

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, EVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

Programa de Doctorado 3054: PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MEDIANTE EL PHQ**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Roger Muñoz i Navarro

Dirigida por:

Dr. Antonio Rafael Cano Vindel

Dr. Antonio Capafons Bonet

Dr. Francisco Santolaya Ochando

DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, EVALUACIÓ

I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

FACULTAT DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE DOCTORADO 3045: PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**DETECCIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
PÁNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA
MEDIANTE EL PHQ**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Roger Muñoz i Navarro

Dirigida por:

Dr. Antonio Rafael Cano Vindel

Dr. Antonio Capafons Bonet

Dr. Francisco Santolaya Ochando

A todos los psicólogos y las psicólogas.

Tenemos mucho por hacer.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que debo y deseo agradecer que esta Tesis Doctoral haya culminado con éxito.

Agradezco a mis Directores de Tesis toda la confianza, pasión y esfuerzo depositado tanto en mi persona como en el Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria.

A Antonio Cano Vindel, por haber sido un enorme apoyo, de extrema paciencia y afecto. Por tu capacidad de gestión de un proyecto de alto nivel, gran envergadura y absoluta importancia para la Psicología Clínica en nuestro País. Por tu templanza, por haber creído en mi desde los inicios y por estar ahí siempre cuando se te necesita. Es un honor trabajar contigo y recorrer esta hazaña llamada PsicAP. Gracias Antonio.

A Antonio Capafons Bonet, quien creyó en mi capacidad de trabajo y en mis valores, cuando otros no lo hacían. Por estar ahí siempre en los momentos duros y darme el empujón suficiente para que crea en mi mismo y siga adelante. Tú eres quien me rescató y saco a flote todas mis potencialidades, para seguir trabajando por el bien común. Es un honor compartir contigo nuestro compañerismo y amistad. Gracias Antonio.

A Francisco Santolaya Ochando, por tomar algo de su escaso tiempo para escuchar a unos recién salidos de la carrera, con ganas de arreglar parte de este mundo. Por sus años de trabajo duro en mejorar la situación de la Psicología en España, desde su posición y desde su pasión hacia ella. Y, sin duda, por impulsar el Ensayo PsicAP, que sin tu labor nunca habría visto la luz. Es un honor poder desarrollarme en él. Gracias Paco.

Quisiera también dar las gracias de todo corazón, a todo el equipo de investigación de PsicAP, en el cual colaboran más de un centenar de investigadores, tanto psicólogos como médicos. He de mencionar con todo mi afecto a Cristina, Beny, Itziar, Esperanza, Paloma, Mar, Gonzalo, Irene y Estefanía.

También hacer una mención especial a María Dolores Gómez, María del Mal Aguilar, María Antonia, Carmen Abellán y Ana Hermosilla del CS Zona IV, a María Rosa Piza, Mónica Rodríguez y Laura Agüero, del CS Calvià en Santa Ponça, Amale Jauregi, Josune Barbero y Mónica Salgueiro del CS Sopelana, por su ayuda en la recogida de datos de esta Tesis Doctoral. Esta Tesis Doctoral, es producto de todo un trabajo conjunto de muchos investigadores que están trabajando y/o

colaborando desinteresadamente por su compromiso con su profesión, con la Psicología Clínica, con la Sanidad Pública y la Economía del País, y sobre todo, por el bienestar emocional de miles y miles de personas que sufren hoy en día desórdenes emocionales y se sienten abandonados a su suerte.

Y a ellos también, a todos los pacientes que sufren día a día de depresión, ansiedad o pánico y que queremos que se recuperen y vivan sus vidas lo más feliz posible. Por vosotros y vosotras estamos dejándonos la piel y aquí seguiremos. Por todo esto, Gracias a PsicAP, un proyecto que puede cambiar la Sanidad Pública, la salida profesional de miles de Psicólogos Clínicos y el bienestar de la ciudadanía.

También quiero agradecer a todos los Médicos de Atención Primaria que colaboran con nosotros, que creen en los psicólogos y las psicólogas y que nos aportan todo su esfuerzo desinteresado para mejorar una Sanidad más humana y menos medicalizada. Gracias a todos los MAPs del centro de Salud Malva-Rosa y del Centro de Salud Nazaret, los dos centros de Salud de la Ciudad de Valencia donde tengo el honor de realizar mi actividad investigadora y aprender día a día.

Quiero hacer una mención especial a Patricia Tomás, la Psicóloga Especialista en Psicología Clínica del Proyecto PsicAP en Valencia. Solo haber tenido la oportunidad de aprender de tu empatía, de tu amor por la vida y la felicidad, de tu capacidad de transformar la vida de personas que sufren, ha valido la pena. Por Psicólogas Clínicas como tú vale la pena seguir luchando en este proyecto, no solo porque sin tu colaboración no habría salido PsicAP en Valencia, sino porque este país os necesita. Espero que algún día PsicAP consiga concienciar con datos científicos lo que valen las Psicólogas Especialistas en Psicología Clínica como tú, capaces de ver más allá. Y sobre todo gracias por hacerme sentir que también se puede aprender mucho de un Investigador en Psicología Clínica, de agradecerme día a día mi esfuerzo y de hacerme sentir lo que valgo como persona. Gracias Patri. Te deseo lo mejor con esos dos cielos que van a nacer muy pronto. No saben la suerte que tienen.

No puedo olvidarme de mis compañeros de Psicólogos Sin Fronteras Txema, Inma, Gemma, etc. Gracias por estar siempre luchando por una Salud Mental Digna y salvando vidas.

Voldria acabar els meus agraïments a tots els meus amics i amigues, a totes aquelles persones que més estime. Voldria començar per aquell grup que vam crear fa anys quan vam acabar la carrera i que estic segur que aquesta Tesi Doctoral no podria avui ser real sense la nostra tasca. A Andrea, Lorena, Xordi, Jordi, Isa, Xuso, David, Maria i Santi. Jo diria que al final l'hem liat, no?

Als meus grans amics que sempre estan ahí y sense ells la vida no seria igual. Els meus germans Ramón, Àlex, Àngel, Sergi, Bazo, Toni, David, Raúl i Oscar. A Andrea i Noa pel seu amor incondicional. A Emilio i Fido. A Pàrraga, Jorge, Mònica i els meus nebots Àlex i Ari. Els meus setabenses. Pura Vida!

Als meus antics companys de Doctorat de la Facultat de Psicologia, Xin, Manu i Toni Vidal. Als companys de la UCIM a Medicina. També a Casti, Carol, Vanesa, Matías, Eva, etc., etc. Sense dubte i en especial, a Lucas, Agus i Boke, els meus Nexus arreu del Món. La Neuropolítica donarà molt que parlar. Gràcies també a Angela Sutan i als companys de la ESC-Dijon.

A tota la gent de Clockwork Running, on alliberem la tensió diària patint hores de córrer i esforç. Hi ha que endurir!

I would like to give my lovely Greetings to all my best friends around the world, who also are an intrinsic part of my life. Johnny, Gal and Lily. My ducth girls, Denise, Kim, Celine, and Sharleena. Stewart, Jacob and the Aussies, Mandi and Aaron from all around. And so many others.

Ich wünsche mir auch an alle meine deutsche Familie und seine ewige Freundschaft von Berlin erinnern. Kenneth und Inma, Marisa, Guido, Matze, Klaudia, Fine, Skadi, Markus, Felix, Ralle, Svenny. Ihr alle seid ein Teil von mir.

I finalment però no últim. A les persones més importants de la meua vida. Els meus pares i la meua germana. Sou la raó de que perquè estime tant la Psicologia, l'Educació i la Universitat. L'exemple que sempre he volgut seguir i que dia a dia millore amb vosaltres. A mon pare, model de ma vida, exemple de moral i ètica, constructor de les meues aspiracions. A ma mare, exemple de lluitadora per la justícia i la igualtat. Gràcies a tu estic ací avui. A Mireia, germana inseparable encara que en la distància, inspiradora de la meua vessant biològica en la Psicologia. Per vosaltres he fet aquesta Tesi Doctoral.

Gràcies per tot. Us estimaré sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

BDI: *Beck Depression Inventory*

CALM: *Coordinated Anxiety Learning and Management*

CC: Cognitivo-Comportamental

CIDI: *Composite International Diagnostic Interview*

Curva COR: Curva de Características Operativas del Receptor

DE: Desórdenes Emocionales

DIS: *Diagnostic Interview Schedule*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ESEMeD: *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*

F: Fobia simple

FS: Fobia Social

GAD-2: Módulo breve de TAG del PHQ

GAD-7: Módulo de trastorno de ansiedad generalizada del PHQ

GHQ: *General Health Questionnaire*

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HI: Hipocondría

IAPT: *Improving Access to Psychological Therapies*

MAPs: Médicos de Atención Primaria

MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*

NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*

OMS: Organización Mundial de la Salud

PHQ-15: Módulo de trastorno por somatización del PHQ

PHQ-2: Módulo breve de depresión del PHQ

PHQ-4: Módulo breve de depresión y ansiedad del PHQ

PHQ-9: Módulo de depresión del PHQ

PHQ-TP: Módulo de trastorno de pánico del PHQ

PHQ: *Patient Health Questionnaire*

PRIME-MD: Primary Care Evaluation for Mental Disorders

PsicAP: Ensayo clínico “Psicología en Atención Primaria”

ROC Curve: Receiver Operative Characteristic Curve

SCAN: *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*

SCID-I: *Structured Clinical Interview Mental Disorders for*

DSM-IV axis I (Entrevista Diagnóstica Estructurada del eje I del

DSM-IV)

SCL-90-R: *Symptom Check List*

SDDS-PC: *Symptom Driven Diagnostic System for Primary*

Care

SNS: Sistema Nacional de Salud

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TAlim: Trastorno Alimentario

TC: Trastorno de Conversión

TDC: Trastorno Dismórfico Corporal

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TEA: Trastorno por Estrés Agudo

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TP: Trastorno de Pánico

TPD: Trastorno Por Dolor

TS: Trastorno por Somatización

ÍNDICE

1. Introducción	17
2. Las emociones	25
3. Los desórdenes emocionales	61
4. Los desórdenes emocionales en Atención Primaria	73
5. El ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria	91
6. Evaluación y diagnóstico de los desórdenes emocionales en Atención Primaria	105
6.1. Pruebas de cribado	105
6.2. Entrevistas diagnósticas estructuradas	116
7. El <i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i>	127
7.1. Historia y desarrollo	127
7.2. Validación del PHQ	128
7.3. Validación española del PHQ	136
8. Detección de depresión, ansiedad y pánico mediante el PHQ en PsicAP	153
8.1. Objetivos	153
8.2. Metodología	156
8.2.1. Muestra	157
8.2.2. Instrumentos	158

Índice

8.2.3. Procedimiento	165
8.2.4. Análisis estadísticos	167
8.3. Resultados	167
8.3.1. Muestra estudiada	167
8.3.2. Estudio del PHQ-9 con la SCID-I	171
8.3.3. Estudio del PHQ-TP con la SCID-I	177
8.3.4. Estudio del GAD-7 con la CIDI	182
9. Discusión	189
10. Conclusiones	207
11. Resumen	217
12. <i>Conclusions</i>	223
13. <i>Abstract</i>	233
14. Referencias	237
15. Anexos	276
16. <i>Attached</i>	281

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó en su Proyecto Atlas del año 2000 que los trastornos mentales serían los responsables de la mayor carga económica y social de todos los países (WHO, 2001). Se prevé que la Depresión será en el 2030 una de las tres primeras causas de discapacidad de entre todas las enfermedades en el plano mundial (Mathers & Loncar, 2006). Actualmente hay estudios que afirman que el 38% de los europeos padece un trastorno del estado del ánimo o de ansiedad, ya sea de carácter leve, moderado o grave (Wittchen et al., 2011). De entre estos, los Desórdenes Emocionales (DE) tales como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y somatizaciones, son los más prevalentes en la Atención Primaria (AP) española, colapsando la consultas de medicina de primaria (Cano-Vindel, 2011a). En nuestro país se encuentra un ratio de psicólogos en el sistema sanitario público de solo un 4,6/100.000, mientras que la media europea es de un 18/100.000 (WHO, 2005). El panorama es incluso más denostado si se piensa que no existe la figura del psicólogo en

1. Introducción

los centros de AP. Por tanto, el tratamiento que se dispensa en AP para DE no suele ser el adecuado, abundando el farmacológico y escaseando el acceso a terapias psicológicas basadas en la evidencia (Cano-Vindel, 2011a). Otros países, como el Reino Unido, han implantado proyectos de mejora del acceso a terapias psicológicas propiciando la aproximación de la investigación a la práctica, en este caso, aplicando con éxito programas cognitivo-conductuales a los DE en AP (Clark et al., 2009). A este proyecto le han seguido otros países como EE.UU. (Roy-Byrne et al., 2010), Noruega (Aakhus et al., 2014) y Australia (Pirkis, Harris, Hall, & Ftanou, 2011). En España, pretendemos seguir estos pasos con la implantación del ensayo PsicAP. PsicAP, o Psicología en Atención Primaria, es un proyecto piloto para tratar los DE en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia mediante un ensayo controlado aleatorizado.

Además de hallar insuficiencias en el tratamiento de los DE, existen claras deficiencias en su detección, incurriendo tanto en el infradiagnóstico, como sobrediagnóstico. En este

ensayo también pretendemos mejorar la detección de los DE en las consultas de AP, para mejorar la derivación al profesional que aplique el tratamiento adecuado en los casos necesarios. Para ello pretendemos estudiar el *Patient of Health Questionnaire* (PHQ), uno de los instrumentos de medida que se utilizan para detectar los DE en AP. El PHQ (Spitzer et al., 1999) es una prueba de cribado derivada a partir de la prueba de autoinforme del sistema Primary Care Evaluation for Mental Disorders (PRIME-MD) (Spitzer et al., 1994), un sistema de evaluación de trastornos mentales en Atención Primaria que se desarrolla en dos etapas: Cuestionario del Paciente (*Patient Questionnaire*, PQ) y Guía de Evaluación Clínica (*Clinician Evaluation Guide*, CEG) del médico. Desde hace una década se han ido desarrollando a partir de este sistema varios instrumentos de autoinforme abreviados que permiten detectar, entre otros, la presencia de trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfos (Kroenke et al., 2010). El PHQ contiene entre otros el PHQ-9, el PHQ-TP, el GAD-7 y el PHQ-15. El PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) es una herramienta

1. Introducción

específica para el cribado del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en el que simplemente el paciente puntúa cada uno de los 9 criterios DSM-IV, al igual que en el módulo de estado de ánimo del original PRIME-MD. El PHQ-TP (Wittkamp et al., 2011) es el módulo que detecta la presencia de Trastorno de Pánico (TP), donde el paciente ha de contestar a la pregunta de cribado sobre la aparición de un ataque de ansiedad o sensación repentina de pánico en las últimas 2 semanas, más tres ítems acerca del grado de molestia o preocupación, y 4 ítems, de los 11 posibles, referentes a síntomas somáticos. En el GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006), se puntúan 7 síntomas de ansiedad común en las últimas dos semanas y puede usarse como prueba de cribado del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), pero puede servir para otros trastornos de ansiedad. En el PHQ-15 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002) se puntúan 15 síntomas somáticos y para la detección de un probable trastorno por somatización. Además, el PHQ cuenta con dos apartados para el cribado de posibles trastornos alimentarios, como la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón, así como el posible trastorno por abuso de alcohol.

1.1. Objetivos:

1.1.1. Objetivo General del ensayo PsicAP:

Llevar a cabo los objetivos generales del ensayo PsicAP de tratar los DE en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia. Se asignará la muestra seleccionada a dos grupos, el grupo con tratamiento psicológico y el grupo control, donde el grupo de tratamiento psicológico recibirá una intervención psicológica cognitivo-comportamental (CC) manualizada. La intervención psicológica ofertada estará estandarizada y descrita en un documento dirigido al paciente. Los pacientes asignados al grupo de intervención psicológica CC, además de la sesión de evaluación, recibirán 7 sesiones adicionales de 1.5 horas de duración, en subgrupos con aproximadamente unas 8 o 10 personas. Las sesiones estarán repartidas a lo largo de 24 semanas, con una mayor frecuencia en el inicio del tratamiento (una sesión por semana o cada dos, como máximo) y progresiva ampliación del intervalo de tiempo entre sesiones al avanzar el tratamiento. En la novena y última, se realizará la evaluación postratamiento.

1.1.2. Objetivo específico de esta Tesis Doctoral:

En esta Tesis Doctoral se pretende conocer el nivel de detección de los módulos del PHQ de depresión (PHQ-9), ansiedad (GAD-7) y pánico (PHQ-TP). Un subgrupo de pacientes seleccionado aleatoriamente de 178 pacientes será evaluado mediante la Entrevista Diagnóstica Estructurada del eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) y la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (OMS, 1990), para depresión, pánico y TAG. Tras un entrenamiento previo, psicólogos entrenados aplicarán la administración del apartado de episodio de depresión mayor y el trastorno de angustia de la SCID-I, así como el apartado de TAG de la CIDI. Con esto se pretenderá conocer si las propiedades psicométricas de estos módulos son útiles para detectar estos DE en los centros de AP del ensayo PsicAP.

Esta tesis propone las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Es el PHQ-9 un instrumento válido de cribado y diagnóstico para el TDM en los centros de AP del ensayo PsicAP?

2. ¿Son los dos ítems del PHQ-9 que corresponden al PHQ-2 válidos para detectar el TDM en los centros de AP del ensayo PsicAP?
3. ¿Usar el módulo de TP (PHQ-TP) será útil como herramienta de cribado y diagnóstico para este trastorno en los centros de AP adscritos al ensayo PsicAP?
4. ¿Es el GAD-7 una prueba válida para la detección del TAG en los centros de AP del ensayo PsicAP?
5. ¿Son los ítems del GAD-7 pertenecientes al GAD-2 útiles como herramienta de cribado para su utilización en las consultas de AP del ensayo PsicAP para detectar TAG?
6. ¿Es el PHQ una prueba válida que pueden disponer los Médicos de Atención Primaria (MAPs) en sus consultas de AP para detectar en poco tiempo y fiabilidad óptima, DE tales como trastornos de ansiedad y del estado del ánimo?

2. Las Emociones

Un Tesis Doctoral que trate sobre DE requiere en primer lugar, que nos adentremos brevemente en el mundo de las emociones, para así poder describir desde un punto de vista clínico qué son los DE. Definiremos las emociones básicas, la afectividad, los sentimientos, los estados emocionales, los rasgos emocionales, la ansiedad y el estrés.

Las emociones son de indudable valor para la vida de los seres humanos, pues sin ellas no seríamos lo que somos como especie. Son esenciales en nuestro día a día ya que dan sentido a nuestros eventos vividos. Nos activan o nos bloquean, dirigiéndonos a metas o paralizándonos. Tienen una función adaptativa con el objetivo de permitir la supervivencia tanto de nuestro organismo, de nuestra especie así como el de otros miles de especies que conviven con nosotros en nuestro planeta (Cano-Vindel, 2011a).

Darwin (1872) promulgó que las emociones son el producto de nuestra evolución y que las compartimos con los animales en su función primordial, la supervivencia de la especie. Darwin mencionó que toda emoción humana tiene una

2. Las Emociones

función adaptativa desde el punto de vista evolutivo, yendo siempre asociadas a una respuesta conductual y de expresión facial. Desde sus escritos en "El origen de las especies por medio de la selección natural" (Darwin, 1859) remarcó la relevancia de las emociones en la evolución, y fue en trabajos posteriores como "La expresión de las emociones en humanos y animales" (Darwin, 1872), donde se centró en la descripción de emociones presentes únicamente en los humanos y las compartidas con otras especies.

Por tanto, las emociones surgen en situaciones vitales relevantes para el individuo. Podemos experimentar emociones placenteras, desagradables, o una alternancia y/o mezcla de ellas, en circunstancias como por ejemplo la celebración de un éxito, la consumación de una meta tras un desafío, la búsqueda de una pareja, o al sufrir una consecuencia negativa, como la amenaza de perder la vida, la pérdida de un ser querido o de un sustento esencial para la vida, etc. En estas situaciones, las emociones, desencadenan procesos motivacionales, cognitivos y comportamentales y nos muestran qué reacciones hemos de emprender usando nuestros recursos psicológicos para

adaptarnos a las demandas del ambiente. Pueden aparecer reacciones de satisfacción tras el logro de un reto, gozo al conseguir el éxito o enamoramiento en el cortejo; conductas de lucha o huida ante peligros para la vida, alerta ante la amenaza de un conflicto de intereses con otros individuos; tristeza tras la pérdida y la búsqueda de apoyo social o auxilio en situaciones de peligro de otros individuos. Todas estas reacciones permiten adaptarnos mejor al ambiente, afrontando cada situación con mayor solvencia y efectividad, gracias a la generación de estrategias concretas para cada situación, dependiendo de sus características específicas y determinadas.

