

# Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria

BACA, E.\*; SAIZ, J.\*\*; AGÜERA, L.\*\*\*; CABALLERO, L.\*; FERNÁNDEZ-LIRIA, A.\*\*\*\*; RAMOS, J.\*\*; GIL, A.\*\*\*\*\*; MADRIGAL, M.\*\*\*\*\* y PORRAS, A.\*\*\*\*\*

\* Servicio de Psiquiatría. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. \*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid. \*\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre. Madrid. \*\*\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. \*\*\*\*\* Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. \*\*\*\*\* Departamento Médico. Pfizer.

## Validation of the spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care

### Resumen

**Introducción:** Los trastornos psiquiátricos están presentes en al menos un 20% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria; sin embargo, sólo en el 50% de los casos los médicos de atención primaria los detectan. De ahí la necesidad de un instrumento que ayude al médico de atención primaria a detectar y diagnosticar los trastornos psiquiátricos. El cuestionario PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) está diseñado con este objetivo. En este artículo se presentan los resultados del estudio de validación de la versión española de este cuestionario.

**Material y método:** El estudio se llevó a cabo sobre 312 pacientes a los que médicos de atención primaria les aplicaron el cuestionario PRIME-MD completo y psiquiatras les aplicaron el sistema SCAN (Cuestionario para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría).

**Resultados:** El tiempo más frecuentemente invertido por el médico para aplicar el cuestionario fue de 10 minutos. El cuestionario PRIME-MD detectó un 44,3% de pacientes con al menos un trastorno psiquiátrico. Los diagnósticos del PRIME-MD presentaron una concordancia adecuada con los dados por el sistema SCAN para los trastornos del estado de ánimo (índice de concordancia: 0,50) y para los trastornos de ansiedad (índice de concordancia: 0,35), pero no así para los trastornos somatomorfos ni para los trastornos relacionados con el alcohol.

**Conclusiones:** El cuestionario PRIME-MD en español es un instrumento útil para identificar y diagnosticar trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en las consultas de atención primaria.

**Palabras clave:** PRIME-MD. Validación. Trastornos psiquiátricos. Trastornos de ansiedad. Trastornos depresivos. Atención primaria.

### Summary

**Introduction:** Psychiatric disorders occurs in at least 20% of patients attending Primary Care settings, however, only 50% of them are detected by primary care physicians. Therefore a tool is required which can help primary care physicians to detect and diagnose psychiatric disorders. PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) is a questionnaire designed with this aim. In this article the results of the validation study of the Spanish version of this questionnaire are presented.

**Materials and Methods:** 312 patients were interviewed by primary care physicians using PRIME-MD and by psychiatrists using SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry).

**Results:** The time most frequently spent in questionnaire application by the physician was 10 minutes. PRIME-MD detected the presence of at least one psychiatric disorder in 44.3% of patients. PRIME-MD diagnoses agree well with SCAN diagnoses for mood disorders (coefficient of agreement: 0.50) and for anxiety disorders (coefficient of agreement: 0.35), but not for somatoform disorders or alcohol-related disorders.

**Conclusions:** The Spanish version of PRIME-MD questionnaire is a useful tool to identify and diagnose mood and anxiety disorders in Primary Care settings.

**Key words:** PRIME-MD. Validation. Psychiatric disorders. Anxiety disorders. Depressive disorders. Primary care.

Los trastornos psiquiátricos están presentes como un trastorno primario o asociado en al menos un 20% de los pacientes que acuden a las consultas de atención pri-

maria (1, 2). De hecho, la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos son atendidos más frecuentemente en el ámbito de la atención primaria que en el de

la salud mental (3, 4) Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatoformos y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol constituyen la patología psiquiátrica más prevalente en atención primaria (4, 5). Sin embargo, la mayoría de los estudios señalan que los médicos de atención primaria diagnostican y tratan menos del 50% de los pacientes que sufren estos trastornos (6, 7). Todo ello tiene consecuencias tanto en el bienestar del paciente, que padece un sufrimiento que podría evitarse, como en la economía del sistema sanitario, pues supone un incremento de los costes sanitarios (5, 8, 9).

