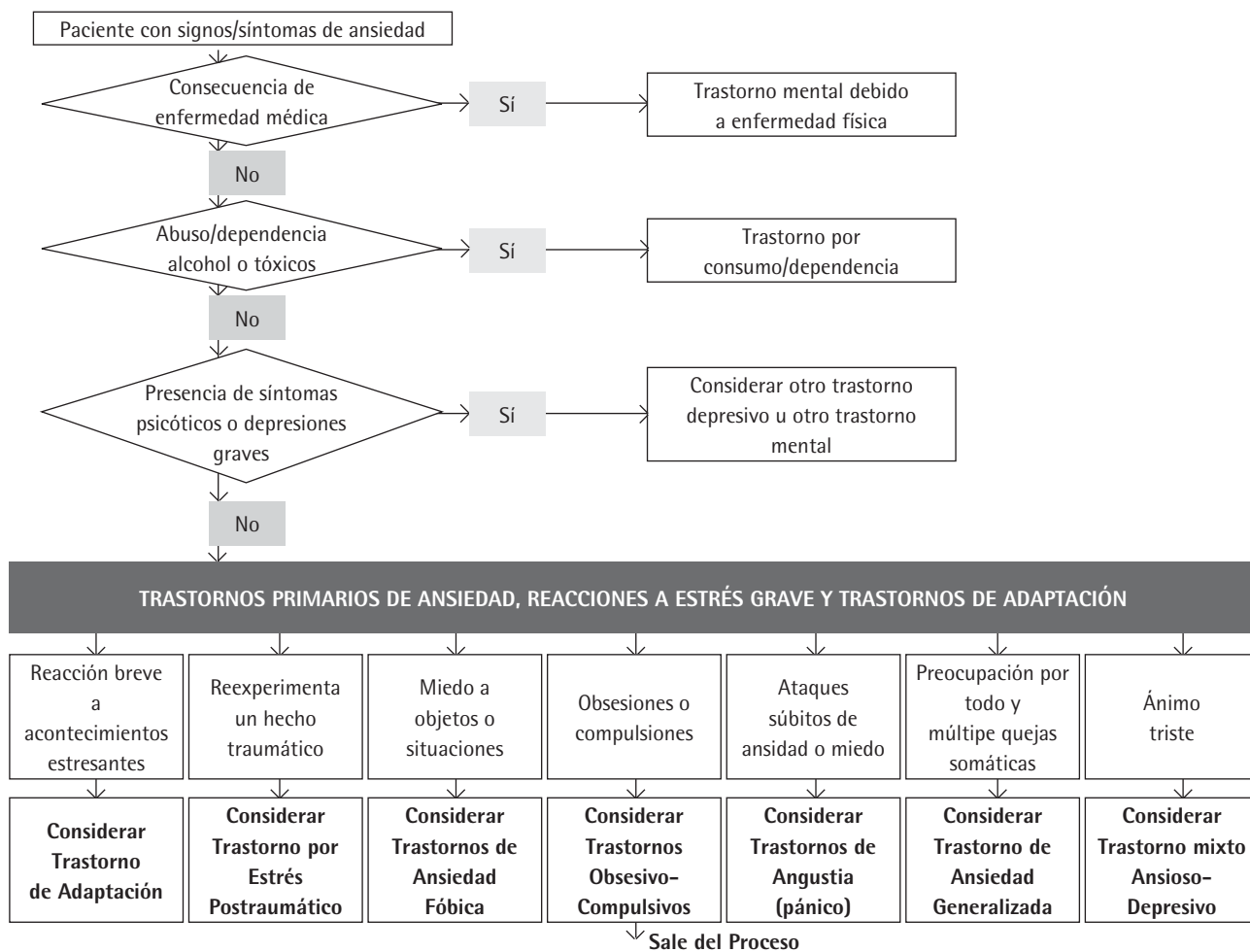
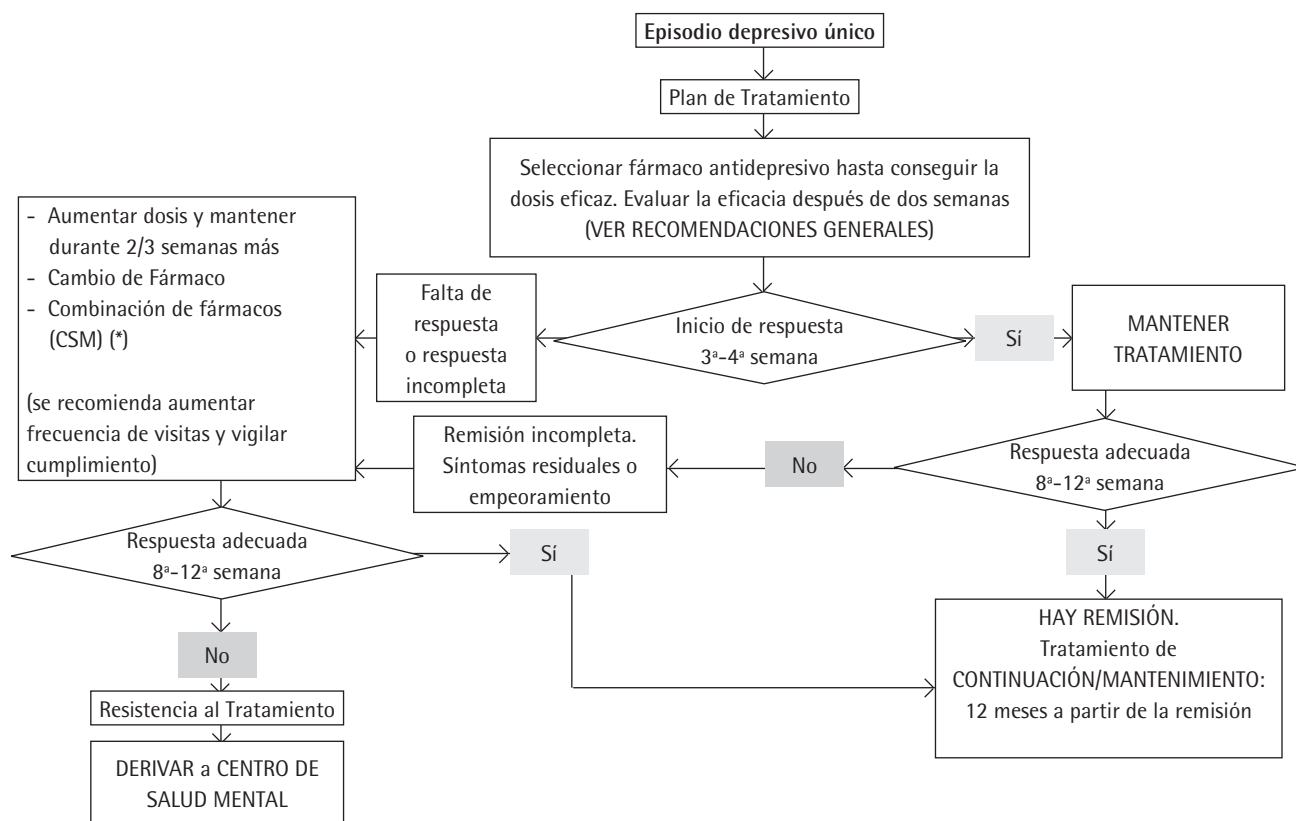