Cada situación conlleva emociones que nos presentan el camino a seguir o a abandonar. Cuando hemos alcanzado el éxito nos inunda la alegría llegando a la celebración individual y/o colectiva. Expresar alegría resulta atractiva para los demás y vencer nos invita a seguir buscando éxitos consecuentes, ya que será placentero para nosotros y para quienes nos rodean. Cuando superamos un reto, el orgullo se percibe como una muestra de emoción satisfactoria por el objetivo alcanzado y, sobre todo, por la energía derrochada en su trascurso. Esto nos permite

2. Las Emociones

valorarnos de forma positiva y expresar gratitud a quienes nos han ayudado. Cuando buscamos un o una pretendiente, el deseo, y en su más alto nivel, el enamoramiento, facilita la atracción y la aproximación hacia la persona deseada. Este deseo induce la movilización de recursos psicológicos como la planificación en el cortejo, para poder vincularnos a la persona a la que deseamos unirnos estrechamente.

Por otra parte, en circunstancias de peligro surge la reacción de miedo que nos prepara para luchar, huir o quedar paralizado. Frente a una amenaza, la reacción de miedo nos activa y nos alerta para intentar evitar una consecuencia negativa. En aquellos contextos donde aparece un conflicto de intereses, si percibimos la posibilidad de sufrir algún daño, reaccionamos con ira o enojo, advertimos al otro mediante el enfado del disgusto sufrido e iniciamos la gestión de recursos que pueden presentar una conducta de ataque.

Reaccionamos con tristeza cuando perdemos a un ser querido con el que nos unía un vínculo de apego. El proceso de duelo se activa tras la tristeza, donde ciertas conductas se inhiben para permitirnos reflexionar y elaborar el recuerdo.

Estas situaciones son capaces de generar procesos más complejos como empatía en otras personas de nuestro grupo social, recibimos apoyo, expresamos gratitud y nos vinculamos más con las personas que nos han ayudado. Esta misma empatía que generamos en otros podemos percibirla en la situación opuesta, cuando creemos que una persona de nuestro grupo social, o incluso desconocida, está en una situación de peligro, como ocurre con el comportamiento altruista. El auxilio nos produce una conmoción emocional que nos moviliza a acercarnos a esta persona para actuar de manera rápida y socorrerla, aun a riesgo de poner en peligro nuestra seguridad.

En el campo de las reacciones emocionales en la cultura occidental se observa que, desde la Grecia Clásica de Platón y Sócrates, la concepción cristiana de Santo Tomás o San Agustín, la filosofía de Descartes o Spinoza, el evolucionismo de Darwin o el psicoanálisis de Freud, ha evolucionado. Además de evolucionar se ha ido concretando y perfilando sus descripción, progresando hasta el concepto actual de emociones básicas y la irrupción de la neurociencia al mundo de las emociones.

2.1. Emociones básicas

Según Ekman (1992), existen 6 emociones básicas: tristeza, alegría, miedo, sorpresa, ira y repugnancia. Hoy entendemos como emociones básicas aquellas que son compartidas por todos los seres humanos, independientemente de su cultura o idioma (Ekman, 1992). Lang (1968) definió que las emociones tienen 3 niveles de expresión: cognitivo, fisiológico y conductual. Aunque también la valoración subjetiva de la situación debe ser a su vez considerada fundamental, ya que influye en qué tipo de emoción se experimenta y como se percibe, como por ejemplo su nivel de intensidad (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Las emociones comprenden características que pueden ser únicas o ser compartidas con otras emociones. Como características únicas encontramos factores como la presencia de una señal activadora, su fisiología y los eventos antecedentes. Como características en común encontramos la aparición rápida, de corta duración, espontánea, la evaluación automática, y la coherencia entre las respuestas (Ekman, 1992). Habitualmente se habían considerado que las emociones básicas eran 6: tristeza,

alegría, miedo, sorpresa, ira y repugnancia. No obstante, recientemente se ha propuesto que solo existen 4: tristeza, alegría, miedo e ira (Jack, Garrod, & Schyns, 2014), ya que parece ser que el miedo comparte con la sorpresa la misma reacción de los músculos faciales, al igual que la ira y la repugnancia, sugiriendo que surgen de la misma raíz y pertenecen por tanto a la misma categoría (Jack, et al., 2014). No obstante, definiremos brevemente la 6 emociones básicas descritas por Ekman (1996) en sus diferentes planos de expresión facial, cognitivo, fisiológico, motor y subjetivo.

2.1.1. Tristeza

La tristeza es una emoción caracterizada por un estado afectivo donde existe la presencia de un decaimiento de la energía vital, y puede mostrar llanto, sollozo o rostro abatido, entre otros. La expresión facial característica de la tristeza es el arqueamiento inferior de los labios cerrados, ojos cansados y lagrimosos. En el plano cognitivo aparecen pensamientos negativos, de culpa y derrota. En el plano fisiológico se da una

2. Las Emociones

reducción del ritmo y tasa cardíaca, el ritmo respiratorio y la actividad física, a causa de una disminución del sistema nervioso central y periférico. En el plano subjetivo, la persona con tristeza percibe una pérdida de energía a causa de sus síntomas fisiológicos y, junto con los síntomas cognitivos, aparece una sensación de menor motivación, con pensamientos recurrentes del evento negativo ocurrido. En el plano conductual, hay una disminución de la actividad física, un recogimiento en una zona segura que permite recobrar energía y reflexionar sobre el evento o la situación generadora de tristeza. A su vez, hay una búsqueda de apoyo social por parte del grupo de pertenencia. La tristeza tiene como función adaptativa la de detenerse a reflexionar, estrechar lazos con otros individuos, recobrar energía y prepararse para siguientes situaciones. De esta forma permite recapacitar sobre los errores cometidos que nos han llevado a esta situación, y generar nuevas estrategias que nos permitan salir airoso y exitoso en las próximas situaciones. También sentir pena nos permite contagiarnos de la tristeza ajena. Se genera así una sensación que nos ayuda a conectar emocionalmente con los sentimientos de otros, como

cuando alguien de nuestro entorno sufre la pérdida de un ser querido. La empatía es útil para realizar conductas de ayuda.

2.1.2. Alegría

La alegría es la emoción contraria de la tristeza y sin ambas ninguna podría ser conocida. Es una emoción asociada al bienestar general, altos niveles de energía y motivación. Su expresión facial más característica es la sonrisa provocada por el estiramiento de las mejillas y los labios, que permiten mostrar los dientes. En el plano cognitivo la alegría se caracteriza por pensamientos positivos, entusiasmo y buena disposición. En el plano fisiológico hay una activación óptima del sistema nervioso central y periférico, con un aumento de la tasa y ritmo cardíaco y respiratorio. Ambas componen una sensación subjetiva de euforia sostenida, gozo y satisfacción que conllevan en el plano motor una mayor actividad, extraversión y contacto con otras personas. La alegría genera confianza en la persona que la experimenta y en los demás. Por tanto, es considerada como un gran “lubricante” social, permitiendo el acercamiento y el afecto con otros seres. La alegría también se “contagia”. La función

2. Las Emociones

adaptativa de la alegría es la de movilizar a la persona en dirección a aquellas contingencias que son básicas para la supervivencia del individuo, como alimentarse, cobijarse, tener lazos sociales y reproducirse. Así pues, los éxitos individuales y colectivos vienen seguidos de alegría y el placer percibido promueve la repetición de este tipo de conductas en el futuro.

2.1.3. Ira

La ira es la emoción asociada con la agresión o la defensa a una agresión. Se compone del sentimiento de furia, enfado e irritabilidad. Surge en aquellos casos donde se desea obtener otros recursos externos que todavía no son poseídos, o para defenderse de la pérdida de recursos que son deseados por agentes externos, así como en casos de agresión verbal que afectan a nuestra integridad personal. La expresión emocional más característica de la ira es el rostro enrojecido, arrugamiento de la nariz, mirada fija y desafiante, dientes juntos y apretados, y a veces la muestra de los dientes. En el plano cognitivo existen pensamientos agresivos, ante la posibilidad de sufrir daño en uno mismo y/o de provocarlos en el oponente. En el plano

fisiológico aumenta la actividad del sistema nervioso periférico por el aumento de noradrenalina y adrenalina, que aumentan el ritmo cardíaco y respiratorio, con una vasodilatación sanguínea que moviliza la energía corporal hacia piernas, manos y rostro, aumentando la tensión muscular, preparando el cuerpo para atacar. En el plano subjetivo es una sensación energizante que puede ser placentera o desagradable dependiendo del individuo. Es una sensación muy intensa que se caracteriza por focalizar la atención en una agresión, puede llegar a ser descontrolada y por tanto ser poco racional, a causa de la gran activación del sistema nervioso simpático, concretamente, de la amígdala. Estos pensamientos y sensaciones conducen en el plano motor a actuar física y verbalmente contra otro individuo. Aparece con la función evolutiva de movilizar recursos psicológicos para corregir acciones de uno mismo o de otro ser, como medio para sobrevivir en un ambiente hostil lleno de peligros.

2.1.4. Miedo

El miedo o temor es una emoción que presenta una sensación, predominantemente desagradable, que puede ser

2. Las Emociones

provocada por la percepción de una amenaza para la vida, sea esta real o imaginada, vivida en el pasado, el presente o el futuro. La expresión facial más característica de miedo es aquella donde los párpados superiores están elevados al máximo y los inferiores se encuentran tensos. Las cejas levantadas se acercan entre sí y los labios se alargan hacia atrás. El miedo muestra en el plano cognitivo pensamientos con percepción de amenaza para la vida, donde podemos sufrir un daño que puede ser irreversible. Se acelera el pensamiento de forma que buscamos una salida rápida y efectiva para evitar el daño. Esta percepción activa el mismo sistema fisiológico que en la ira, pero en este caso activa la respuesta de huida o parálisis, en vez de la de lucha. La activación de la amígdala desconecta por unos instantes el córtex cerebral, siendo el cerebro límbico quien toma el control del cuerpo. Aumenta la tasa cardíaca y respiratoria, movilizándolo el torrente sanguíneo hacia las piernas, por lo que puede aparecer el rostro pálido junto a los otros rasgos de expresión facial. En el plano subjetivo habrá una mezcla de los síntomas físicos muy intensos y desagradables, con pensamientos negativos de presencia de peligro y de sus

consecuencias. Le seguirá una conducta de huida, con la necesidad de tomar una acción rápida y brusca en las mejores condiciones para intentar salvar la vida y reducir la probabilidad de no volver a una situación similar de peligro. La función adaptativa del miedo es tremendamente útil para la supervivencia. Si no dispusiésemos de un sistema emocional que se activa tan eficientemente en la percepción de un peligro inminentemente no hubiésemos sobrevivido como especie.

2.1.5. Repugnancia

La repugnancia o el asco es una emoción de fuerte disgusto que podemos percibir frente a alimentos o materiales orgánicos, ya sea su olor, sabor o su simple presencia visual. Le sigue una expresión facial con la presencia de contracción del músculo que frunce la nariz y estrecha los ojos. El gesto de la nariz arrugada es simultáneo al de la elevación del labio superior, y, cuando el asco es muy fuerte, la lengua sale de la boca ligeramente. En el plano cognitivo, el asco nos alerta de que algún material puede ser perjudicial para la salud y por tanto para la supervivencia del individuo. En el plano fisiológico es

2. Las Emociones

plausible observar reacciones corporales bruscas orientadas a la repulsión, tales como las arcadas, las náuseas o el vómito, que nos obliga a expulsar de forma violentamente el contenido del estómago. A su vez puede haber un aumento de la sudoración y un descenso de la presión sanguínea, como respuesta a la activación del sistema nervioso autónomo. En el plano subjetivo, existe un malestar que se percibe muy corporal, con sensaciones somáticas que nos inducen los pensamientos negativos de amenaza y las reacciones fisiológicas. Como respuesta conductual, además de los mencionados actos involuntarios de rechazo corporal, existe la evitación conductual como principal gesto motor. Se trata, por tanto, de evitar el alimento, el material orgánico o lugares donde pueda encontrarse presente. La función adaptativa de la repugnancia no está del todo claro. Algunos autores difieren en si el asco es una emoción innata, y por ello, programada en la cadena genética, o si es aprendida, ya que se han observado en niños que hasta los 3 años no reaccionan frente a excrementos o sudor tal y como lo hacen adultos. Además parece ser que las culturas difieren en sus formas de percibir el asco a diferentes sustancias o

alimentos, e incluso parece ser que tiene un fuerte componente de aprendizaje ya que se ha observado en propias culturas, como la europea, que hoy día siente repugnancia por algunos hechos que antes soportaba con más laxitud. Parece ser que, a medida que han ido avanzando los conocimientos de la higiene y la salud pública, han ido apareciendo repulsión de sustancias y situaciones que anteriormente no lo hacían, lo cual apoya la opción del componente aprendido y cognitivo del asco. Lo que es palpable es que se presenta la misma sensación subjetiva desagradable junto a su expresión facial a través de las culturas, así como en otros animales, tales como el vómito y las arcadas.

2.1.6. Sorpresa

La sorpresa es una emoción que, junto a la repugnancia, ha sido cuestionada recientemente por no ser consideradas emociones básicas (Jack et al., 2014). Tanto Darwin (1872) como Ekman (1996) coinciden en clasificarlas como emociones básicas ya que se exhibe en muchas especies animales y en todas las culturas humanas. Está caracterizada por una emoción de activación hacia cierto estímulo inesperado que llama la

2. Las Emociones

atención bruscamente. Dicho estímulo atrae toda la atención del individuo durante un tiempo determinado, e incluso puede generar un sobresalto al percibirlo. La expresión facial característica es la de ojos abiertos de forma amplia, con boca abierta y suele ir seguida de alegría o miedo, dependiendo de la naturaleza del estímulo. En el plano cognitivo se produce un estado de alerta intenso que focaliza la atención en el estímulo, propiciando el interés y la búsqueda de respuesta acerca de este. El aumento de la atención es una respuesta que implica síntomas fisiológicos ocasionados por la activación del sistema nervioso autónomo que produce una liberación de noradrenalina y dopamina, responsables de la apertura de los ojos y la dilatación de las pupilas, así como un aumento de la motivación. Ambas producen en el plano subjetivo un aumento del interés y la curiosidad, que permiten orientar la conducta en el plano motor hacia la búsqueda de elementos relacionados con el estímulo generador de la sorpresa. Esta última está muy relacionada con uno de los 5 grandes factores de la personalidad: la apertura a la experiencia o la búsqueda de sensaciones. Sabemos que, tanto los animales, como los humanos difieren en sus niveles de

búsqueda, que están relacionados con la propia morfología y funcionalidad de ciertas estructuras neurales propias del sistema dopaminérgico. La búsqueda de novedad es diferente dependiendo de la edad. Así los adolescentes son más buscadores de novedad y abiertos a la experiencia que los adultos, lo cual también tiene una relación con el sistema dopaminérgico, ya que en la adolescencia, este sistema tiene un menor tono basal en sinapsis y, a su vez, libera una mayor cantidad de dopamina ante la presencia de estímulos novedosos reforzantes, tales como los novedosos. Parece estar bastante aceptado que la búsqueda de novedad tiene un claro componente adaptativo especialmente en la adolescencia, ya que invita a la búsqueda de nuevas sensaciones más allá del núcleo familiar, y ayuda en la independencia como individuo. Por lo tanto, hay una relación directa con la toma de riesgos, ya que las personas que son altas buscadoras de sensaciones y los adolescentes son más propensos a tomar riesgos. Por tanto, es posible que la sorpresa haya tenido la función adaptativa de transformar en placentero aquello que resultase novedoso y de reducir la ansiedad en la toma de riesgos, cuando se trataba de investigar nuevos

2. Las Emociones

ambientes, los cuales podían estar llenos de nuevos recursos a la vez que de potenciales peligros.

A pesar de las recientes intenciones de reducir las emociones básicas de 6 a 4 (Jack et al., 2014), lo cual deberá seguir siendo investigado, todavía seguimos aceptando en la comunidad científica las 6 emociones básicas anteriormente mencionadas debido a cierto grado de universalidad e interculturalidad de sus respuestas frente a los mismos estímulos. Ahora bien, el ser humano puede reaccionar de esta forma también frente a estímulos no reales, como cuando anticipamos o imaginamos situaciones, o los relacionamos cognitivamente con otros estímulos. Por ejemplo, cuando leemos historias o vemos escenas visuales que nos trasladan a ciertas situaciones emocionales o recordamos sucesos emocionales pasados, nuestro cerebro tiene la capacidad de sentirlos como si estuviera viviéndolos en el presente.

2.2. Afectividad

El término "afectividad" es aquel genérico relacionado con el mundo de las emociones, y que englobaría todos los

procesos emocionales que vamos a describir a continuación. Además de las emociones básicas que hemos descrito, serían conceptos como los sentimientos, los estados de ánimo, rasgos emocionales, la ansiedad y el estrés (Schmidt-Aztert, 1985). Dentro de la esfera de la afectividad, la peculiaridad de cualquier experiencia afectiva sería la sensación subjetiva de placer o desagrado, es decir, si el individuo vive esa experiencia con una valencia positiva o negativa. Por tanto, es muy importante la valoración subjetiva de esa experiencia, el casi inseparable plano cognitivo de la emoción.

2.2.1. Sentimientos

Acorde a una dimensión de temporalidad, las emociones las podemos considerar como reacciones temporales que los individuos tienen ante eventos situacionales. Los sentimientos, en cambio, son más duraderos. Eso se debe a que están más ligados a la reflexión, y mediante la generalización, se formulan representaciones cognitivas del conjunto de reacciones emocionales. Cuando las emociones producen una reacción intensa en el nivel fisiológico y conllevan cambios de conducta

2. Las Emociones

inmediatos, los sentimientos los producen de forma más suave. Las emociones son experiencias vividas de forma intensa por un individuo aislado (a pesar de que todos los experimenten), lo que les confiere un carácter de intimidad. Los sentimientos son compartidos generalmente por grupos sociales, a causa del componente reflexivo que conllevan. Así pues, un individuo puede tener una emoción de alegría inmensa cuando su equipo preferido vence la final de una competición, y con el tiempo se genera un sentimiento de satisfacción entre los ciudadanos de ese país por la misma victoria.

2.2.2. Estados de ánimo

Al igual que ocurre con los sentimientos, los "Estados de Ánimo" se pueden entender como sinónimo de vivencia emocional, y, a diferencia de las emociones, presumen de un carácter con menor intensidad y de mayor duración. Cuando una emoción como la tristeza inunda a un individuo que ha sufrido una pérdida importante durante un tiempo y una intensidad más allá de la deseada, nos referimos a que la persona está bajo un estado de ánimo deprimido para aludir a la experiencia

emocional que está viviendo. Es más común que las personas seamos conscientes de nuestros estados emocionales que de nuestras emociones, debido a esta misma razón de temporalidad, La diferencia entre estados de ánimo y los sentimientos serían la individualidad o la colectividad de estos. Como hemos mencionado, los sentimientos tienen un carácter además de cognitivo, de representación general. En cambio los estados de ánimo son vividos subjetivamente en su intimidad.

2.2.3. Rasgos emocionales

Los rasgos emocionales suponen una forma de diferenciar los estados emocionales o del ánimo, de aquellos rasgos de personalidad que influyen en la forma emocional de vivir las propias experiencias. Mientras que los estados del ánimo son estados prolongados en el tiempo donde destaca la presencia de una emoción a causa de ciertos eventos, los rasgos emocionales son rasgos de personalidad que inducen esos estados emocionales independientemente de los eventos. Esto significa que hay características de ciertos individuos donde su forma de interpretar los sucesos están impregnados de ciertos

2. Las Emociones

sesgos que desembocan en ciertos estados emocionales. Así pues, una persona con un perfil perfeccionista puede tener estados de ánimo ansiosos por el hecho de que siempre interpreta los resultados de sus esfuerzos como insuficientes, puede tener problemas con sus relaciones sentimentales porque generalmente está insatisfecho, o tener problemas con sus compañeros de trabajo porque frecuentemente está enfadado. Como podemos observar, estas personas muestran una tendencia a manifestar elevados estados de ansiedad en múltiples situaciones, debido a sus características de personalidad. Esto nos abre la puerta a un tema sobre los sesgos cognitivos, que, a diferencia de cuestiones de rasgos de personalidad, implican procesos más valorativos acerca de cómo vivimos nuestras emociones, qué representación mental hacemos de ellas, qué tipo procesamiento de información relacionado con la situación activadora, cuanta atención le prestamos, y qué interpretación hacemos de ella. Todas ellas son variables cognitivas del procesamiento emocional que nos conduce a vivir subjetivamente las emociones de una forma determinada.

2.2.4. La ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante amenazas de diversa índole, tales como situaciones de alarma o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción solemos vivirla como una experiencia desagradable ya que nos avisa de la posible obtención de un resultado negativo para nuestros intereses. Esta posibilidad genera un estado de activación y preocupación en el momento en que pensamos en ella y la anticipamos. Realmente la ansiedad es una reacción adaptativa que nos dispone a dar una respuesta ajustada ante las demandas del ambiente, sobre todo en aquellas que son importantes para nosotros.

