

**ORIGINALES****DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD. ESTUDIO CON EL CET-DE (VERSION BREVE)**

**J. L. Del Burgo Fernández (1), M. J. Andres Mayor (2), S. Martínez García (3), M. L. González Martín Palomino (4)**

(1) Médico Titular de El Torno; (2) Médico Titular de Piedrabuena (C-Real);  
(3) Hospital Santa Bárbara. Puertollano (Ciudad Real); (4) Farmacéutica Titular de Porzuna (C-Real)

**RESUMEN**

Se ha realizado un estudio de prevalencia puntual de trastornos depresivos entre los usuarios de los consultorios de tres localidades rurales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, mediante la aplicación, tras criterios de inclusión y exclusión, de una escala psicométrica de cribaje (CET-DE, v.b.) y posterior realización de una entrevista psiquiátrica para confirmar el diagnóstico y la validez de la misma.

Se ha obtenido una prevalencia puntual de trastornos depresivos entre usuarios del 17,67% y una prevalencia estimada en población general del 6,59 por 100. La escala ha tenido una sensibilidad de 0,96 y una especificidad de 0,58, por lo que concluimos considerándola de utilidad en la consulta del Médico de Atención Primaria de Salud (A.P.S.).

Paralelamente se sondean las posibilidades de utilización de las Oficinas de Farmacia en este tipo de trabajos.

**Palabras clave:** Prevalencia Depresión; escalas psicométricas; CET-DE.

**ABSTRACT****Diagnosys of Depressive Syndromes in Primary Health Care. Study with CET-DE (Short Version)**

A study has been carried out of the local prevalence of depressive syndromes among users of health clinics in three rural towns of the Autonomous Community of Castilla-La Mancha, by the application, following inclusion and exclusion criteria, of a psychometric filter scale (CET-DE, short form) and later psychiatric interviews to confirm the diagnosis and the validity of the scale.

A local prevalence of 17.67% of depressive syndromes has been obtained among users and prevalence among the general public has been estimated at 6.59%. The scale has a sensitivity of 0.96 and a specificity of 0.58, hence we conclude that it be considered useful in surgeries of Primary Health Care doctors (PHC).

At the same time the possibility of using Chemists' Dispensaries for this type of studies is mooted.

**Key Words:** Prevalence of Depresión; psychometric scales; CET-DE.

**INTRODUCCION Y OBJETIVOS**

Los trastornos depresivos han sido considerados como un problema iceberg, de ellos se ha dicho que han duplicado o

triplicado su prevalencia en los últimos decenios, pues su larga evolución y sus frecuentes recidivas hacen que la prevalencia puntual sea mayor que la incidencia, planteando serios problemas asistenciales.

Según Goldberg y Huxley el 25 por 100 de la comunidad sufre alguna forma de distres psíquico a lo largo de un año,

de ellos un 92 por 100 acudirán a la consulta del médico general, un 56 por 100 serán identificados por éste como pacientes psiquiátricos y sólo un 6,8 por 100 llegará al psiquiatra<sup>1</sup>. En este mismo sentido Alonso Fernández, refiriéndose en concreto a la depresión, afirma que un 20-25 por 100 de los nacidos sufrirán un cuadro depresivo a lo largo de su vida, y de ellos el 80 por 100 nunca recibirá tratamiento médico<sup>2</sup>. Ello, unido a su tendencia recidivante y al 10-30 por 100 de cuadros con resistencia al tratamiento convencional<sup>3</sup>, hace el panorama ciertamente sombrío.