De todo ello se deriva la necesidad de un instrumento que sea capaz de ayudar a detectar los casos con probable psicopatología, establecer diagnósticos psiquiátricos -al menos de las patologías psiquiátricas más prevalentes- y ayudar al médico de atención primaria a tomar la decisión de enviar al paciente al psiquiatra y/o de tratarlo. Este instrumento debe cumplir adecuadamente las propiedades psicométricas necesarias (validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad), ser fácil de aplicar, necesitar poco tiempo para su aplicación y centrarse en los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los centros de atención primaria.

PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) es un sistema diseñado (con el patrocinio de la compañía farmacéutica Pfizer, que tiene los derechos sobre el mismo) para facilitar el reconocimiento y diagnóstico rápido y certero de los trastornos mentales que se ven más frecuentemente en adultos dentro del entorno de la atención primaria.

Los diagnósticos PRIME-MD se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV (10) modificados para facilitar su uso en atención primaria.

PRIME-MD tiene dos componentes: un cuestionario del paciente (CP) y una guía de evaluación para el médico (GEM). El CP consta de 25 preguntas organizadas en cinco grandes áreas diagnósticas que abarcan los trastornos más frecuentes en atención primaria (trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos somatoformes y trastornos de abuso o dependencia del alcohol). Este cuestionario lo rellena el enfermo antes de ver a su médico. La GEM está organizada en los mismos cinco módulos que el CP y la usa el médico para recoger información adicional en las áreas diagnósticas en las que el paciente ha respondido positivamente en el CP. El diagnóstico de los trastornos mentales que puede padecer el enfermo se hace según avanza el médico en la GEM.

En síntesis, el CP actúa como instrumento de *screening*, es decir, estableciendo si un sujeto padece o no patología psiquiátrica y adelantando el grupo diagnóstico concreto en que podría encuadrarse; mientras el GEM, por su parte, confirma o descarta dicho diagnóstico.

En un estudio realizado en EE. UU. sobre 1.000 pacientes para evaluar el PRIME-MD en cuatro centros de atención primaria (11), el 39% de los pacientes tuvieron un diagnóstico de trastorno mental según los criterios PRIME-MD y el 26% cumplían, además, los criterios diag-

nósticos del DSM-III-R para ese trastorno mental, con una buena concordancia entre los diagnósticos realizados por el médico de atención primaria y los realizados por el psiquiatra. Casi en la mitad de los pacientes que tuvieron un diagnóstico PRIME-MD y que eran conocidos por sus médicos de atención primaria no se les había detectado su trastorno mental previamente.

El objetivo del presente estudio fue establecer las propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario PRIME-MD con el fin de que pueda ser utilizado en la detección de trastornos mentales en atención primaria.

## METODOLOGÍA

### Traducción al español de la versión original del cuestionario PRIME-MD

De acuerdo con el método habitual seguido para adaptar los instrumentos psiquiátricos a otras lenguas diferentes de la original en que fueron concebidos, el cuestionario PRIME-MD fue traducido al español en una primera fase. Todos los términos técnicos y coloquiales fueron revisados y adaptados al lenguaje habitual del español medio. Después de ello, se hizo una traducción inversa y el resultado fue revisado por los autores del instrumento original. Por otra parte, el cuestionario de datos sociodemográficos (especialmente los referidos al grado educativo) fue adaptado a la realidad social española.

### Centros y selección de sujetos

El estudio se llevó a cabo en cinco centros de atención primaria de Madrid. Se realizaron un total de 395 entrevistas durante el mes de diciembre de 1996. Puesto que el acceso de los enfermos a los centros de atención primaria es, en principio, un fenómeno aleatorio, se seleccionaron uno de cada dos pacientes de la lista diaria de citas de cada uno de los médicos participantes hasta completar el número total de pacientes asignados a cada médico. Antes de que el paciente fuese reclutado para el estudio, se le informó adecuadamente de la naturaleza del mismo y se obtuvo su consentimiento verbal para participar en el mismo. Los enfermos seleccionados pudieron rechazar su participación en la investigación en cualquier fase de la misma. Para su inclusión en el estudio, los pacientes debían tener la capacidad (a juicio del médico) para entender las preguntas que se le hicieran y no debían tener un diagnóstico previo de psicosis o demencia.