La ansiedad la podemos experimentar en multitud de situaciones. Por ejemplo, hablar en público es una situación que la valoramos como una amenaza, ya que está en juego nuestra imagen ante los demás. Sentir la evaluación de personas que consideramos importantes o simplemente ser el centro de atención produce la tendencia a experimentar ansiedad. En primer lugar, experimentar esta reacción es positivo, ya que nos prepara ayudando a movilizar recursos psicológicos y nuestra

2. Las Emociones

energía para ofrecer un buen rendimiento en nuestro objetivo de dar una buena imagen.

Sentir ansiedad nos alerta y nos activa en tres niveles, nuestro organismo (cuerpo), nuestros pensamientos (mente) y nuestra comportamiento (conducta). Sabiendo que esta diferenciación en tres niveles respondería a una visión dualista cartesiana (la mente no está en el cuerpo), lo cual está totalmente rechazada por la comunidad científica (Damasio, 2005), nos permitiremos estudiarlas de forma diferenciada para un mejor comprensión. Acordamos que estos tres niveles se experimentan como un todo en nuestro organismo.

En primer lugar, sentimos una activación de nuestro cuerpo, provocado por el sistema nervioso simpático, iniciando una cascada de reacciones fisiológicas. Se acelera nuestro corazón, la respiración y la musculatura se tensa, proporcionando más oxígeno al cerebro y a los músculos, preparándonos para luchar o huir. Se dilatan las pupilas, permitiéndonos percibir con más exactitud cualquier estímulo, el torrente sanguíneo moviliza recursos para permitir la curación

de cualquier herida que podamos sufrir, y el sudor elimina el exceso de calor muscular.

A continuación, en un segundo nivel, además de aumentar nuestra vigilancia y estado de alerta, pensamos más rápidamente para buscar soluciones inmediatas. Anticipamos posibles riesgos que podrían ser verdaderamente dañinos, lo que nos permite aumentar nuestra eficacia, agilidad y rendimiento en las tareas, gracias a la mejora de la concentración.

Finalmente, nuestra conducta se manifiesta veloz, claramente dirigida y enérgica. La inquietud y la tensión es visiblemente reconocible en quienes sufren un activación previamente descrita. Desde un punto de vista adaptativo, necesitamos pensar y actuar rápidamente en ciertas situaciones, por lo que requerimos un nivel óptimo de activación fisiológica y mental.

Sin esta activación que se exhibe en el plano fisiológico, en el plano de pensamiento (cognitivo) y en el plano de la conducta observable, sin esta sensación de alerta, no seríamos capaces de responder frente a las demandas del ambiente. Por consiguiente, al igual que el resto de las reacciones emocionales,

2. Las Emociones

la ansiedad es una reacción necesaria y útil para la supervivencia del individuo y por tanto para la especie.

Ahora bien, en algunas situaciones nos activamos sin una razón aparente que justifique un estado de ansiedad. Puede ocurrir incluso que algunas personas se asusten en un momento dado, a causa de sus propias reacciones de ansiedad, que no son en absoluto peligrosas para la salud, pues son reacciones naturales de nuestro organismo. Es aquí cuando aparecen los sesgos cognitivos, concretamente, el sesgo atencional y el sesgo interpretativo, que serían responsables de inducir estas reacciones desproporcionadas.

Puede ocurrir que en ciertos encuentros sociales nos sintamos ansiosos, ya que nuestra imagen está en juego, por lo que estaremos prestando una atención excesiva a nuestro propio comportamiento, probablemente interpretándolo de forma negativa. Si nos observamos y pensamos que nos estamos comportando de forma inapropiada, podemos prever que no conseguiremos lo que deseamos, y esa expectativa negativa nos aumentará la ansiedad. Si, además, creemos que los demás nos observan y que perciben nuestra inseguridad, también propiciará

un aumento de la inseguridad. Esta emoción tendrá la función de activarnos, preparar y movilizar recursos para dar una respuesta adecuada, pero es posible que no lo vivamos de esta forma, sino como una experiencia desagradable. Por lo tanto, la ansiedad tiene un cierto carácter recursivo o circular, es decir de retroalimentación: si repasamos nuestras preocupaciones, nos activamos más; si nos preocupa tener ansiedad, esta aumentará.

Un punto importante cuando estudiamos la ansiedad es diferenciarla del miedo, ya que a veces se utilizan como sinónimos en la literatura. La ansiedad es una emoción semejante al miedo pero difiere claramente de cuál es la situación o el estímulo que las desencadena. La ansiedad puede activarse por la posible aparición de una comunicación oral en público y generarnos una activación orgánica que puede ser percibida como desagradable por la posible amenaza a la imagen social, o por no obtener un resultado positivo. Mientras, la reacción de miedo estaría provocada por estímulos objetivamente peligrosos, como por ejemplo, aquellos que pueden poner en peligro la supervivencia. Al tratarse de estímulos que se diferencian en la naturaleza y cantidad de

2. Las Emociones

peligro objetivo que supone para el individuo, esto puede hacernos pensar que probablemente existan también diferencias de intensidad en el patrón de respuestas que predominan en una situación u otra. Resulta obvio pensar que la reacción ante una situación de peligro real (nos ataca un animal salvaje) debería ser diferente a la reacción ante una situación de amenaza a nuestra imagen social (tenemos que hablar en público).

Cierto es que las reacciones fisiológicas propias a reacciones ansiógenas o de miedo se deben a la misma reactividad del sistema nervioso autónomo y en particular de la amígdala. La diferencia respondería a que la amígdala es capaz de anular prácticamente los procesos cognitivos mientras que en la ansiedad esto no se da lugar. Esto se vería descrito con los siguientes ejemplos.

Imaginemos que se nos acerca un individuo corriendo con un cuchillo en la mano. La respuesta más adaptativa sería correr, defendernos o quedarnos paralizado. Esta respuesta de miedo no es voluntaria, no responde a una reflexión cognitiva de la amenaza del peligro. Nuestro cuerpo reacciona instintivamente y luego nos paramos a reflexionar si estábamos

en lo cierto o no. Esta respuesta se debe a, como hemos dicho, que la amígdala desconecta las regiones de la corteza cerebral encargadas de la reflexión y la valoración cognitiva. Es por tanto una respuesta de carácter involuntario, es nuestro cuerpo quien reacciona por nosotros.

Por otra parte, nos disponemos a hablar en público en una conferencia. Aquí existe una situación de resultado incierto o de amenaza capaz de provocarnos ansiedad, donde percibiríamos una reacción de incremento de nuestra activación. Nuestra amígdala puede activarse y generarnos esta sensación de ansiedad que podemos percibirla como desagradable, pero en ningún caso nuestra vida está en juego, por tanto no es una reacción de miedo. En estos casos, podemos re-valorar la situación de amenaza y adaptarnos a las exigencias que nos señala. Ciertamente es que podemos visualizar películas de terror y sentir miedo, aunque éste no sea real. Así mismo, en el caso de las fobias hay una reacción emocional de miedo asociado a un elemento ansiógeno. En estos casos sí hay una valoración cognitiva que genera miedo irracional a partir de ansiedad.

2. Las Emociones

Como conclusión, la reacción de miedo recoge la conducta de lucha, huida o paralización, mientras que la ansiedad es una reacción que responde con un incremento de la activación fisiológica, cognitiva y conductual pero mucho menos intensa, con un componente reflexivo que permite la voluntariedad por parte del individuo en esa reacción amigdalina. También es cierto que en casos de ansiedad muy elevada como el pánico ésta termina por generar una reacción emocional de miedo, donde existe la respuesta de huida o paralización. En este caso, el pánico es una reacción de ansiedad ya que se compone de una valoración cognitiva negativa de gran amenaza provocada por un aprendizaje condicionado de miedo, pero no es miedo, es ansiedad muy elevada.

Otras diferencias que podemos encontrar en la literatura son los estudios acerca de las expresiones faciales de las emociones. La reacción de miedo es claramente una expresión característica universal mientras que la ansiedad no existe este tipo de expresión única. La reacción de miedo es una reacción que no se aprende por observación sino que responde a un carácter innato ya que responde situaciones que afectan a la

supervivencia. La ansiedad, a diferencia, se refleja en un mayor abanico de situaciones que suponen problemas de menor daño vital.

La psicología de la emoción ha evidenciado como algunas reacciones de miedo pueden dispararse a partir de estímulos condicionados, donde no es necesario elaboraciones cognitivas previas a la respuesta. Algunos estímulos incondicionados de peligro pueden provocar respuestas incondicionadas de miedo, aunque no hayan sido identificados plenamente. De nuevo es la amígdala la responsable de crear las asociaciones entre estímulos que pueden ser registrados como peligros para la supervivencia. Por otra parte, la ansiedad contiene un fuerte componente cognitivo en cuanto a valoración y elaboración de la amenaza.

Esta diferencia sería primordial a la hora de elegir la estrategia de reducción adecuada de cada tipo de respuesta. Mientras en la reacción de miedo condicionado sería suficiente con el uso de técnicas de exposición al estímulo temido de forma progresiva y bajo supervisión del individuo, la ansiedad sería sensible de ser tratada mediante una reestructuración

2. Las Emociones

cognitiva que disminuyera el sesgo atencional de la amenaza, posibilitando sustituir la valoración de amenaza por una valoración de desafío. Utilizar la exposición posterior a la amenaza es otra estrategia que permite reducir los sesgos cognitivos. Como podemos deducir, la reacción de miedo condicionado y la ansiedad recibirían tratamientos diferenciados acorde a su naturaleza. En la primera, basándonos en el condicionamiento directo y la otra basada en el manejo de la ansiedad, utilizando reestructuración cognitiva y estrategias de relajación.

2.2.5. El estrés

No podemos entender el estrés sin las reacciones emocionales. Ambas son procesos naturales que preparan al individuo para adaptarse a las demandas del ambiente. Mientras las reacciones emocionales son puntuales, el estrés tiene un carácter temporal más prolongado. El estrés nos permite activarnos frente a las demandas del contexto cuando no disponemos de recursos suficientes para satisfacer las necesidades concretas de este, generando estrategias nuevas de

forma más intensa y durante un tiempo prolongado mayor para alcanzar los objetivos. Un ejemplo serían cambios recientes en el contexto laboral. La empresa para la que trabajamos ha sufrido una reducción de personal pero con exigencias de rendimiento no menor de la situación anterior, afectándonos a nuestra calidad laboral y, por tanto, a nuestro bienestar. Nuestro cuerpo sufriría un estrés más intenso, ya que deberíamos satisfacer demandas más elevadas, posiblemente debamos hacer tareas a las que no estábamos acostumbrados. Posiblemente debamos prestar más atención y ejercer más concentración en nuevas tareas que nos resultan más difíciles dada nuestra inexperiencia. Es posible que esta situación nos genere emociones negativas o al contrario, nos produzca emociones positivas. En el caso de que anticipásemos posibles consecuencias negativas podría estresarnos y experimentar esta situación de forma desagradable. Pero si la expectativa fuese orientada a la consecución de resultados muy apreciados, tanto interiormente como exteriormente, podrían aparecer emociones como la alegría, la satisfacción o el orgullo.

2. Las Emociones

Esta situación podría extenderse en el tiempo por razones varias, y aun siendo cierto que el estrés sería necesario para activarnos y adaptarnos a esta nueva situación, no podemos mantenerla de forma indefinida, pues podría acabar por cansarnos emocionalmente hasta llegar a agotarnos y generarnos enfermedades. Después de gastar recursos de nuestro organismo es necesario tener tiempo para poder alimentarnos con calidad, dormir y descansar, volviendo a situaciones de menor demanda externa que permita nuestra recuperación. Las personas que sufren de estrés pueden presentar mayores niveles de ansiedad, irritabilidad y en aquellos procesos más largos de tiempo estados emocionales de tristeza e incluso depresión.

Resumiendo, el mundo de las emociones es un mundo complejo, donde se mezclan reacciones automáticas individuales en diferentes planos, como son el fisiológico, cognitivo y conductual. Según su intensidad y duración podemos hablar de las 6 emociones básicas o de estados emocionales, que son aquellos estados donde predomina una emoción con elevada intensidad en un periodo temporal más extenso. A su vez, la interacción con otros genera la esfera de la afectividad y los

sentimientos, donde éstas cobran significado social tras una valoración cognitiva.

Sin duda alguna, las emociones son reacciones que nos ayudan a adaptarnos a las demandas del ambiente, ya sean agradables o desagradables. La ansiedad, por ejemplo es una reacción de activación en los diferentes planos que nos motiva a actuar, dirigiéndonos a metas, generando estrategias para conseguirlas. En periodos temporales más prolongados, aparece el estrés, a su vez, en sus diferentes planos. Son por tanto reacciones cargadas de emoción que nos sirven para sobrevivir.

Ahora bien, hay momentos en que los estados emocionales dejan de servirnos para adaptarnos al ambiente, perdiendo su función de utilidad. Es aquí cuando aparecen los DE, que son aquellos estados emocionales donde predominan emociones desagradables con una alta intensidad y por un periodo temporal prolongando que termina por interferir en el plano individual, social y laboral del individuo. Este será el contenido del siguiente capítulo.

3. Los Desórdenes Emocionales

Como ya hemos comentado, las emociones, sean más o menos agradables, cumplen una función evolutiva, preparando y permitiendo adaptarnos a las demandas del ambiente. Las emociones, a su vez, pueden cruzar la línea de su razón existencial y convertirse en desadaptativas, transformándose en DE de diverso calibre. Los DE son procesos en los que el nivel de intensidad y duración de las emociones interfieren en el funcionamiento normal de la vida (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, & Wood, 2011). Entre los DE se incluyen los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos somatomorfos, así como los trastornos adaptativos de tipo ansioso, depresivo o mixto (Cano-Vindel, 2011a). Frecuentemente van asociados con factores psicosociales y estrés, presentan una sensación de emocionalidad negativa muy elevada, y son muy frecuentes en Atención Primaria de los centros de Salud de Europa en general y de España en particular. El concepto de DE, que viene del término inglés *Emotional Disorders* se referiría a trastornos emocionales, a los que

3. Los Desórdenes Emocionales

concebimos como aquellos trastornos mentales anteriormente descritos, de carácter leve, moderado. Son aquellos procesos donde se da la presencia de sintomatología emocional, ya sea ansiosa, depresiva, mixta o con somatizaciones, que es muy intensa, que se mantiene en un tiempo prolongado e interfiere en la vida diaria sin llegar a presentar un trastorno mental o emocional grave (Cano-Vindel, 2011a).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos del estado del ánimo son el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), los trastornos distímicos y los trastornos bipolares, donde fluctúan episodios depresivos con episodios hipomaníacos o maníacos, con el trastorno ciclotímico en su versión menos intensa. Los trastornos de ansiedad comprenden el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno de Pánico (TP) con o sin agorafobia, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el Trastorno por Estrés Agudo (TEA), la Fobia Social (FS) y la Fobia simple (F). En cuanto a los trastornos somatomorfos, se dan en pacientes que sufren diferentes molestias físicas sin explicación biológica y que suelen ser producidos por problemas de salud mental.

Hallamos el Trastorno por Somatización (TS), el Trastorno de Conversión (TC), la Hipocondría (HI), el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y el Trastorno Por Dolor (TPD). Finalmente, los trastornos adaptativos son respuestas emocionales intensas y desproporcionadas a eventos estresantes que pueden cursar con depresión, ansiedad, mixtos de ambos, alteraciones del comportamiento o alteraciones mixtas de las emociones y del comportamiento (APA, 2000).

La trastornos del estado del ánimo y los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales que se presentan con más frecuencia en la población europea, según estudios epidemiológicos de los problemas de salud mental como el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD), un estudio promovido por la OMS en seis países europeos (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) (Alonso et al., 2004). Según este estudio, la prevalencia de cualquier tipo de trastorno mental, trastorno del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, o trastorno por abuso de alcohol es del 25%, 14%, 13.6% y 5.2%, respectivamente. En cuanto a la prevalencia de los últimos meses es de 9.6%, 4.2%, 6.4%, y 1%.

3. Los Desórdenes Emocionales

3.1. Los costes de los desórdenes emocionales

A nivel mundial, todos los trastornos mentales generan un gran malestar social. La OMS anunció en su Proyecto Atlas 2001 que los trastornos mentales serían los responsables de la mayor carga económica y social de todos los países del Mundo en el año 2020 (WHO, 2001) y solo la depresión una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Mathers & Loncar, 2006). Estos trastornos originan un gran sufrimiento por aquellos que lo padecen. Generan grandes costes económicos; ya sean en costes directos, entendidos como el coste sanitario para abordar el tratamiento; como en costes indirectos, entendidos como las pérdidas por productividad, días laborables perdidos y bajas laborables. Ya en estudios del año 2001, se mostraba que la carga de los trastornos mentales por años de discapacidad vida era del 13% y estaba por encima de enfermedades tales como traumatismos y heridas, con un 12%, o el VIH/SIDA de un 6%. Como media mundial, la carga era mucho mayor que el promedio del porcentaje que se destina a salud mental del presupuesto total de salud, un 13% frente a un 2% (WHO, 2001).

Actualmente en Europa, cerca del 38% de la población sufre un trastorno mental, ya sean de carácter leve, moderado o grave (Wittchen et al., 2011). Algunos estudios como la ESEMeD han mostrado que la prevalencia anual de DE como ansiedad, depresión y somatizaciones en la población llega a ser de 6.2%, 4.4% y 14.7% (Haro et al., 2006). Un estudio realizado en Canadá mostró con 840 pacientes evaluados en centros de AP canadienses que la prevalencia anual de trastornos como TDM, TP, TAG y ansiedad social era de 27.2%, 12.6%, 31.2%, y 16.5%, respectivamente (Vermani, Marcus, & Katzman, 2011).

Solo la depresión genera un total de 161 billones de euros de pérdidas al año en Europa, de los cuales el 61% corresponde a los costes indirectos, el 36% a costes directos y el 3% a la mortalidad (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2008). Muñoz, Medina-Mora, Borges, & Zambrano (2007) afirmaron que la depresión ocasionaba una media de 25'5 días perdidos al año, mientras que el TP sin agorafobia 20, el TP con agorafobia 18, el TEPT 14, el TAG 9.5 y la FS 5, por lo que los trastornos de ansiedad generan una pérdida total de 58'5 días de trabajo.

3. Los Desórdenes Emocionales

En España la situación es semejante, incluso más pronunciada. Los trastornos mentales afectan a una gran parte de la población y generan una carga mayor que las enfermedades físicas (Kessler et al., 2009). Un estudio realizado en Cataluña mostró que el coste de la depresión en el año 2006 era de 735.4 millones de euros. El 21.2% del total correspondía a los costes directos, con un total de 155 millones de euros de coste donde la suma de 101,1 millones de euros, correspondiente a un 13.7% de este 21.2% era el destinado a la prescripción farmacológica. En cuanto a los costes indirectos, aumentaban al total del 583,5 millones de euros, un 78.8% de los costes totales (Salvador-Carulla et al., 2011). Se estima que el total del coste por paciente que sufre de depresión es de 3.042,45 euros al año (Valladares et al., 2008). Otro estudio que evalúa el coste del TAG mostraba que el coste de los pacientes con el trastorno era mucho mayor que los que no lo padecían (7.739 euros vs. 2.609 euros). De nuevo, el total de los costes indirectos recaía en un 75% del total (Rovira et al., 2012). Como podemos observar, el coste de estos pacientes es mucho mayor que el del gasto medio sanitario por habitante, que tal y como describe la OCDE es de unos 1.713,5

euros (Casajuana & Romea, 2009). Recientemente, Parés-Badell et al., (2014) han publicado un trabajo afirmando que los costes de trastornos neurológicos y mentales en España son equivalentes al 8% del PIB español, una cantidad realmente elevada. El 55% de total corresponde a los problemas de salud mental, correspondiendo a 46.000 millones de euros de costes sociales mientras que los trastornos neurológicos corresponden a 38.000 millones de euros.

Esto nos muestra no solo que los costes sociales y económicos de los DE son enormes, sino que la mayor parte de los costes se los llevan los indirectos, que, como ya hemos comentado, corresponden a las pérdidas de productividad por días laborables perdidos y bajas laborables. Por otra parte, los costes directos en España están básicamente destinados a gasto farmacológico. Sicras Mainar et al., (2007) publicaron un estudio donde mostraron que el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales llegaba a ser el 62% del 72'8% de estos costes. Sin duda, los costes de los DE son enormes, y el tratamiento para los DE no es el adecuado, tanto en los servicios de AP, como en centros especializados.