Figura 3

Subproceso 2. Evaluación específica en Atención Primaria para Trastornos de Ansiedad, Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación

FUENTE: modificado de Pascual Pascual P y cols. Guía Clínica El paciente Ansioso. 2005. www. fisterra.com

Tabla 2	Criterios clínicos de derivación desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental (Psiquiatría)
<b>Criterios Generales para cualquier trastorno</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confirmación del diagnóstico si existen serias dudas sobre el mismo.</li> <li>2. Dificultad de establecer relación terapéutica adecuada en AP con un paciente susceptible de padecer patología psiquiátrica.</li> <li>3. Agudización del paciente crónico, ateniéndose a los criterios específicos.</li> <li>4. Cuando se requieran psicofármacos especiales, estabilizadores del ánimo y otras estrategias de potenciación.</li> <li>5. Pacientes con riesgo de suicidio o heteroagresión.</li> <li>6. Adolescentes menores de 18 años.</li> </ol>	
<b>Criterios de derivación específicos para Trastornos Depresivos</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si cumple alguno de los criterios generales.</li> <li>2. Presencia de síntomas psicóticos.</li> <li>3. Importantes alteraciones psicomotoras (agitación/catatonia).</li> <li>4. Persistencia de la depresión con tratamiento correcto a dosis y tiempo adecuado (depresión refractaria).</li> <li>5. Depresión puerperal.</li> <li>6. Síntomas maniformes secundarios al tratamiento.</li> <li>7. Alto nivel de recurrencia.</li> <li>8. Aparición de efectos secundarios mal tolerados o difíciles de controlar.</li> <li>9. Negativa a tomar medicación.</li> </ol>	
<b>Criterios de derivación específicos para Trastornos de Ansiedad</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criterios generales.</li> <li>2. Síntomas limitantes e incapacitantes.</li> <li>3. Indicación de terapias específicas.</li> <li>4. Persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento correcto y durante el tiempo preciso.</li> </ol>	



\* Combinación de Fármacos. Derivar a Centro de Salud Mental o Programa de CONSULTOR Psiquiatra para Atención Primaria

Figura 4 Subproceso 3. Intervención en Atención Primaria para Trastornos Depresivos Subproceso 3.a. Episodio Depresivo Único

tos secundarios, refractariedad en la respuesta o síntomas maniformes secundarios al mismo. Los criterios específicos para los trastornos de ansiedad son: indicación de terapias específicas, resistencia al tratamiento o repercusión funcional importante y limitante (Tabla 2).

En aquellas ocasiones en que la enfermedad suponga una seria amenaza para el paciente o terceras personas o cuando se objetive sintomatología psicótica activa se debe realizar una derivación al servicio de urgencias psiquiátricas hospitalario.

En todo momento, se oferta la posibilidad de utilizar interconsultas previas a la derivación, como las realizadas vía telefónica o por internet dentro del programa específico de "Psiquiatra consultor para AP". La utilización de este sistema puede generar una disminución de las remisiones a especializada de los trastornos moderados y hay evidencia entorno a sus beneficios en capacitar a los médicos de atención primaria en la detección y manejo de las enfermedades mentales<sup>15</sup>.

### Uso de algoritmos terapéuticos

El objetivo del tratamiento para los trastornos depresivos y de ansiedad no es sólo alcanzar la remisión clínica sino mantenerla y recuperar el nivel de funcionamiento<sup>32, 49-52</sup>. Las

intervenciones a realizar deben quedar claramente definidas y organizadas<sup>13, 32</sup>. El proceso clínico es un modelo que posibilita la utilización de algoritmos apoyados en las guías clínicas<sup>53-58</sup>, consiguiéndose así una estrecha monitorización tanto de los síntomas como del tratamiento. Todo algoritmo facilita estrategias acerca de qué tratamiento elegir, cómo llevar a cabo las pautas y el orden que se debe seguir a la hora de utilizar diferentes alternativas terapéuticas<sup>45, 59, 60</sup>. Se trata de un abordaje secuencial en el que, conforme a determinados hitos o puntos críticos, el profesional toma una decisión concreta en el proceso terapéutico. Aunque esta estructura esté estandarizada, se aplica una táctica para cada paciente en particular, estableciéndose planes individualizados, que ayudan al médico a racionalizar el tratamiento<sup>60</sup>.

En el Proceso clínico, en el caso de los Trastornos depresivos, los algoritmos correspondientes se centran en el número de episodios y duración de la clínica, estableciéndose así, un algoritmo específico para un primer episodio (Figura 4), otro algoritmo para caso de recurrencias (Figura 5) y otro para Distimia (Figura 6). Se hace especial énfasis en pautas de tratamiento no sólo del episodio índice sino en el tratamiento de continuación y de mantenimiento. En el caso de la Distimia, se establece su severidad según la repercusión funcional del cuadro.