Sin embargo, en los estudios observacionales de morbilidad en A.P.S. sólo se citan cifras entre un 0,19 y un 5,6 por 100 de problemas dentro del Grupo V de la CIPSAP-2 (W.O.N.C.A.)<sup>4, 5, 6, 7, 8</sup>, cifras cercanas a las publicadas en revisiones sobre el tema<sup>9, 10</sup> y que van del 1,6 al 9,2 por 100 como máximo. Igualmente observamos que sólo un 4,65 por 100 de las visitas domiciliarias<sup>11</sup> y entre un 3,01 y un 6,29 por 100 de la demanda derivada<sup>12, 13, 14</sup> son debidas a patología mental. Todo ello a pesar de que el 90 por 100 de los pacientes con trastornos mentales que acuden al sistema sanitario (y entre ellos los depresivos) son atendidos por médicos de A.P.S.

Esta disparidad entre las cifras estimadas de prevalencia de la enfermedad depresiva y la baja presencia de los trastornos mentales en general en los estudios de demanda, pone de relieve lo dicho por Goldberg y Alonso Fernández y plantea una vez más las deficiencias del sistema sanitario y de los profesionales para dar una respuesta adecuada al problema.

Por todo lo anterior nos planteamos el presente estudio, con la doble finalidad de determinar la prevalencia puntual de trastornos depresivos entre los demandantes de asistencia sanitaria (como primera aproximación a la prevalencia real

en la población general) y evaluar la utilidad de una escala psicométrica de apoyo al diagnóstico como es la versión breve del Cuestionario Estructurado Tetradimensional para la Depresión (CET-DE, v.b.) del Profesor Alonso Fernández, cuyas características de brevedad (16 ítems) e idoneidad cultural le hacen parecer *a priori* un instrumento útil para el médico de A.P.S.

## MATERIAL Y METODO

A) Ambito del estudio: la población objeto del estudio la constituyen los usuarios de los consultorios médicos de El Torno y Pueblonuevo y del primer cupo de la S.S. de Piedrabuena (en total 3.214 habitantes), tres núcleos rurales, eminentemente agrícolas, de la zona noroeste de la provincia de Ciudad Real.

B) Período de estudio: del 20 de febrero al 10 de marzo de 1989.

C) Criterios de selección: se propuso la encuesta a todos los usuarios de los consultorios médicos, de ambos sexos, mayores de 18 años que consultaran por un problema nuevo. Se excluyeron todos aquellos pacientes que rechazaron participar en el estudio una vez explicados los fines del mismo y aquellos que presentaban deficiencia mental grave o solicitaran voluntariamente ser encuestados antes de plantearseles.

D) Escala psicométrica: se utilizó la versión breve de 16 ítems del CET-DE, administrado por los médicos que realizaban la consulta. Se seleccionó dicha escala por ser de fácil y rápida aplicación (alrededor de 3 minutos), óptima adaptación cultural (desarrollada y ensayada en España) y por venir avalada en su versión original de 63 ítems por óptimos resultados (sensibilidad del 92 por 100, especificidad en sujetos no enfermos del 100 por 100, valor predictivo positivo de 1

**ANEXO 1**

**CUESTIONARIO CET-DE (v.b.):**

Nombre y Apellidos:

Domicilio:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Fecha:

Problema atendido:

Puntuación:

Día de citación:

Hora:

**I/DIMENSION I (humor depresivo)**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Nota falta de alegría o de placer? .....                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. ¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de como va su cuerpo? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. ¿Se siente menos que los demás o inferior a ellos? .....                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. ¿Cree que no vale la pena vivir o tiene deseos de morir? .....             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**II/DIMENSION II (Anergia)**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 5. ¿Se siente aburrido, desganado o desinteresado por todo? .....                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. ¿Le cuesta pensar o tener ideas? .....  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. ¿Ha disminuido su actividad habitual en el trabajo o las distracciones? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida? .....                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**III/DIMENSION III (Discomunicación)**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. ¿Se aflige por cualquier cosa o está más sensible que antes? .....      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. ¿Habla menos con su familia o con sus amistades? .....                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. ¿Se siente incomprendido, enfadado o molesto con otras personas? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12. ¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente? .....       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**IV/DIMENSION IV (Ritmopatía)**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse? .....                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14. ¿Se encuentra peor por las mañanas? .....  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 15. ¿Ha perdido apetito o peso? .....  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16. ¿Se le hacen los días muy largos o tiene la sensación de que el tiempo va muy lento? ..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

y valor predictivo negativo del 0,92) <sup>2</sup>. Dicha escala consta de 16 ítems estructurados en cuatro dimensiones (humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía) con cuatro ítems cada una (anexo 1). En el cuestionario usado para pasarla se registró la fecha, nombre y apellidos del paciente, sexo y edad, estado civil, problema atendido y puntuación de la escala.