3.2. Los psicólogos clínicos en el sistema público de salud

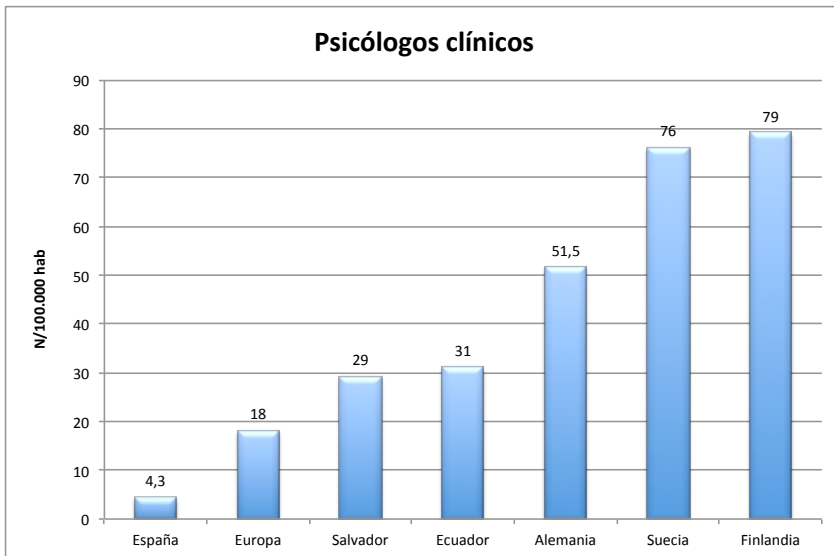
Parece obvio que la gran mayoría de costes directos del sistema público de salud se destinen a tratamiento farmacológico. Cuando observamos el número de recursos humanos especializados para tratar los problemas de salud mental y desórdenes emocionales dentro de él, observamos que es insuficiente para satisfacer la enorme demanda, sobre todo en el caso de psicólogos clínicos.

El *Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* lleva desde el 2005 ofreciendo un registro de cuál es el número aproximado de psicólogos clínicos en la cartera de servicios del sistema público de salud, además de otros profesionales. En el año 2005 disponíamos de 4'3 psicólogos por cada 100.000 habitantes, lo que suponía un número de cerca de 1.890 psicólogos clínicos (Sánchez, 2007). Más recientemente, se ha actualizado la relación con datos del 2010 que indica una ratio de 4'42 psicólogos con cerca de 2.120 psicólogos clínicos (Estévez, 2011). Parece obvio que estos servicios se caractericen por la saturación asistencial y que sea escaso el tiempo que se puede dedicar a los pacientes en los

dispositivos asistenciales sanitarios públicos. Además, según algunos autores, es complicado ofrecer un buen sistema de formación a los residentes dada la ausencia de propios psicólogos en las Unidades de Psiquiatría que puedan ejercer labores de supervisión con niveles de calidad adecuados (Ortega, Ochando, Cueto, & Buela-Casal, 2003).

Como podemos observar en la gráfica 1, el número de psicólogos por habitantes es muy bajo, no solo comparándolo con países de altos ingresos europeos, sino también con otros países en vías de desarrollo, como Ecuador o El Salvador. La media europea es de 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes, España cuenta con sólo con 4'3 y Alemania con 51'5. Suecia cuenta con 76 psicólogos y Finlandia con 79 por cada 100.000 habitantes. Más aun, el Salvador y Ecuador, tienen 31 y 29 psicólogos por cada 100.000 habitantes, respectivamente, en sus sistemas sanitarios nacionales (WHO, 2005). Todo esto sigue mostrando como en España hay una ausencia clara de conciencia de la necesidad del profesional de la psicología dentro del sistema sanitario público español.

3. Los Desórdenes Emocionales



Gráfica 1: Ratio de Psicólogos/100.habitantes en diferentes países (WHO, 2005)

La única forma de que un psicólogo acceda al sistema público de salud es mediante la obtención del título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica, del cual sabemos que sólo unos 7.000 psicólogos en toda España disponen de él. Las plazas que se ofertan cada año para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica mediante la vía de Psicólogo Interno Residente (P.I.R.) es el de mayor ratio. En el año 2011-2012 se ofertaron 136 plazas, un ratio de 22'9 solicitantes por plaza. En la convocatoria 2012-2013 fueron 141 plazas, con un ratio 26'1, y

la más reciente del 2014-2015 será de 127 plazas con un ratio de 30'1 (MSSI, 2014). Esta realidad muestra que la oferta de formación de especialistas así como su contratación es insuficiente para poder atender la demanda de tratamientos psicológicos que requiere la sociedad española.

Sabiendo que la media europea es de 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes, sería necesaria una incorporación a las filas del Sistema Nacional de Salud (SNS) público de unos 8.100 psicólogos. La Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo aprobó en el 2010 un Informe elaborado por la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el SNS público (BOE, 2010). En él se reconocía que se necesitaban, al menos, 7.200 psicólogos en nuestro SNS, y que había que aumentar las plazas de formación de especialistas y, para ello, estudiar cómo realizar ese aumento. Según nuestra opinión, el estado español no ha tomado esta situación con la seriedad que merece. Sabemos que alcanzar el número de 18 psicólogos/100.000 habitantes no es un número muy adecuado para hacer frente a las difíciles previsiones que recogía la OMS en su *“Informe sobre Salud Mental en el Mundo, 2001”*. Llegar

3. Los Desórdenes Emocionales

a una ratio como la de Alemania, la cual es elevada en comparación con la media española o a la media europea, aun siendo insuficiente según la OMS, supondría la inserción de cerca de 20.610 psicólogos en el SNS. Y podríamos seguir sumando hasta llegar al número de países como Suecia o Finlandia.

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

La AP es donde aparecen la gran mayoría de los trastornos mentales, al ser la puerta de entrada al Sistema Sanitario Público Español. Los DE en AP están mal diagnosticados, no reciben en un gran porcentaje el tratamiento mínimamente adecuado, presentan una alta tasa de abandono y de recaídas, son hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios, presentan una alta comorbilidad y tienden a cronificarse, generando una gran carga social, económica y sufrimiento emocional en quienes los padecen (Cano-Vindel, 2011b).

Según la metodología diagnóstica utilizada, la prevalencia de los trastornos mentales en AP durante los 12 últimos meses puede fluctuar entre el 30.2%, cuando se utiliza una entrevista diagnóstica como la *Structured Clinical Interview Mental Disorders for DSM-IV axis I* (SCID-I) (Serrano-Blanco et al., 2010), o un 53.6% utilizando una prueba de cribado como el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (Baca-Baldomero et al., 1999). En cuanto a los DE, su prevalencia anual en AP llega a ser del 49.2%, situándose como los trastornos más frecuentes en España, donde la prevalencia en

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

los últimos doce meses para los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, y somatoformes fue de 35.8%, 25.6% y 28.8% respectivamente (Roca et al., 2009). Esta prevalencia anual se ha visto aumentada de manera significativa tras los efectos de la crisis española (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013) reforzando la idea de que los DE están estrechamente relacionados con factores psicosociales como el desempleo, el estrés laboral y problemas familiares.

4.1. La depresión en AP

La depresión atendida en AP va siempre asociada de una alta comorbilidad, con presencia de otros problemas físicos y/o somáticos, otros problemas psicológicos como trastornos de ansiedad o trastornos relacionados por alcohol. Son hiperfrecuentadores de los servicios de AP y suele afectar mayormente a mujeres (Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil, & Latorre, 2012).

En España la prevalencia año de depresión en AP se detecta cerca de entre el 9.6% y el 20.2%, dependiendo de si se utiliza una prueba de cribado o entrevista diagnóstica (Cano-

Vindel et al., 2012), tal y como antes mencionamos. Otros estudios muestran que la prevalencia general de la depresión se posicionó en España en un 4.0%, con una prevalencia vida de un 10.5% (Haro et al., 2006), así como Alonso et al., (2004) que reportaron resultados bastante semejantes, con una prevalencia anual de 3.9% y prevalencia vida de 12.8%. Mitchell et al., (2009) realizaron algunos años más tarde un meta-análisis con una muestra de 50.371 participantes de 41 estudios de diferentes países sobre la prevalencia anual de la depresión en centros de AP. Observaron una prevalencia media del 19.5%, aunque con notables diferencias de prevalencias entre los diferentes países.

Como hemos mencionado, el tipo de herramientas diagnósticas utilizadas para la evaluación y el diagnóstico, ya sean pruebas de cribado y autoinforme, o entrevistas diagnósticas estructuradas, influye directamente en que la prevalencia por año de la depresión en los centros de AP españoles oscile entre el 9.6% y el 20.2%. Serrano-Blanco et al., (2010) encontraron un 9.6% de prevalencia anual al utilizar la SCID-I, una entrevista diagnóstica estructurada basada en el DSM-IV, mientras que King et al., (2008) utilizaron la CIDI, la

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

entrevista estructurada de la OMS, encontrando un 16.3% de prevalencia por año. Otros autores, encontraron prevalencias en los últimos 12 meses que van desde el 14%, al 20.2% cuando utilizan escalas de cribado y autoinforme (Aragonés et al., 2004; Caballero et al., 2008; Gabarrón et al., 2002).

La depresión suele ser pobremente diagnosticada. Sabemos que el diagnóstico de la depresión sufre de dos dificultades: el infradiagnóstico y el sobrediagnóstico (Cano-Vindel et al., 2012). El primer caso se refiere a aquellos casos en los que pacientes que sufren de depresión pero no son diagnosticados como tal, dando lugar a falsos negativos. El otro término se refiere cuando sí se diagnostica de depresión cuando la persona no la padece, ocasionando la aparición de falsos positivos. No diagnosticar correctamente dificulta proporcionar el tratamiento adecuado a aquellos pacientes que lo necesitan. Mejorar los métodos de evaluación y diagnóstico serían determinantes para incrementar su detección, derivación y tratamiento posterior. A su vez, se mejoraría la eficiencia de los centros de AP y del sistema público en general.

4.2. Los trastornos de ansiedad en AP

Según la ESEMeD, la prevalencia vida en España de cualquier trastorno de ansiedad es de 13.6%, y la prevalencia año de 4.2%. Los trastornos de ansiedad más comunes en AP son el TAG, la FS, la F, el TEPT, la agorafobia y el TP. La prevalencia vida es de 2.8%, 2.4%, 7.7%, 1.9%, 0.9%, y 2.1%, y la prevalencia en los 12 últimos meses es de 1%, 1.2%, 3.5%, 0.9%, 0.4% y 0.8%, respectivamente (Alonso et al., 2004).

Según García-Campayo, Caballero, Pérez, y López, (2012), pacientes que sufrían TAG en los centros de AP españoles presentaban una elevada comorbilidad con otro tipo de trastornos psicológicos tales como ansiedad social, depresión, fobias, TP o TOC en un 37%, 19.1%, 14%, 10.7% y 8%, respectivamente, así como con problemas físicos tales como dolor crónico, trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares y diabetes en un 83.9%, 34%, 17.3% y 14%. Además, mostraban una baja calidad del sueño, con una elevada latencia en su conciliación, y solo un 16.2% reportaron la sensación de un sueño reparador, junto con un registro importante de alteraciones del sueño. De nuevo, los pacientes

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

con TAG ocasionaron un elevado absentismo laboral y muchos días laborables trabajados con sintomatología de ansiedad o dolor. Además, utilizaban más los servicios sanitarios.

El TP en España se muestra con una prevalencia año de 0.6% en toda la población general, mientras que se presenta en un 7% de todos los usuarios de los centros de AP (Cano-Vindel, Wood, Dongil, & Latorre, 2011). La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad es muy alta (70%) y es de los más incapacitantes de todos. Según un meta-análisis de 12 estudios de población general en Europa, la prevalencia año es del 1.8% con un rango que oscila entre 0.7% y 3.1% (Wittchen & Jacobi, 2005). Mientras, en la ESEMeD, la prevalencia año en Europa fue de 0.8% y de 0.6% en España. En cuanto a la prevalencia vida en Europa fue de 2.1% y del 1.7% en España (Haro et al., 2006).

Sobre la prevalencia año en AP, según Baca Baldomero et al., (1999) encontraron un 2.2% mediante la prueba del PRIME-MD. Recientemente se han realizado otros estudios en países europeos utilizando pruebas como el PHQ (Spitzer et al., 1999) donde la prevalencia año del trastorno aumentaba a un 9%

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

en España. Este trastorno se presenta en mayor medida en mujeres, con una prevalencia anual de 11,6, mientras que en hombres es del 5,9%. Otro estudio en España utilizando el PRIME-MD se obtuvo una prevalencia año de 9.7%, con un 11.5% para mujeres y un 6.8% en hombres (Roca et al., 2009). Cuando se han utilizado entrevistas diagnósticas se han encontrado valores ligeramente menores, como en el estudio de Serrano-Blanco et al., (2010), con una prevalencia vida de 8.8% y actual de 7%, con 3.9% y 8.8% para hombres y mujeres. De nuevo las mujeres son las que más se muestran afectadas, y parece que estos valores parecen coincidir con datos de otros países como los hallados en EE.UU. (Cano-Vindel et al., 2011).

El TP se asocia, al igual que otros trastornos de ansiedad, con problemas físicos como problemas digestivos, hipertensión, riesgo cardiovascular, cefaleas, cardiopatías, trastornos músculo-esqueléticos y, como no, trastornos psicológicos, donde se observan con mayor frecuencia la depresión, la fobia social y una mayor tasa de suicidios (Cano-Vindel et al., 2011).

Otros trastornos de ansiedad como la ansiedad social se ha observado prevalente en los centros de AP con un 7%, y con

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

una elevada comorbilidad asociándose a depresión (58.3%), TP (27.8%) y TAG (30.6%) (Stein, McQuaid, Laffaye, & McCahill, 1999). Serrano-Blanco et al., (2010) hallaron la presencia de un 1.99% en prevalencia vida y anual de 1.90%. En cuanto a la fobia específica, la agorafobia y el TOC, la prevalencia actual fue de 6.65%, 3.48% y 0.61%. Por otra parte, TEPT, se ha encontrado una prevalencia año del 11.8%, con comorbilidad de TDM, TAG, FS, TP y abuso de sustancias en 61%, 39%, 17% y 6% de los casos, respectivamente (Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, & McCahill, (2000).

4.3. Los trastornos somatomorfos en AP

Como hemos mencionado, los trastornos somatomorfos son aquellas molestias físicas sin explicación biológica y que tienen en origen un trastorno psicológico. Hallamos el TS, el trastorno de conversión, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno por dolor. Un estudio con muestra holandesa observó una prevalencia año de 16.1% de trastornos somatomorfos en centros de AP holandeses (de Waal, Arnold, Eekhof, & van Hemert, 2004). La comorbilidad con otros DE

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

como ansiedad y depresión fue del 4% y del 5.5%, respectivamente, donde la mitad de los pacientes que sufrían este tipo de DE cumplían un diagnóstico de trastorno somatomorfo. También en centros de AP de Dinamarca se recogió la presencia de un total de 22.3% hasta un 30.3%, dependiendo de diferentes pruebas (Fink, Sorensen, Engberg, Holm, & Munk, 1999). Estos resultados son semejantes a otro estudio realizado en Alemania, donde del total de pacientes de AP, un 22.8% presentaba un trastorno depresivo, con una comorbilidad con trastornos somatomorfos del 6.25% (Mergl et al, 2007).

Algunos estudios realizados en España sobre la prevalencia por año de trastornos somatomorfos en centros de AP revelan la presencia de un 21.3% de pacientes que sufren de cualquier trastorno por somatización (García-Campayo, Lobo, Pérez-Echevarría, & Campos, 1998). Más recientemente se ha realizado un estudio con una amplia muestra de 7.396 pacientes de AP, mostrando que un 28.8% del total cumplía criterios diagnósticos de un trastorno somatomorfo. El 11.5% sufría comorbilidad de este trastorno junto con trastornos del estado

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

del ánimo y trastornos de ansiedad, que se presentaban en un 35.8% y un 25.6%, respectivamente (Gili et al., 2010).

Los pacientes que sufren somatizaciones tienden a presentar una mayor cronicidad, mayor fatiga, mayor uso de recursos sanitarios y más bajas laborales. (De Wall et al., 2004; Fink et al., 1999; García-Campayo et al., 1998; Gili et al., 2010; Mergl et al, 2007; Rodríguez-López et al, 2005). Una buena cantidad de ellos presentan las somatizaciones mucho antes de que sean diagnosticados de cualquier tipo de trastorno mental. Por tanto, disponer de pruebas diagnósticas eficaces que permitan una detección rápida serviría para mejorar el diagnóstico de otros trastornos psicológicos, así como el acceso a un tratamiento adecuado (Cano-Vindel, 2011b).

4.4. Los trastornos adaptativos en AP

Los trastornos adaptativos, de carácter depresivo, ansioso o mixto también muestran una elevada prevalencia anual en centros de AP. Casey (2009) afirma que estos oscilan entre un 11% y un 18%, mientras que en consultas psiquiátricas van desde un 10% a un 35%. Algunos estudios han reportado unas

tasas más bajas, oscilando entre un 1% hasta un 18%. Parece ser que donde se observa una mayor presencia de trastornos adaptativos es en pacientes oncológicos, hematológicos (19.4%) y en cuidados paliativos (15.4%), según un reciente meta-análisis (Mitchell et al., 2011). Diversos autores justifican esta variabilidad entre la prevalencia del trastorno adaptativo apelando a la escasez de claridad en la diferenciación de este trastorno y el trastorno depresivo o trastornos de ansiedad, y por la falta de instrumentos de evaluación adecuados (Carta, Balestrieri, Murru, & Hardoy, 2009; Casey, 2009). Un reciente estudio realizado en Cataluña sobre la prevalencia año de los trastornos adaptativos en 77 centros de AP usando una muestra de 3815 pacientes, ha mostrado una prevalencia de 2.94% cuando se utilizó la entrevista diagnóstica SCID-I (Fernández et al., 2012).

Parece ser que los pacientes con trastornos adaptativos muestran una mejor salud mental que los pacientes con trastornos mentales, pero menor que la población general (Fernández et al., 2012). Además muestran una elevada asociación con emocionalidad negativa y otros trastornos de

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

ansiedad o depresivos (Cano-Vindel, 2011a), manifestando comorbilidad significativa con abuso de sustancias o riesgo de suicidio (Carta et al., 2009).

4.5. El tratamiento de los DE en AP

A pesar de la notable presencia de DE en AP, las personas afectadas por estos problemas de salud mental apenas reciben un tratamiento adecuado (Cano-Vindel, 2011b). Cerca del 60% de personas que sufren un trastorno mental acuden a los servicios de AP, siendo atendidos por sus médicos de AP. Como hemos comentado, la escasa presencia de psicólogos clínicos en el sistema sanitario público español y la nula de estos en los servicios de AP impide que los pacientes con problemas de salud mental reciban un tratamiento psicológico en AP, mientras que sólo un pequeño porcentaje lo recibe en centros de Atención Especializada de Salud Mental. Según Fernández et al., (2006), es muy escasa la población con DE que recibe un tratamiento mínimamente adecuado, siendo del 30,5% en centros de AP y un 31,8% en centros especializados, de los cuales sólo un 10,8% es un tratamiento psicológico. Otro estudio afirma que, del total

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

de los trastornos mentales, un 39% no obtiene atención psicológica basada en la evidencia, un 33% recibe únicamente tratamiento farmacoterapéutico, un 27.1% recibe tratamiento psicológico combinado con farmacológico, y del total de pacientes afectados por trastornos de ansiedad en el último año, solo lo obtienen cerca de un 0.9%. (Codony et al., 2007).

Existe literatura acerca de deficiencias en los MAPs sobre la formación y abordaje de los problemas de salud mental, en materia de evaluación, derivación, tratamiento, así como herramientas psicoterapéuticas que afronten estas patologías (Latorre et al., 2012; Moreno & Moriana, 2012). La ausencia de psicólogos clínicos en el sistema sanitario público que ya hemos comentado, tanto en AP como en especializada, provoca un elevado consumo de fármacos psicotrópicos en la población española (Codony et al., 2007). España consume un total de 2.3 veces más que países como Holanda, con una prevalencia del 16% en el último año (Alonso et al., 2004). Este coste alcanza, según algunos estudios de cerca de 800 millones de euros en ansiolíticos y antidepresivos, con un consumo anual medio de dos envases por adulto. No obstante, la evidencia de

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

tratamientos psicológicos es amplia, tal y como muestra la guía elaborada por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), basada en una revisión exhaustiva sobre la evidencia de los tratamientos sobre la ansiedad y la depresión, y que recomienda la implementación de programas de tratamiento psicológico en los centros de AP (NICE, 2011).

Otros países han realizado este tipo de programas. En el Reino Unido, desde el año 2007, *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group*, la Facultad de Economía de Londres publicó el *Depression Report* (Layard, 2006). En este informe se puso de manifiesto la necesidad de implementar la guía creada por el NICE, además de aportar datos económicos en términos monetarios sobre el ahorro que ocasionaría ofrecer un servicio de psicoterapia de alta calidad a todas las personas que padecían este tipo de enfermedad.