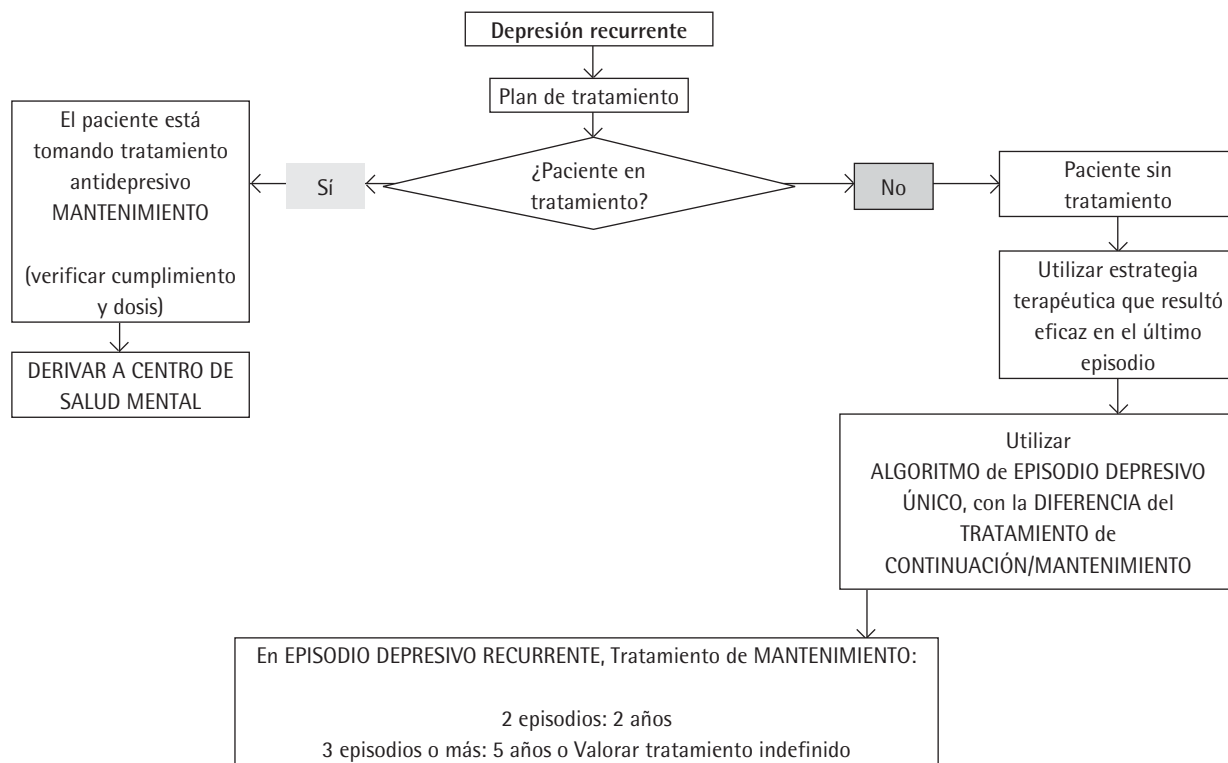


Figura 5 Subproceso 3. Intervención en Atención Primaria para Trastornos Depresivos Subproceso 3.b. Episodio Depresivo Recurrente

Se han establecido además Recomendaciones generales para el tratamiento de los trastornos depresivos en el marco del subproceso (Tabla 3).

Respecto a los Trastornos de Ansiedad, los árboles de decisión establecidos corresponden a los dos cuadros más prevalentes en AP: Trastorno de Ansiedad Generalizada (Figura 7) y Trastorno por crisis de Pánico considerando la coexistencia o no de Agorafobia (Figura 8). Las recomendaciones generales de tratamiento para todos los Trastornos de Ansiedad incluidos en el citado subproceso se exponen en la Tabla 4.

En todos los subprocesos anteriores se contempla la posibilidad de precisar consulta con atención especializada. Se puede remitir directamente a los servicios de psiquiatría y salud mental si se objetiva alguno de los supuestos definidos en los criterios de derivación, o bien si lo que se precisa es una intervención puntual que exija una respuesta rápida se puede utilizar la opción de recurrir al programa de "Psiquiatra consultor con Atención Primaria" mediante contacto directo a través del teléfono móvil o correo electrónico.

Este programa consiste en una interconsulta telefónica o por correo electrónico con un psiquiatra de referencia en cada centro de atención especializada, con un plazo de respuesta inferior a tres días.

*Recomendaciones terapéuticas generales y específicas para los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos Depresivos en Atención Primaria*

Durante mucho tiempo, se consideró que promover la formación del médico generalista y de AP mejoraba el abordaje de estos trastornos en el primer nivel asistencial<sup>59, 60</sup>, sin embargo se ha confirmado que adoptar exclusivamente medidas educativas para los profesionales de primaria resulta insuficiente para mejorar el manejo de la depresión y la ansiedad, debido entre otras razones a la rotación de los médicos en las consultas<sup>63-65</sup>. También resulta ineficaz diseminar de forma pasiva los algoritmos o guías terapéuticas entre los médicos de Atención Primaria<sup>66</sup>.

Los algoritmos y guías terapéuticas<sup>53, 58</sup> deben complementarse con otras medidas orientadas a fomentar la adhe-

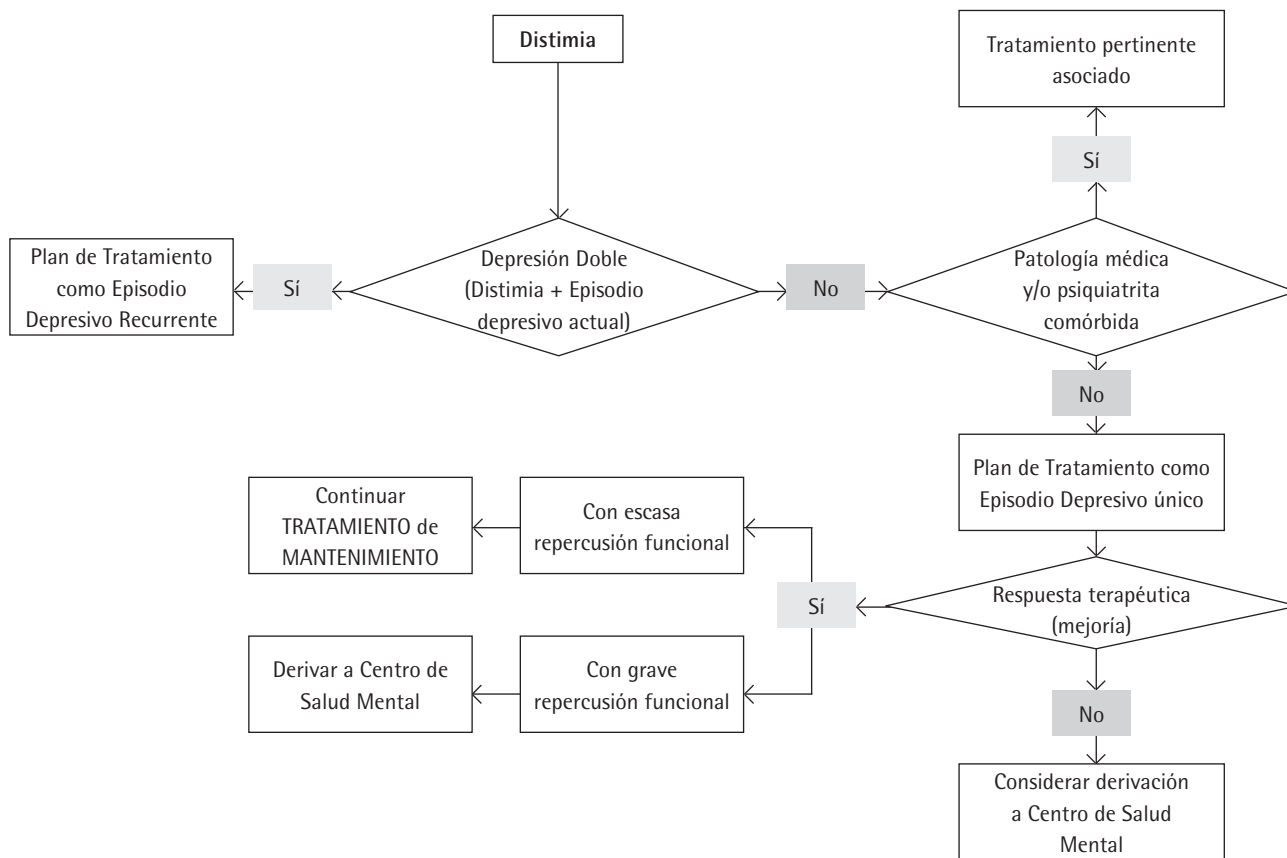


Figura 6 Subproceso 3. Intervención en Atención Primaria para Trastornos Depresivos Subproceso 3.c. Distimia



Tabla 3

### Recomendaciones generales para el Tratamiento de los Trastornos Depresivos en Atención Primaria (Subproceso 3)

#### 1. CONSIDERACIONES GENERALES. CONSULTAS DE INICIO

Adecuada información del diagnóstico al paciente, asegurándose de que la intervención terapéutica es comprendida y aceptada.