E) Desarrollo: El resultado se obtuvo puntuando de 0 a 4 puntos cada ítem en función de la intensidad de los síntomas referidos por el paciente, siempre y cuando éstos estuvieran presentes ininterrumpidamente en las dos últimas semanas como mínimo. Cuando la puntuación de al menos una de las cuatro dimensiones del test sumara 8 (punto de corte) el paciente era considerado como positivo.

Todos los pacientes positivos, el primer negativo de cada serie y el primer negativo tras cada cinco positivos acumulados fueron invitados a una segunda entrevista psiquiátrica y psicosocial con un solo médico especialmente adiestrado. Dicha entrevista se realizó en las localidades de los pacientes en un plazo máximo de siete días. Ni los pacientes ni el segundo entrevistador conocían los resultados de la escala. El diagnóstico psiquiátrico emitido por el segundo entrevistador se realizó según los criterios nosológicos del D.S.M.-III-r y la C.I.E.-9 <sup>15,16</sup>.

Los problemas atendidos por los profesionales en los pacientes encuestados se clasificaron según la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (C.I.P.S.A.P.-2-D) <sup>17</sup>.

Con los datos obtenidos al final del proceso se calcula la prevalencia pun-

tual de trastornos depresivos (P.P.D.) en usuarios de los consultorios de A.P.S. (P.P.D. = Total de casos detectados/Total pacientes encuestados) y se hace una estimación de cual puede ser la prevalencia en la población general (Prevalencia indirecta en población general = Población consultante × P.P.D. / Población total), asumiendo que en el período de observación (15 días) el número de consultas se corresponde prácticamente con el de pacientes consultantes.

Paralelamente al desarrollo de este estudio y con la finalidad de evaluar la posible utilización de las Oficinas de Farmacia en trabajos de screening en A.P.S., se procedió de idéntica manera (criterios de inclusión y exclusión y dinámica posterior) con los usuarios de una Oficina de Farmacia que solicitaran a la Farmacéutica Titular información sobre el fármaco o producto adquirido.

## RESULTADOS

Durante los 15 días de recogida de datos se produjeron 1.199 consultas. De los pacientes que generaron estas consultas 157 reunían los criterios de inclusión, de los cuales 10 rehusaron participar en el estudio. De los 147 restantes, dieron positivo al CET-DE v.b. un total de 37 pacientes (25,17 por 100). Para la segunda entrevista con el segundo médico fueron citados 45 pacientes (37 positivos y 8 negativos), de los cuales 7 positivos rehusaron o no acudieron a la cita. De los 36 restantes, fueron diagnosticados de trastornos depresivos (casos) un total de 26 pacientes (25 CET-DE positivos y 1 CET-DE negativo) (tabla 1) bajo los siguientes epígrafes (D.S.M.-III/C.I.E.-9):

**TABLA 1**  
**TABLA DE CONTINGENCIA Y CALCULO DE PREVALENCIAS**

		2. <sup>a</sup> Entrevista		
		+	-	
CET-DE v.b.	+	25	5	30
	-	1	7	8
		26	12	38

  

A) Sensibilidad = $\frac{25}{26} \times 100 = 96,1$ por 100	C) Valor predictivo positivo = $\frac{25}{30} = 0,83$ por 100
B) Especificidad = $\frac{7}{12} \times 100 = 58,3$ por 100	D) Valor predictivo negativo = $\frac{7}{8} = 0,87$ por 100