### Recogida y análisis estadístico de los datos

Tras seleccionar al paciente y obtener su consentimiento, personal de enfermería del equipo de atención

primaria le hizo entrega del CP y le dio las instrucciones para su cumplim

**TABLA I** Datos sociodemográficos de la muestra de

**TABLA III** Valores psicométricos de cada módulo del CP con respecto al GEM (n= 379) con los puntos de corte originales y los puntos de corte propuestos para la versión española. Se da también el porcentaje de casos probables detectados con el CP en cada caso

Módulo	Punto de corte (respuestas)	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Kappa	% casos CP +
<i>Puntos de corte originales</i>					
Tr. estado de ánimo	1	97,3	82,8	0,71	40,0
Tr. ansiedad	1	100,0	53,3	0,27	54,7
Tr. somatomorfos	3	98,7	46,9	0,24	61,8
Tr. por alcohol	1	100,0	91,5	0,36	11,9
<i>Puntos de corte propuestos</i>					
Tr. estado de ánimo	1	97,3	82,8	0,71	40,0
Tr. ansiedad	2	75,0	82,9	0,46	26,5
Tr. somatomorfos	4	90,7	60,0	0,31	50,0
Tr. por alcohol	2	90,0	97,3	0,60	4,9

tabla II. Según estos resultados, la valoración que el paciente que acude a las consultas de atención primaria hace de su propia salud es positiva en el 61,3% de los casos.

Complementariamente al GEM, los médicos de atención primaria que participaron en el estudio recogieron los siguientes datos: tiempo invertido en la cumplimentación del GEM, grado de conocimiento previo que tenían del paciente, juicio clínico personal acerca de la existencia o no de patología psiquiátrica y de patología somática, decisión de enviar al especialista y decisión de instaurar un tratamiento. Los resultados más relevantes se presentan en la tabla II.

El tiempo medio invertido en la aplicación del cuestionario PRIME-MD fue de 8,3 minutos (DE= 5,5); la mediana fue de siete minutos y la moda (el tiempo más frecuentemente invertido en la aplicación de los cuestionarios por parte del médico) fue de 10 minutos.

La muestra de sujetos incluyó a pacientes que generalmente eran previamente conocidos por el médico de atención primaria, entre los cuales el médico de atención primaria identifica patología psiquiátrica en el 18,5% de los casos y trata con psicofármacos en el 15,7%.

### Validación del CP con respecto al GEM

La validación del CP se realizó sobre un total de 379 cuestionarios PRIME-MD completos.

El CP, considerado globalmente y de acuerdo a los puntos de corte originales, resultó positivo en 282 de estos 379 pacientes (74,4%). Los resultados del análisis de los cinco módulos del CP, utilizando como puntos de corte para detectar patología psiquiátrica probable los recomendados en la versión original, se presentan en la tabla III.

De los 379 pacientes, 168 (44,3%) tuvieron algún diagnóstico psiquiátrico según los criterios del PRIME-MD, contabilizándose un total de 269 diagnósticos. Los diagnósticos, agrupados por categorías, se reflejan en la tabla IV.

De los 282 pacientes con CP positivo, en 167 se confirmó un diagnóstico psiquiátrico con el GEM, detectando 115 falsos positivos. Por el contrario, de los 97 pacientes con CP negativo y a los que se les pasó el GEM, sólo un caso resultó falso negativo. Estos resultados arrojan los siguientes valores psicométricos para el CP en relación a los diagnósticos GEM con los puntos de corte originales (se dan entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%):

- Sensibilidad: 99,4 (96,2-100,0)
- Especificidad: 45,5 (38,7-52,5)
- Valor predictivo positivo: 59,2 (53,2-65,0)
- Valor predictivo negativo: 99,0 (93,6-99,9)
- Concordancia: 0,42

**TABLA IV** Valores psicométricos de cada módulo del PRIME-MD con respecto al SCAN (n= 312) y porcentaje de casos diagnosticados con el PRIME-MD (n= 379) y con el SCAN (n= 312)