Comunicación sobre los efectos esperados del tratamiento y los plazos de tiempo en que pueden aparecer.

Comunicación sobre las molestias más frecuentes y efectos secundarios que pueden aparecer al inicio del tratamiento para evitar alarmas e interrupciones precipitadas del mismo. Informar que, normalmente, los efectos secundarios disminuyen en intensidad tras la administración continuada.

Delimitar el campo de actuación del médico de AP, informando sobre la posibilidad de uso de otros recursos en caso de necesidad (p. ej. derivación a CSM).

Evaluación de la impulsividad y el riesgo de suicidio.

#### 2. ELECCIÓN DEL ANTIDEPRESIVO

Importancia de adecuado diagnóstico con especial atención a enfermedades psiquiátricas y/o médicas comórbidas.

Elección de un fármaco con un aceptable perfil de efectos secundarios y seguridad para el paciente individual.

Utilización de dosis adecuadas. Escalada gradual hasta alcanzar niveles terapéuticos.

Duración de tratamiento adecuada según se trate de episodio único o recurrente.

En caso de episodios depresivos anteriores, prescribir el fármaco que fue claramente efectivo y bien tolerado en el pasado.

#### 3. CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

Monitorización cada 1 o 2 semanas de:

- a) Respuesta terapéutica.
- b) Adherencia terapéutica.
- c) Efectos secundarios (incluyendo la posible emergencia de pensamiento y conductas suicidas).

En caso de respuesta parcial o falta de respuesta, evaluación de las posibles causas:

- a) Replanteamiento diagnóstico.
- b) Falta de adherencia terapéutica.
- c) Descartar comorbilidad psiquiátrica y/o médica (p. ej. alcoholismo o enfermedad tiroidea).

Estrategias terapéuticas ante falta de respuesta:

- a) Optimización/Incremento dosis antidepressivo durante el tiempo adecuado (8-12 semanas).
- b) Cambio a otro fármaco de diferente clase o a otros de la misma clase pero con un diferente perfil de efectos secundarios si el problema consistía en mala tolerancia.
- c) Combinación de fármacos (reservado a CSM)

#### 4. TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN Y MANTENIMIENTO

En pacientes respondedores al tratamiento, continuar la terapia antidepressiva por un período mínimo de 6 meses después de alcanzada la remisión.

Duración más prolongada (años) en pacientes con curso crónico antes de la remisión, síntomas residuales o episodios previos múltiples (3 o más).

Dosis: para profilaxis efectiva se recomienda la misma dosis que fue efectiva en el episodio índice.

Valoración de efectos secundarios y tratamiento.

Evitar síndrome de discontinuación realizando una reducción gradual del tratamiento después de un uso crónico.

#### 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CSM

1. Si cumple alguno de los criterios generales:

- Confirmación del diagnóstico si existen serias dudas sobre el mismo.
- Dificultad de establecer relación terapéutica adecuada en AP con un paciente susceptible de padecer patología psiquiátrica.
- Agudización del paciente crónico, ateniéndose a los criterios específicos.
- Cuando se requieran psicofármacos especiales, estabilizadores del ánimo y otras estrategias de potenciación.
- Pacientes con riesgo de suicidio o heteroagresión.
- Adolescentes menores de 18 años.

2. Presencia de síntomas psicóticos.

3. Importantes alteraciones psicomotoras (agitación/catatonía).

4. Persistencia de la depresión con tratamiento correcto a dosis y tiempo adecuado (depresión refractaria).

5. Depresión puerperal.

6. Síntomas maniformes secundarios al tratamiento.

7. Alto nivel de recurrencia.

8. Aparición de efectos secundarios mal tolerados o difíciles de controlar.

9. Negativa a tomar medicación.

rencia y cumplimiento terapéutico<sup>67, 68</sup>. En el Proceso Clínico se facilitan una serie de recomendaciones que engloban procedimientos más complejos de carácter formativo, psicoeducativos y terapéuticos.

**Recomendaciones generales**

Tanto en los trastornos de ansiedad como de depresión, se dan pautas acerca de la actuación del profesional de AP frente a un paciente con ansiedad o depresión. En las consultas iniciales se añaden medidas psicoeducacionales dirigidas al paciente y familiares, e incluso se dispone de hojas informativas que se le pueden facilitar a los mismos. Se orienta hacia cómo plantear el diagnóstico y posibilidades terapéuticas al paciente y a la familia y las expectativas reales de dicho abordaje. Se indica cómo elegir el fármaco, el uso de los antidepresivos en ansiedad y en depresión, con qué dosis comenzar y la diferencia en el inicio en el caso de la ansiedad respecto a la depresión. Así mismo se instruye acerca de qué efectos esperar y cuando debemos esperarlos.

Por otro lado se especifican recomendaciones de uso y limitaciones de las benzodiazepinas y la valoración dentro del proceso terapéutico de la Incapacidad Laboral Transitoria y posibles riesgos de la misma en caso de una inadecuada indicación.

En las sucesivas visitas se indica cómo se debe llevar a cabo la monitorización del tratamiento, señalando la frecuencia con la que debe realizar dicha monitorización, qué se debe monitorizar y cómo actuar ante efectos secundarios, intolerancias farmacológicas, escasa adherencia, no cumplimiento o no respuesta terapéutica.

Se explicitan las consideraciones del tratamiento de continuación y el de mantenimiento en ansiedad y depresión como profilaxis de recaídas y recurrencias.