  

$$PPD = \frac{\text{Total de casos}}{\text{Total encuestados}} \times 100 = \frac{26}{147} \times 100 = 17,67$$

$$PIPG = \frac{\text{Pobl. consultante} \times PPD}{\text{Total población}} = \frac{1.199 \times 17,67}{3.214} = 6,59$$

- 1) 296. —Episodio depresivo mayor /Psicosis afectiva: 1 (H)
- 2) 300.4.—Trastorno distímico/Depresión neurótica: 20 (2V/18H)
- 3) 309 .—Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido/Reacción depresiva: 5 (H)

Las características sociodemográficas de la muestra, de los CET-DE positivos y de los casos se expresan en la tabla 2.

A la vista de la tabla 1 y considerando como diagnóstico definitivo (casos) el emitido por el segundo médico tras la entrevista psiquiátrica y psicosocial, obte-

nemos una prevalencia puntual de depresión entre los demandantes de consulta del 17,67 por 100 y una prevalencia indirecta en población general del 6,59 por 100. Respecto a la escala CET-DE v.b., su sensibilidad fue del 96,1 por 100 y su especificidad del 58,3 por 100, con un valor predictivo positivo de 0,83 y un valor predictivo negativo de 0,87.

Los problemas atendidos en los 37 pacientes CET-DE positivos se agruparon como se refleja en la tabla 3. Los antecedentes personales y familiares de los casos, encontrados por el segundo médico en la entrevista psiquiátrica y psicosocial se expresan en la tabla 4.

En la Oficina de Farmacia se produjeron 58 consultas a la Farmacéutica Ti-

**TABLA 2**  
**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LA MUESTRA, PACIENTES CET-DE POSITIVOS Y CASOS**

	Muestra	CET-DE vb +	Casos
SEXO: Hombres	48	3	2
Mujeres	99	34	24
EDAD: 18-25 a.	18	3	2
26-35	22	2	2
36-45	20	9	5
46-55	23	7	6
56-65	36	12	8
66	28	4	3
ESTADO CIVIL:			
Solteros	29	6	4
Casados	108	26	20
Vida en pareja	1	1	1
Viudos	5	2	1
Divorciados	0	0	0
No consta	4	2	0
TOTAL	147	37	26

tular con criterios de inclusión, de un total estimado de 1.125 consultas (a farmacéutica y mancebo) producidas en el período de observación. Aceptaron el estudio 49 usuarios (84,4 por 100), siendo positivos al CET-DE 10; se remitieron a la segunda entrevista 12 pacientes (2

CET-DE negativos), de los cuales 6 positivos no acudieron. Los 4 positivos restantes resultaron casos y los 2 negativos sanos (prevalencia puntual de depresión en usuarios de oficinas de farmacia: 8,16 por 100). Los cuatro casos eran Depresiones neuróticas.

**TABLA 3**  
**AGRUPACION EN LOS GRUPOS NOSOLOGICOS DE LA CIPSAP-2-D DE LOS PROBLEMAS ATENDIDOS EN LOS PACIENTES CET-DE v.b. POSITIVOS**

	H	M
Grupo I: Enf. Infecciosas y parasitarias . . . . .	—	2
Grupo V: Trastornos mentales . . . . .	—	1
Grupo VI: Enf. del SNC y Organos de los sentidos . . . . .	—	2
Grupo VII: Enf. del Aparato Circulatorio . . . . .	—	1
Grupo VIII: Enf. del Aparato Respiratorio . . . . .	1	9
Grupo IX: Enf. del Aparato Digestivo . . . . .	1	—
Grupo XIII: Enf. del Ap. Locomotor y Tejido Conectivo . . . . .	—	6
Grupo XVI: Signos y síntomas mal definidos . . . . .	1	13
TOTAL . . . . .	3	34