Módulo	Sensibilidad	Especificidad	VP+	VP-	Kappa	% casos PRIME-MD+	% casos SCAN+
Todos	81,4	66,1	62,9	83,4	0,45	44,3	41,3
Tr. estado de ánimo	72,2	86,0	52,0	98,1	0,50	29,3	27,5
Tr. ansiedad	73,7	88,1	28,6	98,2	0,35	16,9	15,1
Tr. somatomorfos	33,3	85,1	2,1	99,9	0,02	19,8	6,4
Tr. por alcohol	20,0	98,0	14,3	96,4	0,15	2,6	1,6

El análisis de los resultados del CP según los distintos grupos diagnósticos se presenta en la tabla III. Cuando los valores de sensibilidad, especificidad y concordancia no se consideraron adecuados, se hicieron análisis para diferentes puntos de corte. Los puntos de corte recomendados para la versión española del CP tras el proceso de validación aparecen también en la tabla III. El módulo de trastornos de la conducta alimentaria no pudo validarse debido al insuficiente número de casos probables detectados, como cabía esperar dada la relativamente baja prevalencia de estos trastornos en la población general.

### Validación del cuestionario PRIME-MD con respecto al SCAN

El sistema SCAN puede dar diagnósticos psiquiátricos según dos clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE-10) (14) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, tercera edición revisada (DSM-III-R) (15). La validación del PRIME-MD se hizo atendiendo a la clasificación CIE-10.

La validación del cuestionario PRIME-MD se realizó sobre 312 pacientes que tuvieron un PRIME-MD completo y a los que, además, se les aplicó la entrevista psiquiátrica SCAN. De ellos, 167 pacientes tenían algún diagnóstico PRIME-MD y 145 no cumplían criterios para un diagnóstico PRIME-MD. Por tanto, se aplicó la entrevista SCAN al 99,4% de los pacientes con PRIME-MD positivo (167 de 168) y al 68,7% de los pacientes con PRIME-MD negativo (145 de 211).

El SCAN detectó la presencia de un diagnóstico psiquiátrico CIE-10 en un total de 129 pacientes (el 41,3% de los pacientes a los que se les aplicó el SCAN). El total de diagnósticos CIE-10 resultantes fue de 210.

De los 167 pacientes que tuvieron un PRIME-MD positivo, el SCAN confirmó un diagnóstico psiquiátrico en 105, detectando 62 falsos positivos. Por el contrario, de los 145 pacientes que tuvieron un PRIME-MD negativo y a los que se les pasó el SCAN, sólo 24 casos resultaron falsos negativos. Estos resultados arrojan los siguientes valores psicométricos para el PRIME-MD en relación a los diagnósticos confirmados con el SCAN (se dan entre paréntesis los intervalos de confianza al 95%):

• Sensibilidad:	81,4 (73,4-87,5)
• Especificidad:	66,1 (58,7-72,8)
• Valor predictivo positivo:	62,9 (55,0-70,1)
• Valor predictivo negativo:	83,4 (76,2-88,9)
• Concordancia:	0,45

El análisis de los diagnósticos resultantes tras aplicar el cuestionario PRIME-MD completo con respecto al diagnóstico que dio el psiquiatra aplicando el SCAN, se presentan en la tabla IV.

## DISCUSIÓN

### Datos complementarios al cuestionario PRIME-MD

De los resultados recogidos complementariamente al cuestionario PRIME-MD, destaca la valoración que hace el paciente de su salud. Como puede verse en la tabla IV, la valoración que el paciente que acude a la consulta de atención primaria hace de su propia salud es positiva en más de la mitad de los casos. Este dato podría sugerir que las personas que acuden a los centros de atención primaria están fundamentalmente «sanos» y que se trata, en consecuencia, de una demanda no justificada. No obstante, este dato ha de ser valorado con precaución por el sesgo que suponen las creencias populares sobre lo que es «buena» o «mala» salud. Es probable que las personas que responden a una pregunta sobre su estado de salud general hagan una abstracción de la queja concreta que les lleva a la consulta. En cualquier caso, estos datos revelan que dicha queja concreta no tiene, en la mayoría de los pacientes investigados, una repercusión grave sobre el bienestar general del sujeto. Por otra parte, llama la atención que el médico sólo identifique de forma clara alguna patología somática en menos de la mitad de los pacientes que atiende.