**Recomendaciones específicas**

En este apartado se recogen las peculiaridades de uso farmacológico y de otras intervenciones psicosociales que se pueden

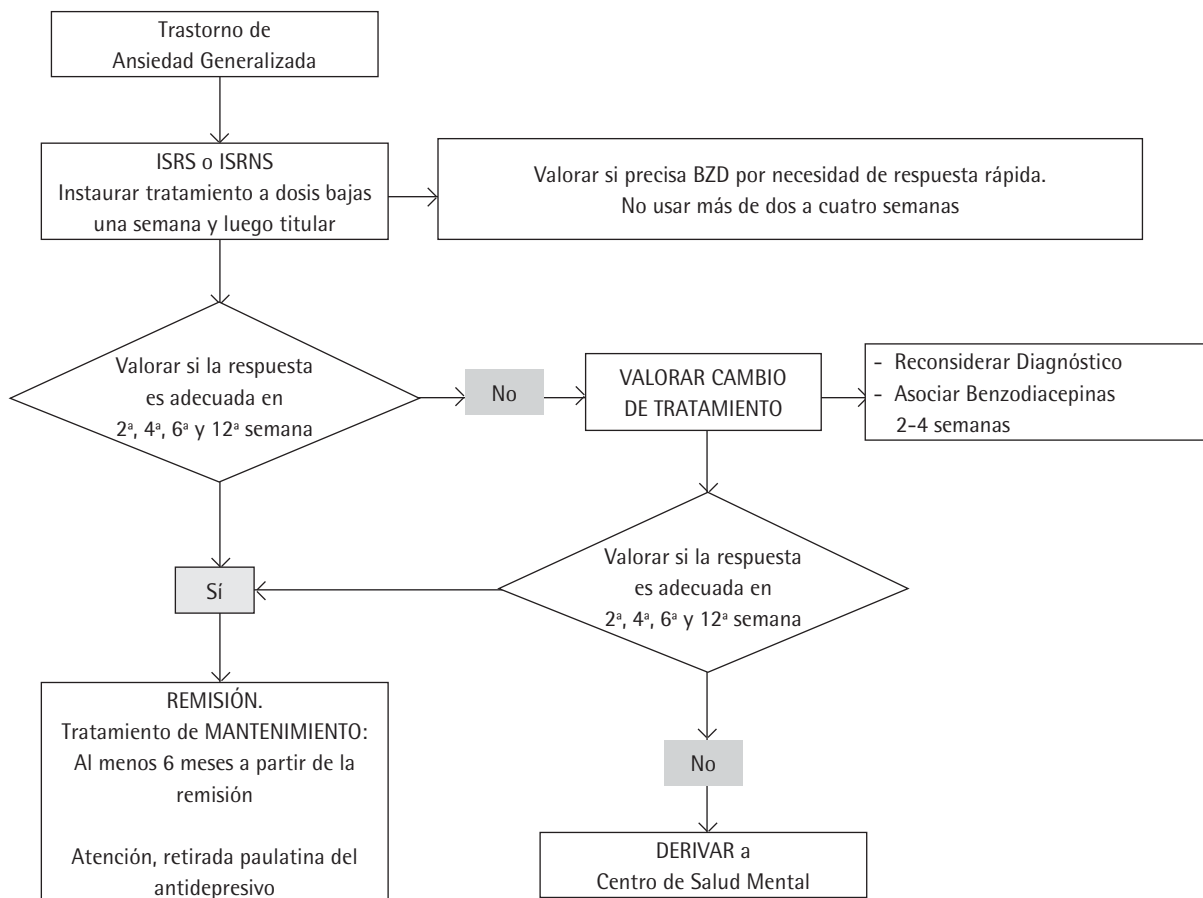


Figura 7

Subproceso 4. Intervención en Atención Primaria para Trastornos de Ansiedad  
Subproceso 4.a. Trastorno de Ansiedad Generalizada

realizar en el ámbito de AP para cada uno de los trastornos de ansiedad, incluyendo un epígrafe concreto dirigido a las Reacciones a Estrés Agudo y al Trastorno por Estrés Postraumático.

### Estrategias para mejorar la comunicación entre AP y SM. Programa "Psiquiatra consultor para Atención Primaria"

La utilización de algoritmos y un sistema de cuidados compartidos entre AP y Servicios de Psiquiatría aumenta la eficacia terapéutica en el paciente depresivo<sup>51</sup>.

La mejora de la comunicación entre ambos niveles se considera necesaria<sup>23</sup>. Para optimizar la coordinación, se deben fomentar los contactos (formales e informales) entre AP y Psiquiatría, buscando una mayor accesibilidad del MAP al especialista<sup>21, 69-72</sup>. En el proceso clínico se ha instaurado un programa específico de apoyo y asesoría especializada para los profesionales de AP en el que la implicación del IPySM del HCSCM en el ámbito de primaria es más estrecha. El equipo que integra el programa consta de una plantilla estable en la que participan tanto psiquiatras como personal de enfermería. Se promueve el contacto directo vía telefónica o por correo electrónico entre los profesionales de ambos