TABLA 4

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES ENCONTRADOS POR EL SEGUNDO ENTREVISTADOR EN LOS PACIENTES QUE RESULTARON CASO (INCLUIDOS LOS PROCEDENTES DE LA OFICINA DE FARMACIA)

	A. Personales		A. Familiares	
	n	%	n	%
1. Depresión	18	60	7	23,3
2. Neurosis	3	10	9	30
3. Alcoholismo	2	6,6	4	13,3
4. Esquizofrenia	—	0	2	6,6
5. Suicidio	—	0	1	3,3
6. Ninguno	7	23,3	7	23,3
TOTAL	30		30	

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Aunque somos conscientes de que el diseño del estudio no nos permite hablar de prevalencia directa de enfermedad depresiva en la población general, sí nos permite detectar una prevalencia puntual entre los usuarios del consultorio y hacer una estimación indirecta, que consideramos nos marca el mínimo de la prevalencia puntual existente en la población general. Comparando las tasas encontradas con otras recientemente obtenidas por Civeira y otros<sup>18</sup>, con una muestra de características sociodemográficas similares a la nuestra, vemos que su tasa de prevalencia en consultantes es algo inferior a la nuestra (12,7 por 100) y su extrapolación a la población general sensiblemente inferior (2,29 por 100). Con nuestra P.I.P.G. (prevalencia indirecta en población general) podemos calcular que en nuestras poblaciones pueden existir alrededor de 200 pacientes con trastornos depresivos (nuevos o crónicos) que en su gran mayoría no han sido identificados, y por tanto no reciben asistencia médica adecuada.

Los pacientes depresivos encontrados en nuestro estudio responden al retrato

robot ya conocido: mujer<sup>12, 1</sup>, casada, de 45 a 65 años y de bajo nivel sociocultural. Es significativo el alto porcentaje de pacientes con antecedentes personales de depresión, lo que significa que ya antes algún profesional les realizó dicho diagnóstico y o bien el tratamiento no fue eficaz, estamos ante una recidiva o el paciente ha asumido la enfermedad a su forma de vida. También destaca que los dos antecedentes personales de alcoholismo se dan en los dos únicos varones diagnosticados y los casos de antecedentes familiares de alcoholismo se refieren a los maridos de cuatro enfermas.

En cuanto a la escala CET-DE v.b., entendemos que la sensibilidad alcanzada es muy buena y que la merma de especificidad puede deberse por un lado al bajo número de CET-DE negativos reclutados para la segunda entrevista y por otro al bajo número de items de la escala, esto último difícilmente evitable, pues perseguimos un instrumento útil en una situación de falta de tiempo como es lo habitual en A.P.S.

Tampoco podemos olvidar que su función esencial es la de cribaje y secundariamente de apoyo a la clínica, por lo que

es perdonable su menor especificidad a cambio de una alta sensibilidad.

En cualquier caso se ha mostrado como una herramienta útil para que el médico de A.P.S. pueda realizar una labor asistencial más eficaz en el campo de la patología psiquiátrica, facilitando un diagnóstico precoz y rápido de la depresión. En este sentido conviene no olvidar que los pacientes depresivos presentan una tasa de mortalidad doble que la encontrada en los mismos grupos de edad de la población general<sup>2</sup> y que cada vez se insiste más en la conexión (a través de trastornos inmunitarios y de otros tipos) entre depresión y trastornos neoplásicos<sup>2, 19</sup>, infecciosos, cardiovasculares y metabólicos.

Ya hemos visto la baja identificación de los problemas mentales en los estudios observacionales, posiblemente "camuflados" en otros grupos nosológicos de la C.I.P.S.A.P.-2, como el XVI (Signos y síntomas mal definidos), VI (Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos) y otros. Ello concuerda en parte con lo reflejado en la tabla 3, donde los grupos más representados son el XVI, VIII (Enfermedades del Ap. Respiratorio) y XIII (Enf. del Ap. Locomotor), grupos en los que es frecuente encontrar patología psicósomática mal etiquetada (cefaleas, disnea, palpitaciones, dolor torácico, dolor osteoarticular, ...).