Según sus estimaciones, la población que padecía o padecerá estos trastornos no es reducida: 1 de cada 4 personas será diagnosticada de depresión o ansiedad crónica y tan sólo 1 de cada 6 de estas personas diagnosticadas recibirá algún tipo de tratamiento. Además, estos trastornos incapacitan para el

ejercicio laboral, por lo que perciben algún tipo de ayuda económica. La prestación mensual por incapacidad laboral era de 750 libras, el mismo coste que le supondría al Gobierno Británico ofrecer tratamiento psicológico. Por tanto, iniciaron el proyecto “*Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*”, de 7 años de duración, con el objetivo de insertar 10.000 terapeutas en el Sistema Sanitario. De estos 10.000, 5.000 serían psicólogos clínicos y el resto psicoterapeutas.

Previamente, realizaron un estudio piloto en los centros de AP de las poblaciones de Doncaster y New Ham (Londres) donde se aplicaron tratamientos psicológicos de baja intensidad para trastornos de ansiedad y depresiones leves y moderadas. Se observaron unas tasas de recuperación del 76% para la depresión y 74% para la ansiedad, alcanzándose tamaños del efecto de 1,41 y del 1,3, respectivamente (Clark et al., 2009).

Recientemente ha aparecido el primer trabajo sobre relación de coste-efectividad del Proyecto IAPT (Radhakrishnan et al., 2013) afirmando que el tratamiento sigue siendo igual de efectivo que cuando se realizaron los estudios publicados en el 2009. En cuanto al coste se ha observado en los resultados que,

4. Los Desórdenes Emocionales en Atención Primaria

a pesar de que el coste por sesión excedía las estimaciones previas, éstas solo fueron marginales. Por tanto se cumplían las expectativas previas del *Depression Report* dando apoyo a la coste-eficacia de aplicar tratamientos psicológicos en los centros de AP del Sistema Nacional Británico de Salud.

Cabe mencionar que otros países como Estados Unidos, Australia o Noruega han seguido el camino del proyecto IAPT del Reino Unido con los mismos resultados positivos. En Estados Unidos se ha implantado recientemente el Programa CALM (*Coordinated Anxiety Learning and Management*) siguiendo la línea del Proyecto IAPT del Reino Unido. Este programa proporciona terapias psicológicas basadas en la evidencia en centros de Atención Primaria para los 4 tipos de trastornos de ansiedad más comunes, el TP, el TAG, la ansiedad social y el TEPT. Este programa ha permitido la implementación de una modalidad de tratamiento de elección entre la terapia cognitivo-conductual, la terapia farmacológica o la combinación de ambas con muy buenos resultados. Se observó que los pacientes tratados mostraron una gran mejoría en síntomas de ansiedad y depresión, discapacidad funcional y

calidad de vida en los siguientes 18 meses después del tratamiento (Roy-Byrne et al., 2010). Resultados semejantes se han podido extraer de la implantación de programas adaptados en Australia (Pirkis et al., 2011) o Noruega (Aakhus et al., 2014). Tras investigaciones acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos en AP por psicólogos, los sistemas públicos de sanidad de dichos países están recibiendo financiación en la contratación de psicólogos. Esta inversión propicia un aumento en la efectividad del tratamiento y mejora de la salud de los pacientes frente a un ahorro en costes directos e indirectos, mejorando la eficiencia.

Seguir los pasos de estos países e implementar programas de acceso a terapias psicológicas de los DE, donde haya una mejor detección, diagnóstico, derivación y tratamiento adecuado, es un objetivo de primera necesidad para el sistema sanitario público, la economía del país y el bienestar de la población.

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

En España no se ha iniciado ningún programa semejante a los implementados en estos otros países que permita dar tratamiento psicológico basado en la evidencia para tratar trastornos mentales comunes. El ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria, es un proyecto piloto para tratar los DE en AP con técnicas psicológicas basadas en la evidencia mediante un ensayo controlado aleatorizado que pretende seguir los pasos de estos proyectos internacionales. El objetivo de PsicAP es iniciar en nuestro país un proyecto de diseminación de los tratamientos que recomiendan la guías clínicas internacionales (NICE, 2011) para DE en el ámbito de AP, desarrollando un estudio piloto que evalúe un manual de tratamiento psicológico basado en la evidencia para los DE en AP, a través de un ensayo controlado aleatorizado de dos grupos paralelos. El programa seguirá los principios de la atención escalonada (*stepped care*) y colaborativa (distintos especialistas y tratamientos), con enfoque transdiagnóstico (similar intervención en diferentes DE), en formato grupal, apoyado en el papel activo del paciente y las nuevas tecnologías de la información, basado en la aplicación de

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

las técnicas CC con evidencia empírica (NICE, 2011) y el entrenamiento en autorregulación cognitivo-emocional que puede mostrar mayor coste-eficacia en AP (Cano-Vindel, 2011b).

El ensayo PsicAP es un ensayo clínico que propone un enfoque sobre los DE basado en problemas de regulación emocional (elevados sesgos cognitivos y aprendizaje emocional desadaptado), que defiende la posibilidad de hacer reversibles estos procesos cognitivo-emocionales que han llevado al desorden, usando procedimientos de tratamientos cognitivo-conductuales, especialmente reestructuración cognitiva y exposición, que ayudarían a recuperar la regulación emocional con mayor eficacia que el tratamiento convencional de AP, principalmente farmacológico. Las bases teóricas de las técnicas psicológicas propuestas se basan en los principios de una correcta regulación emocional (Cano-Vindel, 2011b). Estos pueden ser resumidos en que los DE están asociados con estrés, presentan una alta emocionalidad negativa, carecen de información y habilidades para el manejo de las emociones, presentan sesgos cognitivos, errores y déficits en la regulación

emocional y aprendizaje emocional por condicionamiento directo que podrían ser revertidos mediante una disminución de los sesgos cognitivos y readaptando el aprendizaje emocional para el buen funcionamiento del individuo.

5.1. Diseño del ensayo

5.1.1. Descripción del tipo de ensayo

La Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y el Comité Ético de Investigación (CEIC) de referencia han aprobado un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico en varios centros de AP de Madrid, Valencia, Córdoba, Albacete, Mallorca, Vizcaya y Santander (9 centros en la primera, 2 en la segunda y tercera y uno en las cuatro últimas), con posibilidad de extenderlo a otros centros u otras comunidades autónomas de España. Los centros serán aleatorizados en la medida que sea posible, permitiendo recoger diferentes características demográficas al cubrir diferentes y amplias zonas de un buen número de comunidades autónomas del estado español. Los pacientes con probables DE serán asignados aleatoriamente a una de las siguientes condiciones

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

paralelas: (i) grupo que recibe un tratamiento psicológico mediante técnicas CC; y (ii) grupo con tratamiento convencional alternativo, fundamentalmente farmacológico.

Se trata de un ensayo clínico simple ciego. Los evaluadores serán ciegos para la condición experimental antes y después del tratamiento. En cambio, los pacientes serán ciegos en la fase de evaluación previa al tratamiento pero no se puede asegurar que lo sean en la fase posterior al tratamiento. Un paciente que solo haya recibido el tratamiento farmacológico sabrá que no ha recibido el tratamiento psicológico.

5.2. Metodología

5.2.1. Selección de la muestra

El estudio consiste en un ensayo controlado aleatorizado de dos brazos GP (Grupo de tratamiento psicológico) y GC (Grupo de tratamiento convencional). Aproximadamente 1126 usuarios que padezcan un trastorno de ansiedad, del estado del ánimo y/o somatizaciones podrán participar en el estudio, repartiéndose en 563 pacientes a cada grupo. Se ha calculado con el programa SPSS Sample-Power que este debería ser el

tamaño de la muestra necesario para analizar las hipótesis con un error inferior al 5%, suponiendo un 20% de pérdida. Con este tamaño de muestra, contamos con un poder estadístico del 85% para encontrar un resultado estadísticamente significativo al comparar las medias de ambos grupos, aunque solo difieran en un punto, con una desviación típica de 5 en el rango de puntuaciones de medidas que se recogen, y nos permitirían concluir que el resultado es diferente en ambos grupos con un nivel de confianza del 95%.

5.2.2. Proceso de reclutamiento de los participantes

En primer lugar, los investigadores (Médicos de Atención Primaria (MAP) y Psicólogos Clínicos) que formarán parte del ensayo en sus centros correspondientes recibirán un curso de formación sobre el proyecto, la investigación y su papel como reclutadores e investigadores del ensayo. Los MAPs formarán parte de la primera fase de reclutamiento y aplicarían el tratamiento en el GC, básicamente el tratamiento farmacológico convencional de AP para DE.

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

La razón de porque hay dos fases de reclutamiento va asociada a la razón de realizar esta investigación. Sabemos que hay una gran prevalencia de DE en las consultas de AP, que no se detectan correctamente por la ausencia de tiempo y de herramientas diagnósticas válidas, así como de profesionales de la psicología que apliquen el diagnóstico y el tratamiento adecuado para este tipo de trastornos. Se pretende, por tanto, realizar una fase de reclutamiento por parte de los MAPs tal y como lo hacen habitualmente para que a continuación, Psicólogos Clínicos formados con las herramientas adecuadas para la detección de los DE, realicen un diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado de aquellos desórdenes de intensidad leve y moderada que deben tratarse en AP.

Los Psicólogos Clínicos se encargarían de realizar en una primera sesión la fase de evaluación con las medidas seleccionadas. Al aplicar una prueba de cribado objetiva, más sensible y específica para la detección de los DE, los Psicólogos Clínicos realizarían una segunda fase de reclutamiento, ya que puede darse la situación de que algún paciente no cumpliera los criterios de inclusión y sí los de exclusión. Los Psicólogos

Clínicos decidirían acorde a las puntuaciones el reclutamiento, realizarán la aleatorización de los grupos y aplicarían el tratamiento psicológico CC en el grupo experimental de tratamiento psicológico manualizado.

- Fase reclutamiento por parte de los MAPs:

Los MAPs que formarán parte de la investigación en cada centro de salud serán los que iniciarán el proceso de reclutamiento. En el momento en que un médico detecte en un paciente los criterios de inclusión o exclusión (detallados a continuación) el médico procedería con los siguientes pasos:

1. Detección de criterios de inclusión. Descarte de los criterios de exclusión.
2. Información de la investigación e invitación a la participación.
3. Entrega de la Hoja de Información al Paciente, si este o esta estuviera interesado o interesada.
4. Entrega del Consentimiento Informado.

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

5. Una vez el paciente firma el Consentimiento Informado, facilitaría los datos de contacto al Psicólogo-Investigador Principal del Centro.

- Fase reclutamiento por parte de los Psicólogos Clínicos-Investigadores:

Una vez llevado a cabo a este proceso, el Psicólogo-Investigador Principal del Centro concertaría una cita con el paciente que ha decidido participar para realizar la primera sesión de las 9 sesiones que componen el tratamiento. Este Psicólogo nunca será el mismo que realizará la intervención psicológica. En esta primera sesión, el psicólogo realizará la administración de las pruebas diagnósticas junto con el paciente. Una vez finalizada, el psicólogo realizará la corrección de los cuestionarios y la extracción de las puntuaciones. En el caso de que estas entraran dentro del rango de los criterios de inclusión, se aprobaría su reclutamiento final en la investigación. En caso contrario, se descartaría, informándole al paciente en otro encuentro y recomendándole otro tipo de tratamiento con su

MAP o derivándolo a un Centro de Especialidades, si fuera el caso necesario.

Al alcanzar un rango de 16 a 20 participantes (ya que cada grupo serían de 8 a 10 participantes), se procedería a la aleatorización de los participantes en los diferentes grupos de tratamiento. La aleatorización se haría por un investigador ciego a los grupos de la investigación. Este investigador ciego podrá ser médico o psicólogo, y nunca debe haber intervenido en la fase de reclutamiento. Del conjunto de pacientes seleccionados a partir del cumplimiento de los criterios de inclusión, se seleccionarán mediante un programa informático que aleatorizan a los participantes al GC y al GE, hasta completar los 2 grupos.

En la Fase de Post-Tratamiento, un psicólogo que no haya participado en el grupo de tratamiento psicológico realizaría la fase de post-evaluación con las mismas pruebas utilizadas en el la evaluación Pre-Tratamiento. Este Investigador sería ciego al grupo de tratamiento asignado previamente. Se le pedirá al paciente que no revele en que grupo participó antes de realizar las fase de Post-Tratamiento y a los 3, 6 y 12 meses.

5.2.3. Criterios de inclusión de los participantes:

- 1ª Fase: Criterios de Inclusión por parte de los MAPs:

Los MAPs utilizarán en la primera fase de reclutamiento como criterios diagnósticos para los desórdenes emocionales los siguientes criterios:

- Pacientes adultos de 18 a los 65 años de los centros de AP seleccionados.
- Información en las historias clínicas de presencia de trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfos.
- Criterios de la CIE-10 para trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfos.
- Impresión diagnóstica o sospecha clínica de la presencia de estos trastornos.

- 2a Fase: Criterios de Inclusión por parte de los Psicólogos Clínicos:

- Pacientes adultos de 18 a 65 años de los centros de AP seleccionados.

- Medidas con el PHQ que indique presencia de sintomatología emocional (ansiedad, depresión o somatizaciones), probables trastornos de ansiedad (generalizada o pánico), del estado de ánimo, o somatomorfos, leves y moderados. En concreto, se incluirán en el estudio si han cumplido las reglas o algoritmo de decisión para el posible diagnóstico de alguno de estos trastornos, o hayan superado la puntuación de corte en alguna de las subescalas correspondientes:

PHQ-9 (depresión ≥ 10),

PHQ-TP (pánico, ≥ 8 , incluidos los 4 primeros ítems).

GAD-7 (ansiedad generalizada ≥ 10),

PHQ-15 (somatizaciones ≥ 5),

5.2.4. Criterios de exclusión de los sujetos:

Se excluirán los trastornos mentales severos, como trastorno bipolar, trastorno de personalidad o los casos con intento de suicidio grave reciente, y aquellos que presenten una elevada discapacidad, medida por el Inventario de Discapacidad

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

de Sheehan, así como discapacidad legal. También se excluirán los trastornos de ansiedad severos (por ejemplo, comórbidos con trastornos por consumo de sustancias), los trastornos del estado de ánimo severos (PHQ- 9 \geq 20), así como aquellos pacientes que no alcancen ninguno de los criterios de probable trastorno y no alcancen los puntos de corte señalados anteriormente en ninguna escala.

A aquellos pacientes que puntúen entre 20 y 23 en el PHQ-9 se les administrará el Apartado A de la SCID-I correspondiente al Episodio Depresivo Mayor para confirmar que estos pacientes sufren Trastorno Depresivo Mayor Severo. En caso de no confirmarse, se incluirían dentro de los pacientes reclutados a pesar de puntuar por encima del punto de corte.

Aquellos pacientes que puntúen \geq 25 en la escala de Discapacidad de Sheehan se les formularán las siguientes preguntas para confirmar si sufren de una elevada discapacidad:

1. ¿Está usted de baja laboral?
2. ¿Puede hacer las tareas de la casa?
3. ¿Puede tener vida social?.

5. El Ensayo PsicAP-Psicología en Atención Primaria

Si las respuestas fueran afirmativas, a pesar de haber puntuado ≥ 25 en esta escala, serían incluidos por no presentar una real discapacidad elevada.

Se retirará a aquellos pacientes del estudio que se ausenten en más de dos sesiones del tratamiento psicoterapéutico. Además, los pacientes que muestren un incremento en la sintomatología depresiva o ansiosa dada a situaciones externas también serán excluidos. Estos pacientes pudieran aumentar sus puntuaciones en las pruebas de medidas, no cumpliendo criterios de inclusión.

6. Evaluación y Diagnóstico de los DE en AP

La detección y el diagnóstico correcto de los DE en AP es una parte fundamental para derivar a un tratamiento adecuado. La gama de pruebas diagnósticas en AP es muy amplia y de su fiabilidad y validez dependen directamente los datos oscilantes de prevalencia de los diferentes trastornos mentales y de los DE. Respecto de las pruebas hacemos una diferenciación entre pruebas de cribado y entrevistas diagnósticas estructuradas o semi-estructuradas.

6.1. Pruebas de Cribado

Las pruebas de cribado son pruebas que se utilizan para identificar enfermedades tempranamente y con escasez de tiempo en su aplicación dentro de una comunidad. Esto permite una rápida detección y derivación al tratamiento adecuado en el tiempo más óptimo posible (Elizaga, 2013). Una prueba de cribado debe cumplir algunos criterios, según Frame y Carlson (1975), y que exponemos a continuación: a) que sea una enfermedad prevalente; b) que sea detectable en etapa presintomática y sintomática; c) que cuente con propiedades

6. Evaluación y Diagnóstico de los DE en AP

psicométricas efectivas y eficaces (sensibilidad y especificidad aceptables) entre otras. A continuación se describen algunas de las pruebas de cribado que se han considerado más relevantes.

6.1.1. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)*

La entrevista PRIME-MD fue el primer instrumento diseñado específicamente para la detección de trastornos psiquiátricos específicos en contextos de salud de AP que utiliza los criterios diagnósticos del DSM-III i el DSM-IV (Spitzer et al., 1994). El PRIME-MD es un sistema que consta de dos pasos, un *Cuestionario del Paciente (CP)* y una *Guía de Evaluación para el Médico (GEM)*. El CP contiene 25 ítems que engloba los 5 trastornos que más se presentan en AP (trastornos de ansiedad, del estado del ánimo, somatomorfos, conducta alimentaria y abuso o dependencia del alcohol). Después de que el propio paciente lo complete el médico realiza una evaluación con la GEM que permite recoger información adicional sobre las áreas diagnosticas donde el paciente ha contestado de forma positiva, y, así, confirmar el posible diagnóstico. Por tanto, el

CP es una evaluación de auto-informe que permite un cribado de la posible patología psiquiátrica, y el GEM confirma o descarta dicho diagnóstico. En el primer estudio de validación del PRIME-MD llevado a cabo en 4 centros de AP con 1000 pacientes, el 39% tuvieron un criterio diagnóstico de trastorno mental según los criterios del PRIME-MD y un 26% cumplieron diagnósticos del DSM-III para los mismos trastornos psiquiátricos (Spitzer et al., 1994). Se observó posteriormente una buena concordancia entre los diagnósticos realizados, tanto por el Médico de Atención Primaria (MAP), como por el psiquiatra. Uno de los resultados más satisfactorios del estudio fue que en la mitad de los casos en los que se diagnosticó un trastorno con el PRIME-MD, éstos no habían sido previamente diagnosticados por el MAP, lo cual mejoró la sensibilidad diagnóstica.

Baca et al., (1999) realizaron una validación al español del PRIME-MD con una muestra de 395 pacientes repartidos en 5 centros de AP de Madrid. Se realizaron los procesos de traducción y retrotraducción así como la medición del tiempo medio invertido en su aplicación (10 minutos). También se

6. Evaluación y Diagnóstico de los DE en AP

efectuaron análisis de validación del CP y el GEM con una versión validada al español del *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) para conocer el grado de sensibilidad, especificidad, su valor predictivo positivo y negativo y el nivel de concordancia entre las pruebas diagnósticas, con hallazgos respectivamente de 0.994, 0.454, 0.592, 0.99 y 0.42.

6.1.2. *Patient Health Questionnaire (PHQ)*

En el año 1999, de nuevo Spitzer et al. (1999) desarrollaron el *Patient Health Questionnaire* (PHQ), la versión auto-informada del PRIME-MD (Spitzer et al., 1994), de la cual Díez-Quevedo et al., (2001) realizaron la validación española en una muestra de pacientes hospitalizados. Es una prueba que criba los principales trastornos mentales, TDM, TAG, TP, TS, y una probable presencia de trastornos alimentarios y por abuso/dependencia de alcohol. Al ser el objetivo de esta tesis, nos proponemos a describirlo con más detalle en el siguiente capítulo.

6.1.3. *MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI)*

La MINI (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997) es una entrevista diagnóstica de corta duración (aproximadamente 20 minutos). Se centra exclusivamente en la presencia actual de los trastornos mentales evaluados mediante una o dos preguntas de cribado para cada trastorno. Fue desarrollada para explorar 17 trastornos psiquiátricos acorde a los criterios diagnósticos del DSM-III-R, incluso por entrevistadores no especializados, y validada tanto por la CIDI (Lecrubier et al., 1997) como por la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patients (SCID-P)* (Sheehan et al., 1997). La sensibilidad, especificidad y coeficiente *kappa* fueron muy buenos o buenos para todos los trastornos, excepto para el TAG, agorafobia y bulimia cuando se validaron con la CIDI (Lecrubier et al., 1997). Cuando fue evaluada por la SCID-P también obtuvo propiedades psicométricas buenas o muy buenas exceptuando la distimia, el TOC y trastorno por dependencia a drogas en la actualidad (Sheehan et al., 1997). Fue validada al español por Bobes (1998) un año después de su edición.