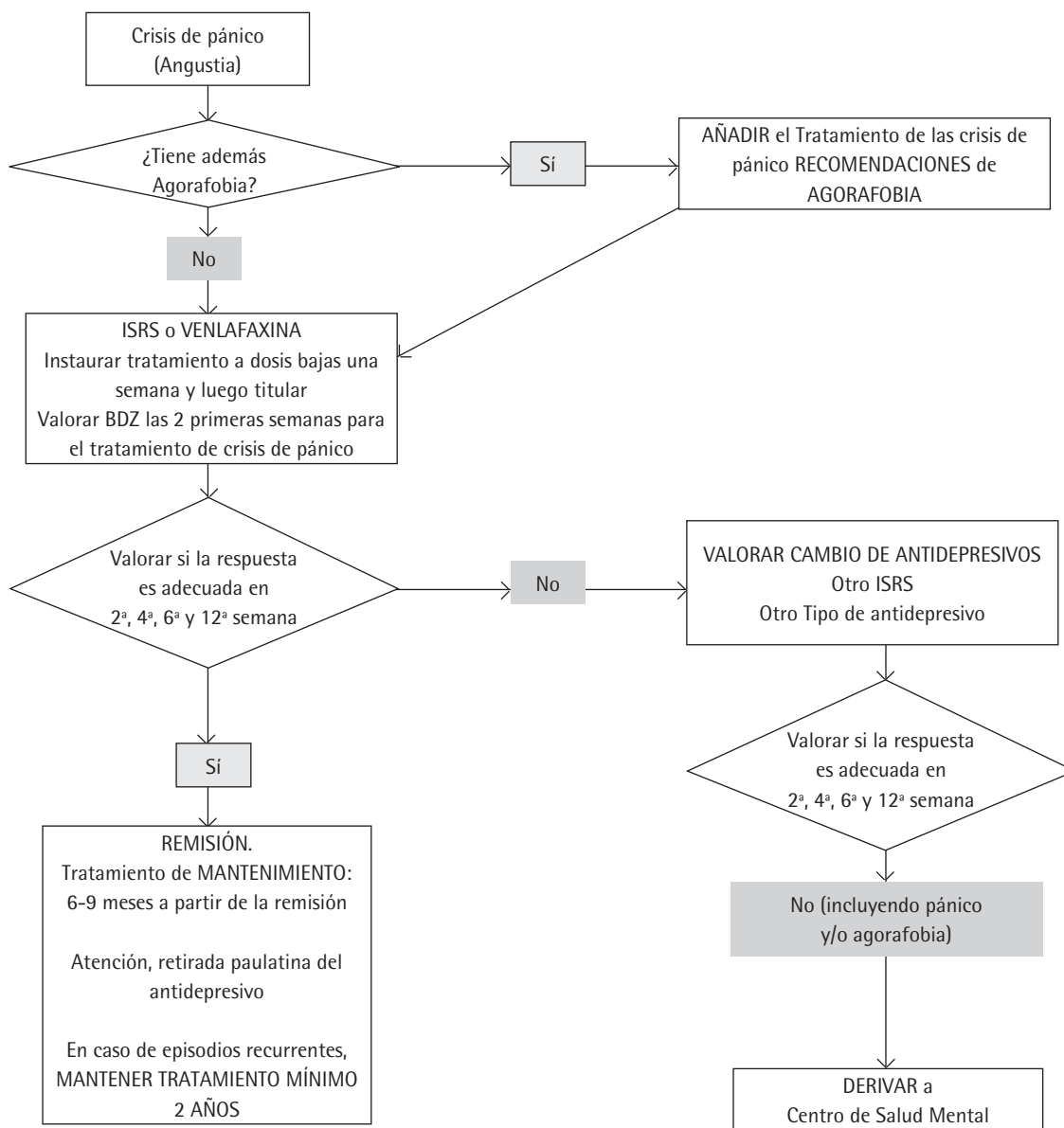


Figura 8

Subproceso 4. Intervención en Atención Primaria para Trastornos de Ansiedad  
Subproceso 4.b. Trastorno por Crisis de Pánico (Angustia)

Tabla 4

### Recomendaciones generales para el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (Subproceso 4)

#### 1. RECOMENDACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un correcto tratamiento necesitará sustentarse siempre en la adecuada información, que debe ir dirigida no solo al paciente, sino también a la familia. Esta información debe darse de forma comprensible y concreta, centrándose en la naturaleza y posible evolución de la enfermedad, en las opciones terapéuticas y en recursos disponibles.

Hacer ver al paciente y familia que se trata de un trastorno que genera gran sufrimiento e incapacidad, y que dicho trastorno tiene un amplio abanico de posibilidades de intervenciones eficaces para su tratamiento.

Considerar que una mayor implicación del paciente y familia en el proceso asegura una mejor respuesta del mismo.

Evitar atribuciones erróneas acerca de su enfermedad.

Para establecer un tratamiento farmacológico para el control de la ansiedad, debemos considerar la respuesta previa, la naturaleza de los síntomas que van a ser tratados, la medicación asociada y el perfil de síntomas adversos.

#### 1.1. RECOMENDACIONES DE USO DE BENZODIAZEPINAS (BDZ) EN TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las benzodiazepinas, se utilizan en el manejo agudo de la ansiedad y como terapia coadyuvante con los ISRS e ISRSN.

Las benzodiazepinas producen un alivio rápido inicial de los síntomas de ansiedad. No prolongar su uso más de 4 a 6 semanas.

En momentos de crisis agudas se aconsejan: alprazolam, clonazepam, lorazepam y diazepam.

En caso de indicar el uso de BZD se recomienda comenzar con la dosis más pequeña posible y aumentarla paulatinamente.

Se recomienda utilizar las BZD de vida media larga o intermedia por su menor capacidad adictiva (p.ej., diazepam, cloracepato, ketazolam, etc.).

En pacientes con problemas de abuso de sustancias, alcoholismo y trastornos de personalidad, evitar el uso de BDZ.

En poblaciones especiales (bajo metabolismo hepático) como en ancianos, nefrópatas y hepatopatías, se prefiere el uso de BZD de vida media corta como lorazepam, oxazepam y temazepam.

#### 1.2. RECOMENDACIONES DE USO DE ANTIDEPRESIVOS ISRS O ISRSN EN TRASTORNO DE ANSIEDAD

El manejo de antidepresivos ISRS o ISRSN en los trastornos de ansiedad es el mismo que en la depresión, pero hemos de considerar determinadas diferencias a efectos prácticos:

a) Se debe comenzar con dosis menores y realizar una escalada más lenta.

b) Se pueden asociar ansiolíticos tipo BZD durante las dos o tres primeras semanas de tratamiento.

La dosis y periodos de tiempo de utilización de estos fármacos antidepresivos debe ser igual a lo recogido para la depresión, tanto en fase aguda como en fase de continuación como en la de mantenimiento. En algunos casos puede ser necesaria la utilización a dosis mayores y durante periodos de tiempo más largos.

#### 1.3. PRESCRIPCIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL EN TRASTORNO DE ANSIEDAD

Si se prescribe indicación de situación de Incapacidad Temporal Laboral (IT), considerar siempre la misma como parte del proceso terapéutico y nunca desligar de otros planteamientos terapéuticos propuestos. Establecer y explicitar objetivos concretos de la misma al inicio, realizando monitorización periódica de la evolución y necesidad clínica de continuación de la misma.

La baja laboral puede aportar descanso y liberación de la tensión diaria. Pasados los primeros momentos posteriores a un contratiempo vital, y una vez recuperados patrones básicos de sueño y comida, la persona podrá recuperarse y reorganizarse mejor con la vuelta a la vida activa.

Considerar riesgos de posible yatrogenización:

a) Valorar si se favorece la potenciación de determinadas conductas evitativas inherentes al trastorno en sí (p.ej., en trastornos de pánico con agorafobia).

b) Valorar en personalidades con rasgos evitativos-dependientes (p.ej., en trastornos de ansiedad generalizada).

c) Valorar las posibles ganancias secundarias.

#### 2. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

##### 2.1 TRASTORNO DE ANGUSTIA (TA)

Como antidepresivos a utilizar se recomiendan: los ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina), los ISRSN (venlafaxina retard) y los ADTC (clorimipramina e imipramina).

Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis mínima terapéutica y realizar escalada gradual.

##### 2.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA

###### 2.2.1. AGORAFOBIA, con o sin Trastorno de Pánico asociado.

En Atención Primaria puede iniciarse un manejo conductual sencillo basado en cuatro pasos:

- 1) Establecer una jerarquía de situaciones reales.
- 2) Motivación para enfrentarse a ellas.
- 3) Pactar objetivos concretos.
- 4) Seguimiento de los cambios.

Remitir a Salud Mental cuando la evolución no es la deseada o necesita una terapia más formal.

###### 2.2.2. FOBIA ESPECÍFICA.

Si no hay repercusión funcional no precisa tratamiento. Si hay importante repercusión funcional derivar a Salud Mental.

Tabla 4

## Continuación

En principio y salvo comorbilidad, no está indicado el uso de antidepresivos.

### 2.2.3. FOBIA SOCIAL

Los ISRS e IRSN constituyen el tratamiento de elección en la fobia social generalizada. La respuesta puede tardar hasta 3 meses.

Las BZD pueden emplearse al inicio para un alivio rápido sintomático.

El MAP puede estimular la exposición gradual y efectuar un seguimiento. El entrenamiento en habilidades sociales, a veces disponible en medios comunitarios (Servicios Sociales, centros culturales públicos, y centros municipales), puede complementar el tratamiento.