En relación con la patología psiquiátrica, comparando el juicio clínico que hace el médico de atención primaria con los resultados del cuestionario PRIME-MD, puede observarse que los datos acerca de la insuficiente identificación de la patología psiquiátrica por parte del médico general se confirman en este estudio. De hecho, el CP señala que el 75,4% de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico probable y el GEM identifica un 44,3% de pacientes con un trastorno psiquiátrico diagnosticado, mientras que el médico de atención primaria identifica patología psiquiátrica sólo en el 18,5% de sus pacientes.

### Validación del CP con respecto al GEM

El CP posee una muy alta sensibilidad (99,4%), por lo que controla muy bien la posibilidad de que aparezcan falsos negativos. Por el contrario, su especificidad (y, por tanto, su valor predictivo positivo) es más modesta (45,5%), lo cual hace aparecer tras su aplicación un número relativamente importante de falsos positivos. Tales características son las adecuadas para que el CP cumpla, con respecto al GEM, la función de detección de patología psiquiátrica probable. El resultado que arroja el CP debe ser complementado con el GEM con el fin de descartar un porcentaje aproximado de falsos positivos del 50%.

Cuando se analiza por grupos diagnósticos, a la vista de los resultados de la tabla III, se puede concluir que el módulo de trastornos del estado de ánimo, usando el punto de corte original, presenta una sensibilidad y una especificidad muy adecuadas con un valor de concor-

dancia aceptable cuando se compara con el GEM. El punto de corte de la versión original (una respuesta positiva) puede, por tanto, confirmarse para la versión española.

No sucede lo mismo para el módulo de trastornos de ansiedad, que presenta una sensibilidad alta, pero una especificidad baja y un índice de concordancia modesto con respecto al GEM con el punto de corte original (una respuesta positiva). Cuando se aumenta el punto de corte a dos o más respuestas positivas, la sensibilidad disminuye al 75,0% pero la especificidad aumenta al 82,9%, alcanzando el valor de concordancia una cifra aceptable (0,46). Aunque de esta forma se pierde sensibilidad, el resto de parámetros psicométricos mejora sensiblemente, por lo que nosotros proponemos adoptar, en la versión española, este nuevo punto de corte (dos respuestas positivas) que evita la aparición de una gran cantidad de falsos positivos sin disminuir dramáticamente la sensibilidad de la prueba.

El módulo de trastornos somatomorfos ofrece, con el punto de corte original (tres respuestas positivas) una especificidad y un valor de concordancia poco adecuados. Si establecemos el punto de corte en cuatro respuestas positivas, la sensibilidad desciende ligeramente (90,7%), pero la especificidad aumenta al 60,0% y el valor de concordancia aumenta hasta una cifra del 0,31. Un punto de corte de cinco respuestas positivas da lugar a unas cifras de sensibilidad, especificidad y de concordancia de 73,3%, 73,8% y 0,35 respectivamente. Dado el papel de instrumento de despistaje que tiene el CP, parece conveniente sacrificar la especificidad para mantener una sensibilidad alta, por lo que se recomienda un punto de corte de cuatro respuestas positivas en este módulo para la versión española.

El módulo de trastornos relacionados con el alcohol ofrece, con el punto de corte original (una respuesta positiva), una sensibilidad y una especificidad muy adecuadas, pero su índice de concordancia con respecto al GEM es modesto (0,36). Si aumentamos el punto de corte a dos respuestas positivas, la sensibilidad disminuye ligeramente (90,0%) y la especificidad aumenta también ligeramente (97,3%), alcanzando el valor de concordancia una cifra del 0,60. Por ello, es recomendable adoptar este nuevo punto de corte para este módulo en la versión española.

### Validación del cuestionario PRIME-MD con respecto al SCAN

Como puede observarse por los datos de la tabla IV, el cuestionario PRIME-MD, presenta una buena sensibilidad y una especificidad e índice de concordancia suficientes como para considerarlo un instrumento útil para la detección de patología psiquiátrica.