6.1.4. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Es una prueba diseñada por Zigmond y Snaith (1983) utilizada para evaluar los niveles de ansiedad y depresión en todo tipo de pacientes. Consta de 14 ítems de respuesta, 7 centrados en sintomatología ansiosa, y 7 sobre sintomatología depresiva. Fueron eliminados del cuestionario aspectos que podían incitar a problemas somáticos, como cuestiones relacionadas con el sueño o la fatiga, para centrarse en la detección de la ansiedad y la depresión. Los valores de sensibilidad y especificidad fueron .90 y .78 para ansiedad, y .83 y .79 para depresión, con un punto de corte de 8. El HADS también se ha utilizado en AP con buenas propiedades psicométricas (Cameron, Crawford, Lawton, y Reid, 2008) y validado al español por Herrero et al., (2003). Los puntos de corte propuestos en la versión original eran de 7/8 y 10/11 para ansiedad o depresión, proponiendo un tercero de 14/15 para detectar un trastorno severo. En la versión española el punto de corte más óptimo fue el de 12 para la detección de morbilidad, para el cribado de ansiedad 8, y 5 para el de depresión, más bajos que los encontrados en la literatura previa.

6.1.5. *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* (SDDS-PC)

El SDDS-PC (Broadhead et al., 1995) es una prueba que consta de 16 ítems capaz de cribar 9 tipos de trastornos mentales en el ámbito de AP, con diferentes propiedades psicométricas acorde al trastorno. El amplio abanico de trastornos que detecta y sus niveles de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo son TAG (.90, .54 y 5%), TDM (.90, .77 y 40%), TOC (.65, .73 y 5%), TP (.78, .80 y 21%), ideación suicida (.43, .91 y 51%) y abuso/dependencia de alcohol (.62, .98 y 54%). Un estudio que utilizó el SDDS-PC en una muestra de 937 pacientes de AP encontró una prevalencia año de cualquier trastorno mental común en AP del 22%, de los cuáles el 14.1% fue de TDM, 2.8% de TAG, 2.2% de TOC, 6.2% de TP y un 3.2% de abuso o dependencia de alcohol (Leon et al., 2009). Cabe destacar que, diferencia de la gran mayoría de pruebas mencionadas, no existe una validación al español de esta prueba de cribado. Por tanto esta prueba no se ha llegado a utilizar con muestra española.

6.1.6. *General Health Questionnaire (GHQ)*

El GHQ fue desarrollado en la década de 1970, como un método para cuantificar el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos. Para evaluar el bienestar de una persona, este instrumento incluye dos áreas: la incapacidad para llevar a cabo funciones normales, y la aparición del malestar emocional. El GHQ original es una prueba de 60 ítems con una escala de cuatro puntos para cada respuesta, pero posteriormente se redujeron en otras formas alternativas: GHQ-30 (30 ítems), GHQ-28 (28-ítems), GHQ-12 (12 ítems). La versión del GHQ-12 ha sido validada en centros de AP en diversos trabajos. Gureje y Obikoya (1990) lo validaron en una muestra de 787 pacientes de AP de los cuales 214 fueron entrevistados utilizando la CIDI, hallando una sensibilidad de 68% y una especificidad de 70%. Resultados semejantes fueron encontrados por otros autores obteniendo una sensibilidad de 68% y una especificidad de 70% (Schmitz, Kruse, Heckrath, Alberti, & Tress, 1999). Las versiones de GHQ-28 y del GHQ-12 fueron validadas al español por Lobo, Pérez, y Artal (1986) y López y Dresch (2008), respectivamente. La versión del GHQ-

28 obtuvo una sensibilidad de 84.6% y una especificidad de 82%, con un punto de corte de 5/6 mientras que sobre el GHQ-12 solo se ha estudiado su validez y fiabilidad, proponiéndola como una buena prueba de cribado también con población española.

6.1.7. Beck Depression Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Medelson, Mock, & Erbaugh, 1961) es una de las pruebas de cribado para la depresión más utilizadas en contextos clínicos e investigación, entre ellos la AP (Beck, Guth, Steer, & Ball, 1997). Es un inventario de auto-informe que contiene 21 ítems, dando lugar a 4 niveles de intensidad en el trastorno depresivo (mínimo, leve, moderado y severo). Ha sido reeditado varias veces dando lugar a versiones siguientes, el BDI-1A y el BDI-II. La versión BDI-II donde los ítems fueron reescritos, se añadieron 4 criterios de depresión del DSM-IV y el periodo de tiempo pasó de ser de una semana a dos, correspondiendo con el DSM-IV (Beck, Steer, & Brown, 1996). El BDI ha sido evaluado sobre sus propiedades psicométricas en diversos

trabajos mostrando consistencia interna, fiabilidad y validez para ser una prueba óptima en la detección de la depresión tras 25 años de su edición (Beck, Steer, & Carbin, 1988); o a lo largo de sus reediciones como el BDI-IA (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996; Steer, Clarck, Beck, & Ranieri, 1999) o el BDI-II (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998; Osman et al., 1997). Así pues, ha sido una prueba adaptada a la AP en el *Beck Depression Inventory for Primary Care* (BDI-PC) con un total de 7 ítems de auto-informe, donde se alcanzó una sensibilidad y especificidad de .82 con un punto de corte de 4 (Beck et al., 1997). También el BDI-II ha sido validada como una prueba fiable en este ámbito (Arnau, Meagher, Norris, & Bramson, 2001). Sus diversas ediciones han sido adaptadas al español (Sanz & García-Vera, 2007; Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, & Vázquez 2007; Sanz, Navarro, & Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón, & Vázquez, 2003; Vázquez & Sanz, 1999).

6.1.8. *Symptom Check List* (SCL-90-R)

El SCL-90-R (Derogatis, 1977) es un inventario de auto-informe con 90 ítems de síntomas diseñado para la detección de

una amplia gama de problemas psicológicos. Cada uno de las 90 ítems disponen de una escala Likert de 5 respuestas sobre malestar emocional que van de "nada" (0) a "extremadamente" (4). Posteriormente, las respuestas se combinan en nueve dimensiones de síntomas primarios: somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, hostilidad, depresión, ansiedad, ideación paranoide, ansiedad fóbica y psicoticismo. Además, tres índices globales proporcionan medidas de malestar psicológico general: el Índice de Severidad Global (GSI), el Total de Síntomas Positivos (PST) y Índice de Síntomas Positivos en malestar emocional (PSDI). Un estudio en el que se evaluaron las propiedades psicométricas mediante la SCID observó una sensibilidad de .75 y una especificidad de .59, y apenas diferencias con el GHQ-12 (Schmitz et al, 1999). Fue validada al español por González de Rivera et al., (1989), y se han estudiado mediante análisis factorial en población general, donde encontraron dimensiones sintomáticas semejantes, aunque no idénticas a la original, pero con propiedades óptimas para ser utilizada como prueba de medida de cribado de psicopatología (De las Cuevas et al., 1991).

6.2. Entrevistas diagnósticas estructuradas

Actualmente existen distintas entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV o de la CIE-10 para estudios clínicos y de investigación. Las más utilizadas son: la *Structured Clinical Interview* para Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First et al., 1999a), la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (OMS, 1998), (Janca et al., 1998), la *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (OMS, 1998), entre otras.

6.2.1. *Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID)*

La SCID para trastornos DSM-IV es una entrevista semiestructurada utilizada para el diagnóstico de los trastornos mentales de acuerdo con criterios DSM-IV (First et al., 1995; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Janet, 2001; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). Contiene dos entrevistas clínicas específicas, la SCID-I, correspondiente al eje I y la SCID-II, del eje II del DSM-IV (First & Gibbon, 2004). Es la principal prueba utilizada como referencia estándar de

validación de cuestionarios y sus propiedades psicométricas (Díez-Quevedo et al., 2001; Seehan et al., 1997; Wittkamp et al., 2009). La administración de la SCID requiere cierto entrenamiento por un profesional cualificado.

La primera SCID que apareció fue la *SCID for DSM-III-R (SCID)* (Spitzer et al., 1992), una entrevista semiestructurada para realizar diagnósticos del eje I del DSM-III-R. Incluye un introducción general seguida por nueve módulos, siete de los cuales representan los principales diagnósticos del eje I del DSM-III-R. Utilizando un enfoque de árbol de decisión, la SCID guía al clínico en el sondeo de hipótesis diagnósticas al llevar a cabo la entrevista. Los resultados de la SCID permiten un registro de la presencia o ausencia de cada uno de los trastornos para el episodio actual (mes pasado) y para la aparición de por vida.

Muchos clínicos consideraron que la SCID flaqueaba de una gran cantidad de información detallada que la hacía larga y compleja. Con la aparición de la SCID del DSM-IV (First et al., 1995) se produjeron dos versiones para los diagnósticos del eje I DSM-IV, la Versión Clínica (SCID-CV), la Versión de

6. Evaluación y Diagnóstico de los DE en AP

Investigación (SCID-RV) y una versión para los diagnósticos del eje II DSM-IV (SCID-II). Las versiones españolas aparecieron en el año 1999 (First et al., 1999a; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1999b; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999c).

La SCID-CV es más corta ya que cubre tan solo aquellos diagnósticos más prevalentes en el ámbito clínico, excluyendo la mayoría de subtipos, niveles de severidad y especificaciones que sí aparecen en la SCID-RV que pueden ser útiles para intereses investigadores pero no para clínicos. Los 6 módulos que contiene la SCID-CV son *episodios del estado de ánimo, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias y ansiedad y otros trastornos*. La SCID-II evalúa los 10 trastornos de personalidad (TP) del DSM-IV, los cuales pueden hacerse de forma categórica o dimensional, teniendo en cuenta que el criterio para cada diagnóstico de TP es 3. Los trastornos que abarca son recogidos en tres clústers: Clúster A: esquizoide, esquizotípico y paranoide; Clúster B: narcisista, límite, histriónico y antisocial; Clúster C: evitativo, dependiente,

obsesivo-compulsivo; junto al TP no especificado, el pasivo-agresivo y el depresivo, que están incluidos en el apéndice B del DSM-IV. Así como la SCID-I, puede utilizarse también en ámbitos clínicos e investigación.

6.2.2. *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*

El *National Institute of Mental Health* diseñó la primera entrevista estructurada que para la evaluación de trastornos mentales según criterios del DSM-III (Robins et al., 1981). Puede ser aplicada, tanto por entrevistadores entrenados como legos, lo que le ha llevado a recibir críticas por ello, además de por otros aspectos (Ganguli & Saul, 1982). Robins Helzer, Ratcliff & Seyfried (1982) realizaron una segunda versión de validación evaluando la comparación de los diagnósticos de entrevistadores legos y psiquiatras, dando pruebas de ello. No obstante, Ganguli & Saul (1982) criticaron que su fiabilidad era baja, algo no esperado en una entrevista diagnóstica, así como su validez fue criticada al no disponer de un criterio de validez externo. La DIS fue utilizada como medida epidemiológica en la *Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study* (Regier et al.,

1984) con una muestra de cerca de 20.000 participantes con un seguimiento longitudinal al año mediante una repetición de la entrevista. Uno de los puntos que se han destacado de este estudio era que se demostraba la posibilidad de entrenar a entrevistadores legos en la administración de esta entrevista y producir diagnósticos equivalentes a aquellos realizados en estudios clínicos (Klerman, 1986). La validación española fue publicada en el año 1983 con una fiabilidad equivalente a la versión inglesa (Karno, Burnam, Escobar, Hough, & Eaton, 1983). Años más tarde apareció la versión DIS-IV correspondiente a la actualización del DSM-IV (Robbins et al., 1995).

6.2.3. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

La OMS desarrolló por primera vez la CIDI en 1990 (WHO, 1990). La CIDI v2.1 (WHO, 1997) fue una expansión de la DIS desarrollada por Robins, Helzer, Croughan, y Ratcliff (1981) para el *National Institute of Health*. La CIDI v2.1 abordó el problema de que los diagnósticos DIS se basaban exclusivamente en las definiciones y criterios de los trastornos

mentales del DSM, mientras que el sistema de diagnóstico estándar internacional utilizado es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS. Por lo tanto, mediante la inclusión de la CIE era posible hacer investigaciones comparativas transnacionales.

Las propiedades psicométricas de la CIDI v2.1 fueron estudiadas por Andrews & Peters (1998) donde la fiabilidad entre evaluadores ha demostrado ser excelente, la fiabilidad test-retest buena así como su validez dadas las limitaciones metodológicas. La CIDI está disponible en versiones de por vida y de 12 meses, versiones de papel y lápiz e informatizada y está disponible su traducción a numerosas lenguas.

La CIDI v2.1 es una entrevista de diagnóstico integral y estandarizada, diseñada por tanto para evaluar los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones de los Criterios Diagnósticos para la Investigación de la CIE-10 y DSM-III-R. El instrumento contiene 276 preguntas de síntomas muchas de las cuales se acoplan con preguntas de sondeo para evaluar la gravedad de los síntomas, así como preguntas para evaluar el

6. Evaluación y Diagnóstico de los DE en AP

comportamiento de búsqueda de ayuda, alteraciones psicosociales, y otras cuestiones relacionadas con el episodio.

La OMS creó en 1997 el *International Consistorium in Psychiatric Epidemiology* (ICPE) para recoger y analizar datos de grandes encuestas epidemiológicas y compararlos entre sí (Kessler, 1999). En la primera generación de encuestas realizadas con la CIDI sugirió la dificultad de comparar encuestas en la evaluación de problemas de salud mental. Medidas tales como factores de riesgo, consecuencias, patrones y correlatos de tratamiento y tratamiento adecuado no eran incluidas en la CIDI ni fueron evaluadas de forma consistente a través de las encuestas. En 1997, la ICPE lanzó la iniciativa de reducir estas inconsistencias y promover la coordinación de estas medidas, con la consumación del establecimiento oficial del WHO-WMH (*World Health Organization-World Mental Health*) con un número de 28 países participantes y cerca de una muestra de 200.000 entrevistas desembocando en el diseño de la WMH-CIDI (Kessler & Üstün, 2004). La WMH-CIDI incluye un módulo de cribado y 40 secciones que se focalizan en diagnósticos (22 secciones), funcionalidad (4 secciones),

tratamiento (2 secciones), factores de riesgo (4 secciones), correlatos socio-demográficos (7 secciones) y factores metodológicos (2 secciones). Así pues, esta versión de la CIDI incluye una expansión de la sección de diagnósticos, focalizada en periodo anual y periodo vida en la propia entrevista, una evaluación detallada del grado de severidad, una inclusión de información sobre el tratamiento adecuado, factores de riesgo y consecuencias. A su vez, dispone de una versión computarizada que proporciona la posibilidad de generar diagnósticos ya sean ICD-10 o DSM-IV mediante un software al introducir los datos de la versión en papel. En el año 2000 se inició el estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) incluido en el *WHO Surveys Initiative Project*, que pretendía la estimación y la comparación entre seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia y Países Bajos) sobre las tasas de prevalencia a 1 mes, 12 meses y vida de los trastornos mentales más comunes. En este estudio se utilizó la WMH-CIDI incluyendo preguntas estructuradas para detectar la presencia, persistencia e intensidad de los clústeres de los síntomas psiquiátricos evaluados por edad de inicio y curso

vital. La WMH-CIDI fue producida inicialmente en inglés y para después ser adaptada cultural y lingüísticamente para su comparación transcultural (Alonso et al., 2004).

6.2.4. *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN).*

La SCAN es una entrevista clínica semiestructurada utilizada por clínicos formados para evaluar y diagnosticar trastornos psiquiátricos en adultos (WHO, 1998). Se desarrolló en el marco de la OMS y el *Proyecto Conjunto sobre Diagnóstico y Clasificación de los trastornos mentales, alcohol y problemas relacionados del NIMH*. Su uso proporciona flexibilidad para diagnosticar trastornos mentales basados tanto en la ICD como DSM u otros sistemas de diagnóstico que se pueden desarrollar en el futuro ya que uno de los propósitos principales de la SCAN es permitir la comparación de los diagnósticos psiquiátricos que se hagan a través del mundo. Su versión posterior 2.1, actualizada a criterios DSM-IV ha mostrado buenas propiedades psicométricas (Rijnders et al.,

2000). La versión española fue validada por Vázquez-Barquero et al., (1994).

La SCAN utiliza el *Present State Examination* (PSE), el cual muestra una buena validez y fiabilidad testada en los últimos 40 años. Es un examen clínico semi-estructurado en el que el entrevistador usa el juicio clínico para adscribir las definiciones específicas a los fenómenos clínicos usando una lista de definiciones de síntomas y experiencias clínicas, el Glosario del SCAN. Para ello, el entrevistador sondea sobre el estado del paciente basándose en las descripciones del Glosario y con su juicio clínico decide si un síntoma está presente y su gravedad, codificándolo en una escala atributiva para el ítem.

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

7.1. Historia y desarrollo

El *Patient Health Questionnaire* (PHQ) es una versión auto-informada del *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), diseñada por Spitzer et al., (1994). Siendo ya descrita esta prueba anteriormente, solo recordaremos su recorrido. El primer estudio de validación del PRIME-MD se llevó a cabo con una muestra de 1.000 pacientes recogida en 4 centros de AP de Estados Unidos. Mientras, su validación española fue realizada por Baca et al., (1999) con una muestra de 395 pacientes repartidos en 5 centros de AP de la ciudad de Madrid.

A partir de esta entrevista se desarrolló una versión auto-informada (Spitzer et al., 1999) el PHQ, siendo validada al castellano por Díez-Quevedo et al. (2001) en una muestra de pacientes hospitalizados. Para conocer la historia del PHQ, vamos a realizar una revisión de estos dos últimos trabajos, centrándonos en la metodología empleada para la validación del cuestionario PHQ original, realizado en EE.UU. y su posterior validación en población española.

7.2. Validación del PHQ

Para crear el PHQ se realizó la validación de una versión auto-informada del PRIME-MD combinando el CP y la GEM en un solo formato de 3 hojas que puede ser auto-administrado enteramente por el propio paciente, así como también puede serle leído (Spitzer et al., 1999). El personal clínico verificaría las respuestas positivas y aplicaría los algoritmos con los puntos de corte establecidos para confirmar o descartar el diagnóstico. El instrumento original del PRIME-MD evaluaba 18 trastornos mentales comunes mientras que el PHQ lo simplifica a un total de 8. Igualmente que el original estos trastornos están divididos en trastornos diagnósticos (por encima del umbral) coincidiendo con los trastornos diagnósticos del DSM-IV, como TDM, TP, TAG y otros trastornos de ansiedad y bulimia nerviosa, y sub-umbrales, que coinciden con el diagnóstico de otros trastornos depresivos, probable abuso y dependencia del alcohol, trastornos somatomorfos y trastorno por atracón.

Se realizaron una serie de cambios en comparación con el PRIME-MD en cuanto a las categorías de respuestas. En el trabajo original, en las categorías de respuesta para los síntomas

depresivos y somatomorfos eran dicotómicas (Sí/No) mientras que en el PHQ se expandieron. En cuanto a las respuestas de los ítems de depresión y ansiedad, se puede recoger en este instrumento información del paciente sobre las molestias que le han generado los síntomas en las dos últimas semanas. Es una escala Likert de cuatro respuestas ("*nada en absoluto*", "*varios días*", "*más de la mitad de los días*" y "*casi todos los días*"). Esto permite que el PHQ sea, además de una prueba diagnóstica, una prueba que permite medir el grado de severidad del trastorno depresivo o el de ansiedad generalizada. En el caso de los 15 ítems de molestias físicas, se pregunta cómo se han percibido éstas en el último mes con "*no me han molestado*", "*me han molestado un poco*" o "*me han molestado mucho*", permitiendo descartar los que no cumplen criterios clínicos significativos. Finalmente se añadió un último ítem al final que permite evaluar cómo le interfirieron al paciente los problemas que ha estado sufriendo: "*¿Cómo han afectado estos problemas en la realización de tu trabajo, el cuidado de las tareas de tu casa o en tus relaciones con los demás?*"

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

El objetivo de este trabajo fue el de investigar la validez y utilidad de la versión auto-administrada del PRIME-MD, el PHQ, en una muestra de 1000 pacientes de AP para poder conocer los siguientes aspectos. ¿Son los diagnósticos del PHQ tan precisos como los del original PRIME-MD? ¿Son las frecuencias de los trastornos mentales encontrados con el PHQ comparables a aquellos otros estudios realizados en AP? ¿Es el PHQ un instrumento válido al igual que el PRIME-MD en cuestión de deterioro funcional? ¿Es el PHQ tan efectivo en el aumento de la detección de trastornos psiquiátricos como el PRIME-MD? ¿Cómo encuentran los médicos de útil el PHQ? y ¿Cómo se encuentran de cómodos los pacientes con el PHQ?

El estudio fue realizado en 8 centros de AP, 5 de medicina general interna y 3 de práctica familiar, y se inició con una muestra de 3.890 pacientes de los cuales entraron 3.000. 1.578 de práctica familiar y 1.422 de medicina general interna. Se seleccionó la muestra de forma aleatoria con 1 de cada 2 pacientes que acudían al centro de AP. La edad media de pacientes fue 46 (DT= 17.2) con un rango de 18 a 99 años. 66% fueron mujeres y 34% hombres; 79% caucásicos, 13% Afro-

americanos y 4% Hispánicos; 48% casados, 12% divorciados, y 23% nunca casados.