### 2.3. TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

En caso de recurrir al tratamiento farmacológico debe tratarse como una depresión. Los antidepresivos son el tratamiento de elección porque mejoran tanto los síntomas depresivos como la ansiedad asociada.

Las benzodiazepinas no están indicadas como tratamiento único porque no mejoran la depresión.

### 2.4. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

La consulta de AP es el ámbito preferencial de tratamiento.

La farmacoterapia ocupa un segundo lugar frente a las intervenciones no farmacológicas. Los ansiolíticos son los más utilizados dado el carácter transitorio del trastorno.

Derivación a Salud Mental solo si hay afectación funcional grave o si la duración del cuadro es mayor a 6 meses.

Derivar a Servicios Sociales si los recursos sociofamiliares son insuficientes o no movilizables.

### 3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El personal sanitario en Atención Primaria es el que con mayor probabilidad entrará en contacto con pacientes que han sufrido algún evento traumático dado que generalmente el motivo de la consulta suele ser un problema médico y/o psicossomático relacionado directa o indirectamente con la situación traumática.

#### 3.1. TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO (TEA)

En TEA La consulta de AP es el marco preferencial para el abordaje integral, dadas las características de proximidad y accesibilidad.

Las medidas no farmacológicas de apoyo y educación son de primera elección en el TEA. Estas medidas incluyen: visitas de seguimiento, información sobre el trastorno y sus síntomas.

Se recomienda la evaluación del impacto emocional nada más haber acontecido el evento traumático y un seguimiento de los síntomas a lo largo de los tres primeros meses antes de ofrecer una derivación a Salud mental. La monitorización de los síntomas puede acelerar la recuperación en algunos pacientes y ayudar en la identificación de aquellos pacientes que necesitan una intervención especializada en Salud Mental.

NOTA: Evitar promover en el paciente memoraciones detalladas de los acontecimientos traumáticos inmediatamente después de la exposición y limitar la entrevista a sacar datos clínicos esenciales para administrar la información y asistencia médica necesaria con el fin de no aumentar el malestar del paciente.

Coordinar recursos sociales y jurídicos de apoyo si es preciso, con el fin de propiciar un clima de control y seguridad al paciente.

El tratamiento farmacológico queda relegado a situaciones de síntomas severos y agudos de hiperactivación, insomnio o síntomas disociativos graves, en cuyo caso se recomienda el uso muy puntual de benzodiazepinas para mitigar la sintomatología más aguda. EL USO DE BENZODIAZEPINAS SE ASOCIA CON UNA MAYOR EVOLUCIÓN A LA CRONICIDAD SINTOMÁTICA.

En caso de persistencia de síntomas severos e insomnio han de utilizarse antidepresivos de segunda generación como mirtazapina o trazodona en su uso como ansiolítico e hipnótico.

En el caso de que exista agitación importante usar antipsicóticos atípicos (Olanzapina, quetiapina o risperidona).

Pueden ser útiles los betabloqueantes (propranolol) como agentes ansiolíticos no benzodiazepínicos, a dosis estándar según tolerancia.

#### 3.2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Los antidepresivos ISRS son el tratamiento de elección de los TEPT.

Se recomienda el inicio del tratamiento con la mitad de la dosis estándar en su uso como antidepresivo, siguiendo una titulación progresiva según tolerancia hasta alcanzar dosis terapéuticas.

Puede ser útil el tratamiento con Venlafaxina en aquellos pacientes con mala tolerancia o contraindicación a los ISRS.

Las benzodiazepinas han de ser evitadas en uso crónico o prolongado.

Utilizar fármacos hipno-sedantes no benzodiazepínicos; los antidepresivos de segunda generación como trazodona y mirtazapina pueden ser útiles frente al insomnio y la clínica ansiosa en combinación con los ISRS o la Venlafaxina.

El apoyo psicoterapéutico ha de estar enfocado a la psicoeducación: información sobre los síntomas, pautas de control, entrega de guías de autoayuda y normalización de la vida diaria.

Tanto en el TEA como en el TEPT derivar a Salud Mental cuando exista una grave afectación funcional, situaciones con comorbilidad psiquiátrica o cuando la duración del cuadro clínico sea superior a 6 meses (en el caso de TEPT).

Tanto en el TEA como en el TEPT se recomienda fomentar el mantenimiento de una actividad social y laboral normalizada.

Evitar bajas laborales prolongadas. Si es necesario una ILT, valorar incorporación inmediata tras el reajuste de los ritmos biológicos y no esperar a la ausencia completa de síntomas para la reincorporación laboral con el fin de no favorecer conductas evitativas o rentistas.

equipos y se organiza otro tipo de relación más protocolizada en forma de sesiones clínicas y talleres de trabajo.

## CONCLUSIONES

Hay evidencia suficiente respecto a los beneficios del trabajo de colaboración entre la Atención Primaria y los Servicios de Psiquiatría para los trastornos psiquiátricos en general y para la depresión en particular. Las mejoras se refieren sobre todo a la adherencia terapéutica, adecuación de la indicación, uso correcto de los tratamientos y en la evolución de la enfermedad.

Un Proceso Clínico es una herramienta de gestión clínica que posibilita el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad desde una perspectiva de "enfermedad crónica", con intervenciones organizadas y estructuradas en cada una de sus fases evolutivas, permitiendo la integración del abordaje entre distintos niveles asistenciales y una mayor implicación de otros profesionales no médicos.

El modelo de Proceso clínico con Atención Primaria es aplicable en el medio sanitario español, dada la actual organización de los servicios, pudiendo resultar un instrumento al servicio de la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en el nivel de Atención Primaria.

Este proceso requiere un diseño adaptado a cada realidad asistencial, el modelo del proceso es exportable a un sistema sanitario similar, pero deben realizarse los ajustes específicos según las características.