Compartimos con el profesor Alonso Fernández la opinión de que la prevención primaria de la depresión depende de la construcción de una sociedad mejor, al igual que ocurre con muchas otras patologías, pero la prevención secundaria (diagnóstico y tratamiento precoz) depende enteramente de los profesionales de A.P.S. Creemos que el CET-DE v.b. es, en este sentido, una ayuda importante.

De la experiencia paralela, llevada a cabo en la Oficina de Farmacia, nos llama la atención el elevado porcentaje de pa-

cientes CET-DE positivos que no acuden a la segunda entrevista (60 por 100). Tal vez ello pueda deberse a la falta de identificación, por parte de los usuarios, en el farmacéutico de un agente de salud más.

No obstante creemos que esta experiencia demuestra la viabilidad de la utilización de estas oficinas y de sus profesionales para ejercer funciones de prevención y promoción de la salud en consonancia con la evolución de la A.P.S. en nuestro país.

### Agradecimiento

Agradecemos muy sinceramente a la Dra. Martín del Moral, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, su desinteresada colaboración. Igualmente agradecemos su apoyo y hospitalidad a los miembros del Centro de Salud de Piedrabuena.

### BIBLIOGRAFIA

1. Goldberg D, Huxley P. Enfermedad Mental en la Comunidad. Madrid: Editorial Nieva, 1990: 27-30.
2. Alonso Fernández F. La depresión y su Diagnóstico. Barcelona: Editorial Labor, 1988.
3. Alvarez E. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Glosa Psiquiátrica 1989; 408: 15-18.
4. Estebanez M L et al. Estudio de la Demanda en Atención Primaria de una zona rural de Segovia. Atenc Prim 1986; 3(5): 246-249.
5. Sánchez L. Estudio de los motivos de consulta en el medio rural. Atenc Prim 1986; 3(3): 113-120.



6. García Pascual L M et al. Estudio de los motivos de consulta por patología mental en un C.A.P. *Atenc Prim* 1986; 3(1): 24-28.
7. Del Burgo J L. Estado de Salud de una población rural. *Salud Rural* 1985; 5: 39-44.
8. Gervas J J et al. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social. *Med Clín* 1984; 82(11): 479-483.
9. Alvarez Herrera et al. La demanda asistencial en el Centro de Atención Primaria de Parla. *Atenc Prim* 1987; 4(8): 439.
10. Almenar F D et al. Aproximación a la morbilidad atendida en Atención Primaria (S. Social) en la provincia de Valencia. *Atenc Prim* 1986; 3(4): 195-200.
11. Buitrago F et al. Visitas domiciliarias durante 1987 en un Centro de Salud Urbano. *Atenc Prim* 1988; 5(7): 371-377.
12. Buitrago F et al. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un Centro de Salud. *Atenc Prim* 1988; 5(2): 85-89.
13. Delgado A et al. Análisis de las interconsultas de un Centro de Salud Urbano. *Atenc Prim* 1988; 5(7): 359-364.
14. Del Burgo J L et al. Análisis de la demanda derivada al especialista en el medio rural. *Boletín CESCA* 1987; 7: 25-39.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D.C.: 3.<sup>a</sup> ed. revisada, 1987.
16. O.M.S. *Glosario de Trastornos Mentales y Guía para su Diagnóstico*. CIE-9. Ginebra, 1978.
17. CIPSAP-2-Definida (W.O.N.C.A.). Editorial Centro Internacional para la Medicina Familiar. Buenos Aires: 1.<sup>a</sup> ed., 1986.
18. Civeira J et al. Estudio clínico-epidemiológico del síndrome depresivo a través del CET-DE en Atención Primaria de Salud. *Psiquiatría Pública*; 2(3): 24-34.
19. Alberny M et al. Depresión y Cáncer: a propósito de un caso. *Atenc Prim* 1986; 3(4): 233-234.