Un Doctor en psicología clínica realizó una entrevista diagnóstica por teléfono 48 horas después de la administración del PHQ, la SCID-III (Spitzer et al., 1992) y con preguntas del original PRIME-MD. El clínico era ciego a los resultados del PHQ.

Para hallar la exactitud y precisión de la prueba buscando el acuerdo con el diagnóstico del profesional clínico se realizaron los siguientes análisis psicométricos: *Sensibilidad, especificidad, la exactitud general y el valor de la concordancia:*

Sensibilidad: es el nivel de capacidad de detección que tiene el cuestionario. La carencia de sensibilidad indica la posibilidad de cometer un falso negativo (error tipo II), es decir que se cometa un fallo en la detección de un diagnóstico que sí existe. En este caso la sensibilidad del PHQ en cualquier diagnóstico psiquiátrico fue del .75 mientras que la del PRIME-MD es de .83. También ocurrió lo mismo en el caso de la detección de los trastornos del estado de ánimo y de los

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

trastornos de ansiedad, donde disminuyó de un .67 a un .61 y de un .69 a un .63, respectivamente. En cambio, en el caso de la detección del TDM, al expandirse las respuestas, aumentó la sensibilidad a un .73 frente al .57 del original, así como con el TP, que aumentó a un .81% frente al .57. También disminuyó en la detección de trastornos de abuso y dependencia de alcohol, de un .81 a un .63, mientras que aumentó en la detección de algún trastorno alimentario, de .73 a un .89. No obstante, al igual que el PRIME-MD, las prevalencias de los diagnósticos fueron casi idénticas, indicando que el PHQ no tiene una tendencia sistemática a sobre o infra-diagnosticar.

Especificidad: es la capacidad de ser preciso en la detección, descartar los pacientes que no tienen un trastorno psiquiátrico y por lo tanto no sobrediagnosticar, es decir, producir falsos positivos (error tipo I). Los índices de especificidad fueron bastante semejantes entre las dos pruebas.

Exactitud General: El nivel de exactitud se refiere a cuán cerca del valor real se encuentra el valor medido y entendemos que cuando menor es el sesgo más exacta es la estimación.

Igualmente, observamos que los datos también son muy semejantes entre ambas pruebas diagnósticas.

Concordancia: Lo conocemos a partir del índice kappa de cohen. Nos permite distinguir entre la concordancia absoluta o relativa teniendo en cuenta las distribuciones marginales. Todos los índices son moderados (0.41-0.60) o buenos (0.61-0.80) al igual que la prueba original del PRIME-MD. Incluso se ve muy mejorada en el caso del TP, que es muy buena (0.84) aunque en algunos casos baja.

Tal y como ocurrió con la prueba original del PRIME-MD, se encontró una gran variabilidad en los resultados diagnósticos entre los diferentes centros, debido a las posibles diferencias demográficas. De todo el conjunto, el 28% de sujetos tuvieron un diagnóstico con el PHQ de los cuales, el 15% estuvieron por encima del umbral, mientras que un 13% fueron sub-umbrales. La prevalencia de trastornos psiquiátricos fue menor que en el trabajo original (28% vs al 39%) así como la proporción de pacientes con más de un trastorno también fue menor (36% vs 56%).

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

El tiempo de revisión del PHQ por el clínico fue del 42% con menos de un minuto, el 43% entre uno y dos minutos y el 13% entre 3 y 5 minutos. El tiempo de administración del PHQ fue bastante menor que en el del PRIME-MD, con menos de 3 minutos en comparación.

Se estudió, a su vez, la relación de los resultados del PHQ con el estado funcional, el uso de servicios de salud y los días de discapacidad con la prueba SF-20. Se observó que, a medida que va aumentando la severidad del diagnóstico del trastorno van empeorando estas medidas. Dependiendo del número de síntomas presentes, los grupos fueron clasificados en 4 grupos:

Grupo 1: *sin presencia de síntomas;*

Grupo 2: *con presencia de síntomas pero sin diagnóstico;*

Grupo 3: *con diagnóstico sub-umbral;*

Grupo 4: *con diagnóstico psiquiátrico.*

Así mismo, los pacientes del Grupo 4 acudieron de media un 2.48 veces a su consulta al médico en los 3 meses previos, mientras los del Grupo 3 acudieron 1.70 veces, el

Grupo 2, 1.37 veces y el Grupo 1, 0.98 veces. Esto muestra que los pacientes que padecen de trastornos psicológicos son hiperfrecuentadores de los servicios de salud y a mayor gravedad, mayor uso.

A su vez, muestran un mayor número de pérdidas de días laborables por causas relacionadas con el malestar. El Grupo 4 perdió de media un 16.96 días, mientras los del Grupo 3 perdió 6.64 días, el Grupo 2, 4.83 y el Grupo 1, 2.24 días.

En cuanto al reconocimiento de los trastornos mentales se observa una habilidad del PHQ en la detección de un número de casos no reconocidos comparable al PRIME-MD. De los 803 pacientes con un diagnóstico del PHQ, un 46% no habían sido reconocidos por los médicos, igual que en el original, que fue de un 48%. Esto muestra la capacidad de mejora en la detección de un trastorno psicológico con el PHQ.

Al estudiar el valor percibido del PHQ por los médicos cerca del 46% de éstos afirmó que la prueba era *"muy útil"* y un 41% *"algo útil"* en la gestión y planificación del tratamiento. Esto permitió a un 80% de los médicos tener una mayor conciencia para preguntar sobre estos problemas en AP durante

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

sesiones posteriores. En cuanto al valor percibido por los pacientes el 88% de ellos se encontró muy cómodo con el PHQ.

En conclusión, la versión auto-administrada PHQ del PRIME-MD tiene una validez diagnóstica comparable a la versión original, siendo considerada como una prueba óptima. De hecho, el PHQ aporta una serie de mejoras frente al PRIME-MD en cuanto a la reducción del tiempo de administración y a la adición de un criterio dimensional del índice de severidad de los trastornos, conformándola en una prueba muy completa de cribado y diagnóstico de los problemas de salud mental en AP.

7.3. Validación española del PHQ (Díez-Quevedo et al., 2001)

En primer lugar, Baca et al. (1999) procedió a la validación del PRIME-MD al español en una muestra de 395 pacientes de 5 centros de AP de Madrid. Los resultados de este estudio mostraron resultados semejantes a los del PRIME-MD original de Spitzer et al. (1994). Concretamente, mostró una sensibilidad de 99.4%, una especificidad del 45.4%, un valor predictivo positivo del 59.2%, un valor predictivo negativo del

99% y una concordancia del 0.42. En este estudio, al no considerarse los valores de sensibilidad, especificidad y concordancia como adecuados, se efectuaron análisis para diferentes puntos de corte. En el caso de los trastornos del estado de ánimo fueron muy adecuadas pero en cuanto a los trastornos de ansiedad, al subir los puntos de corte, se disminuyó la sensibilidad de un 100% a un 75% pero se aumentó la especificidad de un 53% a un 82%, permitiendo evitar una gran cantidad de falsos positivos y, por lo tanto, reducir el error tipo I. También aumentó el nivel de concordancia de un 0.27, bajo, a un moderado de 0.46. Una de las conclusiones de este estudio fue que el PRIME-MD fue una prueba eficaz para detectar trastornos psicológicos en AP, al mostrar que tiene una gran sensibilidad en su detección. En estos contextos de AP se necesitan pruebas que cuenten con la capacidad de detectar y diagnosticar patologías y que no produzcan una gran cantidad de falsos negativos. Ahora bien, estas pruebas han de ser contrastadas con otras pruebas diagnósticas más sensibles para descartar falsos positivos.

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

Díez-Quevedo et al. (2001) realizó la validación del PHQ al español, esta vez con una muestra de pacientes hospitalizados. El objetivo de este estudio fue validar una versión española del PHQ y demostrar que su utilidad también puede ser empleada en pacientes hospitalizados de una muestra española para el reconocimiento de trastornos mentales.

La metodología empleada en la validación española del PHQ fue muy semejante a la del original, exceptuando que la muestra era en pacientes hospitalizados. El estudio fue realizado en un hospital universitario con un total de 1.822 pacientes de los cuales 1003 formaron parte del grupo experimental y 819 de grupo control. Ambos grupos guardaban las mismas variables socio-demográficas. Se seleccionó la muestra de forma aleatoria con 1 de cada 2 pacientes que acudían al centro de AP. La edad media de pacientes fue 43 (DT= 14.2) con un rango de 18 a 74 años. 54.4% fueron hombres y 45.6% mujeres, 100% caucásicos. 69.5% estaban casados, 5.3% divorciados, y 21.6% nunca casados.

Un profesional de la psicología clínica realizó una entrevista diagnóstica cara a cara 48 horas después de la

administración del PHQ, la SCID-III y con preguntas del original PRIME-MD. También se administró el BDI (Beck et al., 1961). El clínico era ciego a los resultados del PHQ. Para el estudio de la exactitud y precisión mediante el acuerdo con el diagnóstico del profesional clínico, se realizaron los siguientes análisis psicométricos: *Sensibilidad, Especificidad, la Exactitud General y el Valor de la Concordancia*. Las características operativas de la versión española del PHQ fueron bastante semejantes a la versión original. La sensibilidad fue mayor de .76 para todos los trastornos psiquiátricos individuales excepto para el trastorno de ansiedad (.69), mientras que fue de un .87 para cualquier trastorno psiquiátrico con el PHQ. La especificidad fue muy buena en todos los trastornos psiquiátricos, todas por encima del .87 que se obtuvo en los trastornos del estado del ánimo, así como en la exactitud general. En cuanto al nivel de concordancia medido mediante el índice kappa de Cohen todos los índices son buenos (0.61-0.80) al igual que la versión original del PHQ, excepto en el TDM que es moderado (0.41-0.60). Las puntuaciones de los 9 ítems de depresión (0-27) correlacionaron fuertemente con el número de

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

síntomas depresivos recogidos por el psicólogo clínico y el total de puntuaciones con el BDI.

En cuanto a los resultados diagnósticos del PHQ en la validación española, en comparación con el estudio de Spitzer et al. (1999), la prevalencia de trastornos psiquiátricos fue mayor (28% vs. al 41.5%). De todo el conjunto de 41.5% de sujetos que tuvieron un diagnóstico con el PHQ, el 20.5% estuvieron por encima del umbral y un 20.9% fueron sub-umbrales.

Al estudiar la relación de los resultados del PHQ con el estado funcional, el uso de servicios de salud y los días de discapacidad con la prueba SF-20. Los resultados fueron casi idénticos a los de la versión americana. Cuando más aumenta la severidad del diagnóstico del trastorno, van empeorando estas medidas. Encontramos la misma proporción que en la versión americana, pero un mayor número de consultas al médico en los 3 meses previos en todos los pacientes en la muestra española. Los pacientes del Grupo 4 acudieron de media un 5.9 veces mientras que los del Grupo 3 acudieron 4.5 veces, el Grupo 2, 4.0 veces, y el Grupo 1, 3.8 veces. Esto confirma al igual que la versión americana que los pacientes que padecen de trastornos

psicológicos son hiperfrecuentadores de los servicios de salud y a mayor gravedad, mayor uso. También muestran un mayor número de pérdidas de días laborables por causas relacionadas con el malestar. El Grupo 4 perdió de media un 28.0 días, mientras que el Grupo 3 perdió 13.8 días, el Grupo 2, 12.1, y el Grupo 1, 10.9 veces. Podemos observar el mayor número de pérdidas de esta población hospitalizada. De hecho, en esta muestra también se registró la cantidad de días que permanecían de estancia hospitalaria. El Grupo 4 permaneció de media un 13.6 días, mientras el Grupo 3 perdió 12.4 días, el Grupo 2, 12.6, y el Grupo 1, 11.6 veces.

En cuanto al reconocimiento de trastornos mentales, se compararon los resultados de la versión española del PHQ con la sección de trastornos mentales del ICD-9. De los 206 pacientes con un diagnóstico por encima del umbral del PHQ, solo un 35.9% tuvieron un trastorno mental en el momento del alta hospitalaria, mientras que quienes tenían un trastorno sub-umbral, un 28.1% lo presentaba. En general, el PHQ se mostró eficaz para diagnosticar los trastornos mentales en este tipo de pacientes.

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

El valor percibido por los pacientes reveló que el 93% se encontraron muy cómodos con el PHQ, y el 90.7% creyeron que las preguntas ayudaban a su médico a conocer su estado mental y los problemas que tenían.

En conclusión, al igual que los estudios originales llevados a cabo por Spitzer et al. (1994; 1999), los trabajos de validación con muestras españolas ofrecen resultados muy semejantes. El PRIME-MD español requirió un ajuste con sus puntos de corte para que ganase en especificidad, permitiendo la reducción de falsos positivos y, aun perdiendo un poco en sensibilidad, los resultados eran bastante aceptables. En cuanto al PHQ, tanto la adaptación del PHQ al trabajo original del PRIME-MD, como la propia versión española se ajustan con bastante semejanza. A pesar de haber sido utilizado primero en una muestra de AP y luego en una hospitalaria, sugiere ser un instrumento eficaz de detección sobre todo en los trastornos de ansiedad y depresión. En cuanto a los trastornos de abuso y dependencia de alcohol o trastornos somatomorfos, es necesario utilizar pruebas diagnósticas más finas para descartar o confirmar estos diagnósticos. Los puntos fuertes son los niveles

altos de sensibilidad, algo necesario en estos centros de salud donde se dispone de poco tiempo de observación y pueden aparecer muchos falsos negativos en la evaluación médica. También su rápida implementación de cerca de 6-8 minutos lo hace una prueba idónea para este objetivo. Para reducir la debilidad de un elevado nivel de falsos positivos sería recomendable la presencia de psicólogos clínicos en estos marcos sanitarios para diagnosticar con calidad este tipo de trastornos.

Como observamos, existe una alta prevalencia de trastornos psicológicos comunes, tanto en AP, como en hospitales, por lo que una evaluación de calidad permitiría una mejor planificación del tratamiento. También se observa que estos pacientes son hiperfrecuentadores de los servicios de salud, aumentando todavía más cuando la severidad del trastorno es también mayor. De nuevo una mejor evaluación y tratamiento mejoraría el estado de salud de los pacientes, permitiría un mayor aprovechamiento de los recursos, y reduciría costes indirectos por pérdidas de día laborables.

7.4. Módulos del PHQ

A partir de este sistema se han ido desarrollando varias pruebas de auto-informe abreviados que facilitan la detección de trastornos específicos, tales como TDM, TAG, TP y somatizaciones. Las pruebas correspondientes a estos trastornos son el PHQ-9, el GAD-7, el PHQ-TP y el PHQ-15 que describiremos a continuación. Además de estos, existen preguntas de cribado acerca de la posible presencia de trastorno alimentario y trastorno por abuso o dependencia de alcohol que omitiremos en este apartado por no ser pruebas específicas de auto-informe.

7.4.1. El PHQ-9. Cribado del TDM.

El PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) es la prueba de cribado específica para la detección del TDM según los 9 criterios DSM-IV del episodio depresivo mayor. El paciente puntúa mediante auto-informe en 9 ítems que evalúan síntomas ajustados a estos criterios en una escala Likert sobre la presencia del síntoma en las dos últimas semanas ("*nada en absoluto*", "*varios días*", "*más de la mitad de los días*" y "*casi todos los*

días") que puntúan de 0 a 3, llegando a una puntuación de entre 0 a 29. Para la presencia de TDM, el algoritmo requiere una puntuación de 2 (más de la mitad de los días) o 3 (casi todos los días) en al menos uno de los dos primeros síntomas; y debe puntuar 2 o 3 en al menos 5 ítems de los 9 (el noveno, suicidio, puntúa también si ha marcado 1). Al establecer el punto de corte se ha observado que la puntuación de 10 obtenía la mejor combinación de sensibilidad y especificidad con un .88 y .88, respectivamente, mientras que la versión española consiguió un .82 y .94 de sensibilidad y especificidad, respectivamente (Díez-Quevedo et al. 2001). El PHQ-9 ofrece un índice de severidad mediante rangos en las puntuaciones. Una puntuación entre 10-14, indica depresión menor, distimia o depresión mayor moderada; 15-19, depresión mayor moderadamente severa; y 20-27, depresión mayor severa. Se han obtenido otros cuestionarios aún más breves, tales como el PHQ-4 (Kroenke, Spitzer, Williams, & Lowe, 2009) el cual ofrece 2 ítems para evaluar la depresión, el PHQ-2 y dos ítems para evaluar la ansiedad, el GAD-2. El PHQ-2 se compone de los dos primeros ítems del PHQ-9, que corresponden a los dos primeros ítems

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

(estado de ánimo depresivo y anhedonia, pérdida de interés o placer por hacer actividades de la vida diaria) necesarios para sospechar la presencia de depresión según criterios DSM-IV. En el caso de puntuar positivamente en cualquiera de estos ítems hasta un punto de corte de 3 indica la sugerencia o la necesidad de realizar evaluaciones posteriores que diagnostiquen con mayor seguridad la presencia o no del TDM.

7.4.2. El GAD-7. Cribado del TAG.

El GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Lowe, 2006) es la prueba de cribado que pretende detectar el TAG, pero también sirve para detectar otros trastornos de ansiedad. En él se puntúan 7 síntomas de ansiedad común también en una escala Likert sobre la presencia del síntoma en las dos últimas semanas ("*nada en absoluto*", "*varios días*", "*más de la mitad de los días*" y "*casi todos los días*") que puntúan de 0 a 3, donde la puntuación máxima es 21. El algoritmo requiere puntuar 2 en la primera pregunta y en otras 3 más, hasta llegar a un punto de corte de 8. El trabajo original de Spitzer et al. (1999) obtuvo una sensibilidad moderada de .63 y una especificidad de .97 para

cualquier trastorno de ansiedad. No obstante trabajos posteriores (Spitzer et al., 2006) encontraron que una puntuación mayor o igual de 10 es mejor indicador de trastornos de ansiedad, alcanzando una sensibilidad de .89 y una especificidad de .82. La versión española del PHQ contiene el GAD-7 con una reducción en la escala Likert de respuesta, con solo 3 en vez de 4, lo cual determina que las comparaciones de los puntos de corte con la versión original puedan ser diferentes (Díez-Quevedo et al., 2001). Aun así, obtuvo unas características operativas de .69 y de .99 en sensibilidad y especificidad, respectivamente. En el GAD-2, las dos preguntas de ansiedad del PHQ-4 se recogen dos síntomas del GAD-7 y una puntuación mayor o igual que 3 es un indicador de probable trastorno de ansiedad.

7.4.3. El PHQ-TP. Cribado del TP.

El PHQ contiene también los síntomas DSM-IV del TP en una sub-escala específica, el PHQ-PD (*Panic Disorder*) y en español PHQ-TP (Trastorno de Pánico). El trabajo original de Spitzer et al. (1999) encontró unas características operativas del

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

test con una sensibilidad de .81 y una especificidad de .99, mejorando sustancialmente la sensibilidad frente al trabajo de diseño del PRIME-MD, con una sensibilidad de .57 y una especificidad idéntica de .99. El diagnóstico de probable TP se alcanza con un algoritmo de respuesta afirmativa a las 4 primeras preguntas, así como a 4 o más de los síntomas posteriores. En la validación española se encontró una sensibilidad de .83 y una especificidad de .98, muy semejante a la prueba original.

Otros estudios posteriores han modificado los algoritmos en búsqueda de mejora de las propiedades psicométricas de la sub-escala del PHQ-TP (Löwe et al., 2003; Osorio, Lima & Chagas, 2014; Wittkamp et al., 2011). Concretamente, Löwe et al. (2003) evaluaron una muestra de 499 participantes, y al utilizar el algoritmo del PHQ original (respuesta afirmativa a las 4 primeras preguntas y 4 o más síntomas somáticos) hallaron una sensibilidad de .75 y una especificidad de .96, pero encontraron resultados diferentes al cambiar el algoritmo. Al cambiar el algoritmo con 3 respuestas afirmativas a las 4 primeras preguntas y 4 o más síntomas somáticos, hallaron que,

tras una reducción de la especificidad al .91, se mejoró la sensibilidad hasta un .86. Finalmente, al cambiar el algoritmo a los mismos criterios de la SCID-IV del eje I DSM-IV, es decir, 2 respuestas afirmativas a las 4 primeras preguntas y 4 o más síntomas somáticos se encontró una sensibilidad .91, y una especificidad de .88, la más adecuada de todas. En la versión española de Díez-Quevedo et al., (2001) podemos observar que contiene los criterios del PHQ original, realizado por Spitzer et al. (1999)

Por otra parte, Wittkamp et al. (2011) evaluaron una muestra total de 479 pacientes de AP con alto riesgo de padecer problemas de salud mental, observando que el PHQ-TP obtenía una sensibilidad de .44 y una especificidad de .94 con los criterios originales del PHQ. Al cambiar los criterios a 3 respuestas afirmativas a las 4 primeras preguntas y 4 o más síntomas somáticos se obtuvo una sensibilidad de .61 y una especificidad de .89 y con los criterios de 2 respuestas afirmativas a las 4 primeras preguntas y 4 o más síntomas somáticos se observó una sensibilidad de .66 y una especificidad de .87. Podemos desprender que los criterios originales del PHQ

son los más estrictos y los que menor sensibilidad ofrecen. Se recomienda que las pruebas de cribado sean especialmente sensibles sobre todo en ámbitos de AP, donde la sobrecarga de atención y de tiempo breve pueda reducir el nivel de falsos negativos aun aumentándose la posible presencia de falsos positivos.