Debe acompañarse siempre de un sistema de actualización y de evaluación con indicadores adecuados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ustun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
2. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity and Unmet Need for Treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 June 2;291(21):2581-90.
3. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. (ESEMEd / MEDHEA 2000) Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd) proyect. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;10 (Supl 420):1-64.
4. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, et al. Prevalencia de los Trastornos Mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMEd - España. *Med Clin*. 2006;126(12):445-51.
5. Toft T, Fink P, Oerboel E, et al. Mental Disorders in Primary Care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Funtional Illness in Primary Care (FIP) study. *Psychological Medicine*. 2005;35:1175-84.
6. García-Campayo J, Campos R, Marcos G, et al. Somatisation in primary care in Spain II. Differences between somatisers and psycholigisers. *Br J Psychiatry*. 1996;168:348-53.
7. Creeda F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004;56:391-408.
8. Bridges K, Goldberg D, Evans B, Sharpe T. Detreminants of somatization in primary care. *Psychol Med*. 1991;21(2):473-83.
9. López-Ibor JJ Jr. Masked depression under the light of the new biological and nosological research. *Encephale*. 1991;18 spec nº1:35-9.
10. Serrano- Blanco A, Palao D, Haro JM. Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317-25.
12. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, et al. Collaborative management of Chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997;127(12):1097-102.
13. Katon W, Guico-Pabia C. Improving Quality of Depresión Care Using Organized Systems of Care: A Review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(1).
14. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990- 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 24;349(9064):1498-504.
15. Menchetti M, Tarricone I, Bortolotti B, et al. Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *International Journal of integrated care*. 2006 may 15;6.
16. World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2008.
17. Lin EH, Heckbert SR, Rutter CM, et al. Depression and increased mortality in diabetes: unexpected causes of death. *Ann Fam Med*. 2009;7(5):414-21.
18. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-Anxiety relations with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. 2007;103:113-20.
19. Ang DC, Choi H, Kroenkek, et al. Morbided depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32(6):1013-9.
20. Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, et al. Even minimal symptom of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2001;88(4):337-41.
21. Meadows GN, Harvey CA, Joubert L, et al. The consultation-liaison in Primary Care Psychiatry Program: A Structured Approach to Long-Term collaboration. *Psychiatric Services*. 2007;58:1036- 8.
22. Jorm AF. Mental health literacy. Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396- 401.
23. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*. 2005;6:18.
24. Herrán A, López JR, Garzo H, et al. Derivación de pacientes con trastornos mentales desde Atención Primaria a las Unidades de Salud Mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:13-21.
25. Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting ESEMEd findings into perspective. *J Clin Psychiatr*. 2007;68(Suppl):10-9.
26. Mitchell G, Mardel C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *British Journal of General Practice*. November 2002;52:934-9.

27. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jul 8;(3):CD000072.
28. Jansen L. Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? *J Prof Nurs.* 2008 Jul-Aug;24(4):218-27.
29. Zwarenstein M, Bryart C. Review Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000072.
30. Katon W, Unützer J. Collaborative care models for depression: time to move from evidence to practice. *Arch Intern Med.* 2006 Nov 27;166(21):2314-21.
31. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and speciality care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul 18;(3):60004910.
32. Kates N, Mach M. Chronic Disease management for depression in Primary Care: a summary of the current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry.* 2007;52(2):75-6.
33. Simon GE, Von Korff M. Recognition and management of depression in Primary Care. *Arch Fam Med.* 1995;4:99-105.
34. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross-sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in Primary Care. *BMJ.* 1999;318:436-40.
35. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a metaanalysis. *Lancet.* 2009;374(9690):609-19. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5 PubMed
36. Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in Primary Care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2002;24(4):213-24.
37. Katon W, Russo J, Von Korff M, et al. Long-term Effects of Collaborative Care Intervention in Persistently Depressed Primary Care Patient. *J Gen Intern Med.* 2002;17:741-8.
38. Williams JW, Nöel Ph, Cordes JA, et al. Is this patient depressed? *JAMA.* 2002;287:1160-70.
39. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;136:765-76.
40. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-7.
41. Katon W, Ray-Byrne P. Anxiety disorders: efficient screening is the first step in improving outcomes. *Ann Intern Med.* 2007;146:390-2.
42. Mc Grady A, Lynch DJ, Nagel RW, Tamburrino M. Coherence between physician diagnosis and patient self reports of anxiety and depression in primary care. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(6):420-4.
43. Fricchione G. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med.* 2004;351:675-82.
44. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instrument for depression: a metaanalysis. *CMAJ.* 2008;178(8):997-1003.
45. Davidson JRT. Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(Suppl E1):e04.
46. World Health Organization. International Classification of Diseases. Tenth Revision. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.
47. Von Korff M, Katon W, Unützer J, et al. Improving depression care: barriers solutions and research needs. *J Fam Pract.* 2001;50:El.
48. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;4:CD005471.
49. Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, et al. International Consensus Statement on Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(Suppl E1):e08.
50. Doyle AC, Pollack MH. Establishment of Remission Criteria for Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(Suppl 15):40-5.
51. Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry.* 2003 Dec;160(12):2080-90.
52. Tylee A, Walters P. We need a chronic disease management model for depression in primary care. *Br J Gen Pract.* 2007 May;57(538):348-50.
53. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with Major Depressive Disorder, 2<sup>nd</sup> ed. *Am J Psychiatry.* 2000;157(Suppl 4):1-45.
54. American Psychiatric Association. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2<sup>nd</sup> ed. [http://www.Psychiatryonline.com/pracGuide/Topic\\_7.aspx](http://www.Psychiatryonline.com/pracGuide/Topic_7.aspx). 2005. Accessed September 15, 2009
55. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al; for the Canadian Network for Mood and anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117(Suppl 1):S1-S2. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.043 PubMed
56. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults. [www.nice.org.uk/CG90](http://www.nice.org.uk/CG90). Published October 28, 2009. Accessed November 9, 2009.
57. Suehs BT, Argo TR, Bendele SD, et al. Texas Medication Algorithm Project Procedural Manual: Major Depressive Disorder Algorithm. Austin, TX: Texas Department of State Health Services, 2008.
58. Taylor D, Paton C, Kapur S. Prescribing Guidelines 10<sup>th</sup> Ed. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust oxleas NHS Foundation Trust. The Maudsley. London, 2009.
59. Adly M, Bauer M, Rush J. Algorithms and Collaborative Care Systems to Depression: Are they effective and why? A Systematic Review. *Biol Psychiatry.* 2006;59:1029-38.
60. Gelenberg AJ. Using Assessment Tools to Screen for Diagnose, and Treatment Major Depressive Disorder in Clinical Practice. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(Suppl E1):e01.
61. Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education for general practitioners. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80:151-4.
62. Rutz W, Walinder J, Eberhard G, et al. An educational programme on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79:19-26.
63. Andersen SM, Hanthorn BH. Changing the psychiatric knowledge of primary care physicians: The effects of a brief intervention on clinical diagnosis and treatment. *Gen Hosp Psychiatry.* 1990;12:177-90.
64. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care.* 1997;35:831-42.
65. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care. *JAMA.* 2003;289(23):3145-51.
66. Wells KA, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programmes for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000;283:212-20.

67. Simon G. Collaborative Care for Mood Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008;22:37-41.
68. Smolders M, Laurant M, Verhaak, et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders? *Med Care*. 2010;4 (3):240-8.
69. Hilty DM, Yellowlees PM, Cobb HC, et al. Models of Telepsychiatric Consultation-Liaison Service to rural Primary Care. *Psychosomatics*. 2006;47:152-7.
70. Craven MA, Bland R. Better Practices in collaborative mental health care: an analysis of evidence base. *Can J Psychiatry*. 2006 May;51(Suppl 1):7S-72S.
71. Cape J, Whittington C, Bower P. What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010 May- Jun;32(3):246-54. (Epub 2010 Mar 11).
72. Sved-Williams A, Poulton J. Primary care mental health consultation-liaison: a connecting system for private psychiatrists and general practitioners. *Australas Psychiatry*. 2010 Apr;18(2):125-9.