En este estudio no se determinó cuál era el diagnóstico psiquiátrico que el médico de atención primaria daba a sus pacientes sin ayuda del PRIME-MD, por lo que no pudo evaluarse la sensibilidad y especificidad del criterio clínico del médico. Sin embargo, en otros trabajos se ha calculado que el médico de atención primaria de-

tectaba patología psiquiátrica en sus pacientes con una sensibilidad en torno al 35-40% y una especificidad que ronda el 85% (16). Por tanto, con los valores de sensibilidad (81%) y especificidad (66%) del cuestionario PRIME-MD calculados en este trabajo se puede concluir que el uso de esta herramienta mejora considerablemente la sensibilidad de los médicos de atención primaria para diagnosticar patología psiquiátrica en sus pacientes, aunque no mejora su especificidad. Debe subrayarse que la detección de casos (la sensibilidad), que es el aspecto más deficiente en los médicos de atención primaria en relación con la patología psiquiátrica de sus pacientes, es el que mejora precisamente con la utilización del cuestionario PRIME-MD.

Por grupos diagnósticos, los módulos del cuestionario PRIME-MD que diagnostican los trastornos del ánimo y de ansiedad poseen unos valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos adecuados. No es así, sin embargo, en lo que se refiere a los módulos que diagnostican los trastornos somatomorfos y los trastornos relacionados con el alcohol, por lo que se precisan análisis posteriores para mejorar las capacidades predictivas del cuestionario. Asimismo, se necesitan estudios más amplios para evaluar la validez del cuestionario PRIME-MD en español en el diagnóstico de los trastornos de conducta alimentaria.

En conclusión, el cuestionario PRIME-MD en español es un instrumento útil para identificar y diagnosticar trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad en las consultas de atención primaria.

## AGRADECIMIENTOS

La validación del cuestionario PRIME-MD en español fue posible gracias a la financiación de Pfizer, S. A.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
2. Kessler LG, Burns BJ, Shapiro S, Tischler GL, George LK, Hough RL, et al. Psychiatric diagnoses of medical service users: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Program. *Am J Public Health* 1987; 77:18-24.
3. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The factor US mental health services system: a public health perspective. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:685-93.
4. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrists physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:89-94.
5. Kamerow DB, Pincus HA, Mac Donald DI. Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice: prevalence, costs, recognition and treatment. *JAMA* 1989;255:2054-7.

6. Andersen SM, Harthorn BH. The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. *Med Care* 1989;27:869-86.
7. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J* 1985;290:1880-3.
8. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
9. 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;262:914-9.
13. Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Artal J, Arenal A, Herrera S, Díez-Manrique JE, et al. Desarrollo y verificación de la entrevista psiquiátrica «Sistema SCAN» («Cuestionario para la evaluación clínica en Neuropsiquiatría»). *Actas Luso-Esp Neurol Psiq* 1994;22:109-20.
14. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO; 1992.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.



ANEXO (continuación)

## MÓDULO DE ESTADO DE ÁNIMO

### DEPRESIÓN MAYOR

En las últimas 2 semanas ¿ha tenido Vd. alguno de los siguientes problemas, casi todos los días?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Dificultades para dormirse o mantenerse dormido, o dormir demasiado.                                    | SÍ | NO |
| 2. Sentirse cansado o con poca energía.  | SÍ | NO |
| 3. Poco apetito o comer demasiado.   | SÍ | NO |
| 4. Poco interés o placer en hacer cosas.   | SÍ | NO |
| 5. Sentirse decaído, deprimido o desesperado.  | SÍ | NO |
| 6. Sentirse mal consigo mismo —o que es Vd. un desastre— o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia. | SÍ | NO |
| 7. Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión.                     | SÍ | NO |
| 8. Estar tan inquieto o intranquilo que se mueve mucho más de lo normal.                                   | SÍ | NO |

**Si no:** ¿Y al contrario? —moverse o hablar tan despacio que la gente lo pueda haber notado.

**Anote SÍ, si contesta afirmativamente a alguna de las dos cuestiones anteriores, o si durante la entrevista usted observa agitación o retardo psicomotor.**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 9. En las últimas dos semanas ¿ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera? <b>Si responde SÍ:</b> hábleme de ello. | SÍ | NO |
| 10. <b>En las preguntas 1 a 9 ¿hay 5 o más respuestas SÍ (una de las cuales es la 4 o la 5)?</b>  | SÍ | NO |

Trastorno Depresivo Mayor.
Ir a preg. 12