7.4.4. El PHQ-15. Cribado del trastorno por somatización.

En el PHQ-15 (Kroenke et al., 2002) se utiliza para la detección de un probable trastorno por somatización. Se puntúan 15 síntomas somáticos en una escala Likert con 3 ítems de respuesta "*no me han molestado*", "*me han molestado un poco*" o "*me han molestado mucho*", que evalúan el índice de molestia del síntoma en las últimas 4 semanas. La máxima puntuación es de 30 y se requiere un algoritmo donde, al menos, 3 síntomas puntúen el máximo (2 puntos) en los 13 primeros síntomas, sin que haya una explicación biológica. Según las puntuaciones se clasifica el trastorno somatomorfo en *bajo* (0-4), *leve* (5-9), *moderado*, (10-14) y *severo* (mayor o igual que 15). En el estudio original (Kroenke et al., 2002) se encontró que el 88%

de los pacientes tenía un trastorno somatomorfo al seguir este criterio. La validación española del PHQ-15 mostró buenas propiedades psicométricas semejantes al original lo que lo convierte también en una prueba óptima para población española (Montalbán, Vives, & García-García, 2010). El PHQ validado al español cuenta con el apartado de somatizaciones con solo 13 ítems, al haberse retirado el ítem de pérdida de energía y el de problemas del sueño. Un estudio realizado en AP que utilizó la SCID-I como estándar de referencia halló al PHQ-15 como una prueba con una sensibilidad de 0.78 y una especificidad de 0.71 (van Ravesteijn et al., 2009), lo que sugiere que es una prueba con fiabilidad moderada para la detección del trastorno somatomorfo. Es posible que estas bajas características del test se deban a que el PHQ-15 no describe si los síntomas tienen, o no, un origen biológico, y que se centra en la presencia actual de las molestias pero no en tiempo vida, criterios centrales en el DSM-IV. Otro estudio también implementado en AP mostró que al utilizar un punto de corte de 10 se obtenía una sensibilidad de 80.2% y una especificidad de 58.5%, sugiriendo que la prueba es válida pero con limitaciones por su baja especificidad

7. El PHQ - *Patient Health Questionnaire*

(Körber, Frieser, Steinbrecher, & Hiller, 2011). Se han descrito tres posibles indicaciones para que el PHQ-15 sea una prueba óptima en la detección de las somatizaciones (Kroenke et al, 2010). Parece ser que se necesitan menos síntomas crónicos para diagnosticar un trastorno somatomorfo, ya que las pruebas tradicionales, que exigían un mayor número de síntomas, solo eran capaces de detectar entre un 10-20% en AP. El focalizarse en sintomatología actual es más óptimo y fiable. A su vez, el requerir que los síntomas sean no explicados médicamente es problemático ya que atribuir la etiología de ciertos problemas somáticos comunes a condiciones médicas o psicológicas específicas que suelen convivir en los pacientes es difícil. Por tanto, este bajo punto de corte, focalizarse en síntomas actuales y la no definición de la etiología de los problemas somáticos hacen del PHQ-15 una prueba excelente para la detección del trastorno somatomorfo.

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el *Patient Health Questionnaire* (PHQ) en PsicAP

8.1. Objetivos

El objetivo principal de esta tesis, como se ha indicado, es el estudio de la capacidad de detección de los módulos de depresión, ansiedad y pánico del PHQ para su uso en los centros de AP del sistema público de salud español, inscritos al ensayo PsicAP. Para ello se estudiarán las propiedades psicométricas de los módulos evaluados, el PHQ-9 de TDM, el PHQ-TP de TP y el GAD-7 de TAG. Esta tesis propone las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Es el PHQ-9 un instrumento válido de cribado y diagnóstico para el TDM en los centros de AP del ensayo PsicAP? Para responderla, se estudiarán la características operativas del test PHQ-9, mediante análisis de Curva COR (*ROC Curve en inglés*), en concreto los niveles de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y ratio de probabilidad positiva y negativa. Como

medida estándar de referencia se utilizará el apartado de episodio depresivo mayor de la SCID-I.

2. ¿Son los dos ítems del PHQ-9 que corresponden al PHQ-2 válidos para detectar el TDM en los centros de AP del ensayo PsicAP? Para responderla, se estudiarán las propiedades psicométricas anteriormente mencionadas utilizando, a su vez, el apartado de episodio depresivo mayor de la SCID-I para conocer el mejor punto de corte como prueba de cribado.
3. ¿Usar el módulo PHQ-TP será útil como herramienta de cribado y diagnóstico para el TP en los centros de AP adscritos al ensayo PsicAP? Para responderla, de nuevo, mediante análisis de Curva COR, se estudiarán los niveles de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y ratio de probabilidad positiva y negativa. Como medida estándar de referencia se utilizará el apartado de trastorno de angustia de la SCID-I. Se estudiarán si los algoritmos de las pruebas originales son adecuados, así como el estudio de los resultados tras cambios en los diferentes algoritmos. También se estudiará si el primer ítem

del PHQ-TP contiene buenas propiedades psicométricas como pregunta de cribado para pánico.

4. ¿Es el GAD-7 una prueba válida para la detección del TAG en los centros de AP del ensayo PsicAP? Para responderla, se evaluarán la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y ratio de probabilidad positiva y negativa, como características del test, usando análisis de Curva COR. En este caso se utilizará la CIDI como referencia estándar, en su apartado de TAG.
5. ¿Son los ítems del GAD-7 pertenecientes al GAD-2 útiles como herramienta de cribado para su utilización en las consultas de AP del ensayo PsicAP para detectar TAG? Para responderla, de nuevo, las propiedades psicométricas serán estudiadas con la CIDI como herramienta de referencia.
6. ¿Es el PHQ una prueba válida que pueden disponer los MAPs en sus consultas de AP para detectar en poco tiempo y fiabilidad óptima, DE tales como trastornos de ansiedad y del estado del ánimo? En el caso de que las propiedades psicométricas sean eficaces como en la literatura científica

se podrá sugerir su utilización para mejorar la detección de pacientes con DE en las consultas de AP.

8.2. Metodología

Se estudiaron las características del PHQ como prueba de cribado y de diagnóstico de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo en pacientes usuarios de los servicios de AP. En este estudio solo se utilizaron los módulos correspondientes al trastorno depresivo mayor (PHQ-9), trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y de trastorno de pánico (PHQ-TP). Se compararon los resultados del PHQ-9 y el PHQ-TP con los resultados de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del eje I DSM-IV (SCID-I) y del GAD-7 con la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) de la OMS, que se utilizaron como patrón de referencia. También se estudiaron las propiedades psicométricas del PHQ-2 y el GAD-2, que son ítems contenidos en el PHQ-9 y el GAD-7 y componen el PHQ-4, una herramienta ultra-corta que ha mostrado buenas propiedades psicométricas para detectar

trastornos del estado del ánimo y de ansiedad en AP y que puede ser muy recomendable por su rápida administración.

8.2.1. Muestra

En el estado español, todos los pacientes que pertenecen al Sistema Público de Salud tienen asignado un médico especialista en medicina familiar y comunitaria, conocido como Médico de Atención Primaria (MAP). La AP es la puerta de entrada de todo paciente al sistema sanitario público, y hace de puente entre otros servicios especializados. Todos los pacientes que mostraban quejas somáticas o psicológicas fueron invitados a participar en el estudio después de ser debidamente informados. Aquellos que aceptaron dando su consentimiento informado completaron el PHQ, entre otras medidas. De un total de 582 pacientes seleccionados en todo el ensayo durante el año 2014 y que completaron el PHQ en los diferentes centros, 282 pacientes pertenecieron a 5 centros de 4 comunidades autónomas del estado español, 2 centros en Valencia y 1 en Albacete, Mallorca y País Vasco. De este total de 282 pacientes, 178 pacientes (63%) completaron a su vez la SCID-I y la CIDI,

en sus apartados de depresión, ansiedad y pánico. No hubo diferencias en las variables demográficas entre los que aceptaron y rechazaron hacer las entrevistas diagnósticas. Observar la Tabla 1 para más detalle.

8.2.2. Instrumentos

- *Patient Health Questionnaire* (PHQ): El PHQ es una prueba de cribado de autoinforme derivada a partir de la prueba PRIME-MD desarrollada por Spitzer et al. (1999), un sistema de evaluación de trastornos mentales en AP, como ya se ha indicado. Contiene módulos que evalúan somatizaciones (PHQ-15), trastornos depresivos (PHQ-9), trastorno de pánico (PHQ-TP), trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) así como trastornos alimentarios y trastorno por abuso o dependencia de alcohol. En este estudio solo se seleccionaron los módulos de depresión, ansiedad y pánico, el PHQ-9, el GAD-7 y el PHQ-TP, respectivamente. Observar en el capítulo 15 de anexos los diferentes cuestionarios utilizados.

- *PHQ-9*: El módulo de 9 ítems de depresión que contiene el PHQ (preguntas 2a-2i) está basado en la presencia de 9 criterios diagnósticos de TDM del DSM-IV en un periodo de las dos últimas semanas: (a) estado de ánimo depresivo, (b) anhedonia, (c) problemas para dormir, (d) sensación de cansancio, (e) cambios en apetito o peso corporal, (f) sentimientos de culpa o inutilidad, (g) dificultad para concentrarse, (h) sensación de lentitud o inquietud, (i) pensamientos suicidas. Hay cuatro categorías de respuesta: 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días).

- *PHQ-2*: El módulo de 2 ítems de depresión que contiene el PHQ-4 (preguntas 2a y 2b) que sondea la presencia de un (a) estado de ánimo depresivo y (b) anhedonia, en un periodo de las dos últimas semanas: Hay cuatro categorías de respuesta: 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días).

- *PHQ-TP*: El módulo de pánico es la parte del PHQ que recoge los ítems 3a-d y 4a-k. La pregunta 3 incluye elementos

derivados del sistema de clasificación del DSM-IV para consultar la historia y frecuencia de un ataque de pánico: (3a) En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad - sensación repentina de sentir miedo o pánico? (3b) ¿Alguna vez le había pasado antes? (3c) ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a? (3d) ¿Estos ataques te molestan mucho o le preocupa tener otro ataque? La pregunta 3a es una pregunta de cribado donde si la respuesta es "no", se pide a los sujetos que procedan al siguiente módulo. La pregunta 4 incluye los síntomas somáticos de ataque de pánico: (4a) falta de aire, (4b) palpitaciones del corazón, (4c) dolor de pecho o presión en el pecho, (4d), sudoración (4e) sensaciones de ahogo, (4f) sofocos o escalofríos, (4g) náuseas, malestar estomacal o diarrea, (4h) sensación de mareo, inestabilidad o desmayo, (4i) hormigueo o adormecimiento en algunas partes de su cuerpo; (4j) temblor o estremecimiento; y (4k) miedo de morir. Hay dos categorías de respuesta: "no" (0 puntos) y "sí" (1 punto).

Una puntuación positiva en el módulo de pánico se indica si las preguntas 3a-d son todas respondidas afirmativamente (suma la puntuación de 4) en combinación con la presencia de cuatro o más ítems de la pregunta 4 referentes a síntomas somáticos (suma 4 puntos). Sin embargo, ya que una alta tasa de detección es el primer objetivo para la selección de instrumentos de cribado, hemos probado si la modificación de los algoritmos de evaluación aumentaría la sensibilidad para el diagnóstico de pánico. El algoritmo de evaluación original requiere que las cuatro primeras respuestas a la pregunta 3 sean positivas. Los algoritmos que han sido modificados requiere una respuesta positiva en el primer ítem (3a) y una respuesta positiva en las contenidas entre la 3b-d.

La única pregunta de cribado para la que hemos probado la validez diagnóstica fue tomada desde el módulo de pánico PHQ (pregunta 3a). La redacción exacta es: *En las últimas 4 semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad - sensación repentina de sentir miedo o pánico?*

- GAD-7: El PHQ contiene el GAD-7 en los ítems 5a-g. Es el módulo que criba la presencia de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que se enumeran en el DSM-IV: (5a) nerviosismo, (5b) inquietud excesiva, (5c) cansancio, (5d) dolor o tensión muscular, (5e) problemas de sueño, (5f) problemas de concentración y (5g) irritación fácil. La versión que contiene la versión española del PHQ (Díez-Quevedo et al., 2001) contiene tres escalas de respuesta que van desde 0 (nunca), 1 (varios días) y 2 (más de la mitad de los días) y requiere un algoritmo para dar presencia de TAG con una respuesta de más de la mitad de los días en la pregunta 5a más tres de las preguntas 5b-g. En cambio, la versión original validada al español por García-Campayo et al. (2010) contiene 4 escalas de respuesta al igual que la versión original inglesa de Spitzer et al. (2006) que van desde 0 (nunca), 1 (varios días) y 2 (más de la mitad de los días) y 3 (Casi todos los días). Por lo tanto, la puntuación total oscila entre 0 y 21. De acuerdo con estos autores, la puntuación total se puede clasificar en cuatro grupos de gravedad: mínima (0-4), leve (5-9), moderada (10-14) y grave (14-20). Además los ítems tienen un contenido

diferente; (5a) nerviosismo, (5b) incontrolabilidad de la preocupación (5c) preocupación generalizada, (5d) problemas para relajarse, (5e) inquietud excesiva, (5f) irritación fácil y (5g) miedo desconocido. Se ha observado que un punto de corte de 10 consigue una sensibilidad de .89 y una especificidad de .82, mientras que la versión validada española de García-Campayo et al. (2010) muestra una sensibilidad de .86 y una especificidad de .93 con el mismo punto de corte. En este estudio se utilizó la última versión que hemos mencionado.

- *GAD-2*: El *GAD-7* contiene los ítems 5a y 5b que forman el *GAD-2*, una versión ultra-corta para detectar trastornos de ansiedad. Se pregunta si existe la presencia de un estado de (5a) nerviosismo y (5b) incontrolabilidad de la preocupación en las dos últimas semanas. Hay cuatro categorías de respuesta: 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días).

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos DSM-IV Axis I (SCID-I)*: La *SCID-I* es una entrevista semi-estructurada

para el diagnóstico de trastornos mentales en el Eje-I según el criterio DSM-IV. La SCID-I se administró por los investigadores después de haber recibido formación de un psicólogo clínico cualificado. Abarca dos secciones: *Sección Episodio Depresivo Mayor*: Para diagnosticar un episodio de depresión mayor el paciente tiene que responder a 9 criterios del DSM-IV en relación con las dificultades actuales en las últimas 2 semanas, y debe tener una puntuación positiva en al menos uno de los dos primeros síntomas y en al menos 5 de los 9 síntomas. *Sección Trastorno de Angustia*: Para evaluar la presencia de Trastorno de Angustia los pacientes tienen que responder a 16 criterios del DSM-IV de síntomas con trastornos de angustia. Los pacientes deben responder de forma positiva en la primera pregunta, al menos en una de los tres síntomas subsiguientes y en al menos 4 de los 13 síntomas restantes. A diferencia del PHQ-TP, esta sección permite detectar la presencia de un trastorno de pánico con o sin agorafobia.

- *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) de la OMS*: es una entrevista estructurada para los trastornos psiquiátricos según los criterios del DSM-IV y la CIE-10 (OMS, 1990). Se utilizó la sección del TAG, con el fin de detectar este trastorno así como su versión española de la OMS (1997).

8.2.3. Procedimiento

El estudio se realizó desde los meses de enero de 2014 hasta diciembre del mismo año en pacientes de AP con edades comprendidas entre 18 y 65 años de edad. Del total de 14 centros de AP del sistema público de salud asociados al ensayo PsicAP, se seleccionaron los 5 centros de AP correspondientes a las comunidades de Albacete, Mallorca, País Vasco y Valencia para recoger la muestra de este trabajo. Tanto los comités éticos locales de cada comunidad así como un comité ético de referencia estatal y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios aprobaron el protocolo del estudio.

Los MAPs de los 5 centros anteriormente mencionados invitaron a participar a aquellos pacientes que presentaban sintomatología emocional negativa con base ansiosa, depresiva

o mediante molestias físicas sin explicación biológica proporcionándoles la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado del ensayo clínico. Aquellos que firmaron el Consentimiento Informado fueron citados a una cita posterior de una hora por un psicólogo clínico o investigador del ensayo. En esta cita se les informó de nuevo del ensayo y cumplimentaron el PHQ y el resto de medidas en privado mediante una versión informatizada. Se proporcionó la versión en papel para aquellos pacientes que no supieran manejar computadores, o se ayudó a cumplimentar el cuestionario informatizado para quien tuviera problemas de visión. Al terminar la cumplimentación del PHQ se les informó de la posibilidad de participar en el sub-estudio donde se les administraría los apartados anteriormente descritos de la SCID-I y la CIDI. También se les proporcionó la Hoja de Información del Paciente y el Consentimiento Informado del sub-estudio. Una vez firmado, un psicólogo entrenado en la administración de estas entrevistas y ciego a los resultados de los módulos del PHQ de interés, administró las entrevistas.

8.2.4. Análisis estadísticos

Para evaluar la validez de criterio de los módulos de interés del PHQ se calcularon las características de la prueba mediante análisis de Curva COR (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y ratio de probabilidad positiva y negativa) utilizando varios criterios de puntuación, incluyendo el criterio algorítmico original y en algún caso, modificando los algoritmos, como en el caso del PHQ-TP.

8.3. Resultados

8.3.1. Muestra estudiada

298 pacientes fueron reclutados por los MAPs de 5 centros de AP del total de 14 centros adscritos al ensayo PsicAP, entre febrero y diciembre del año 2014. Se reclutaron finalmente a 260 por parte de los psicólogos, de los cuales 155 pacientes (59.6%) pertenecieron a los dos centros de Valencia, 39 pacientes (15%) al centro de Albacete, 33 (12.7%) al centro de Islas Baleares y 33 (12.7%) al centro del País Vasco. 20 pacientes (6.7%) no fueron contactados, 9 (3%) fueron

excluidos por superar el rango edad de inclusión, 6 (2%) renunciaron y 3 (1%) fueron excluidos por otras razones.

Del total de 260 que completaron el PHQ y el resto de medidas de registro, se les ofreció participar a 194 (74%) de los cuales 178 (91.7%) firmaron el Consentimiento Informado del sub-estudio que permitía someterse a la realización de las entrevistas diagnósticas mediante un psicólogo clínico entrenado. El total de estos pacientes fueron 122 en Valencia (68.5%), 31 en Islas Baleares (16.9%), 21 en Albacete (11.8%) y 5 en País Vasco (2.8%) del total de 14 centros adscritos al ensayo PsicAP durante este año. Finalmente, 178 pacientes (68.5%) completaron el PHQ completo así como se les administraron las entrevistas diagnósticas por psicólogos entrenados, completando el total de muestra de esta tesis.

El 70.2% eran mujeres (125) frente al 29.8 de hombres (53) y la edad media fue 43,5. El estado civil de los participantes fue: 48.3% casados (86), 11.8% divorciados (21), 1.7% viudo (3), 7.9% separados (14), 16.3 nunca se casaron (29) y 14% eran miembros de parejas no casadas (25). El nivel de estudios comprendía entre un 2.2% sin estudios (4), 39.9% educación

básica (71), 15.2% educación secundaria (27), 25.8% bachillerato (46), 15.2% estudios universitarios (27) y un 1.7% con Máster o Doctorado (3). La situación laboral era de un 10.1% para empleados de media jornada (18), 32.6% empleados de jornada completa (58), 29.2% desempleados en busca de trabajo (52), 15.2% desempleados sin busca de trabajo (27), 6.2% con baja laboral temporal (11), 1.1% con baja laboral permanente (2) y un 5.6% jubilados (10). El nivel de ingresos de menos de 12.000 comprendía el 48.9% (87), entre 12.001 y 24.000 un 44.4% (79), entre 24.001 y 36.000 un 5.6% (10) y de más de 36.000 un 1.1% (2). Del total de 178 pacientes, un 43.8% estaban tomando hipnóticos (78), un 33.1% ansiolíticos (59) y un 29.2% antidepresivos (52). No se hallaron diferencias significativas entre la muestra de 260 participantes que completaron el PHQ y la de 178 que completaron el PHQ y las entrevistas diagnósticas. Observar resultados en la tabla 1.

8.3.2. Diagnósticos según el PHQ

En la muestra de 260 pacientes se observó que 141 pacientes (54,2%) presentaban un TS en el PHQ-13; 178

pacientes (68.5%) un TDM medido mediante el algoritmo diagnóstico del DSM-IV mientras que 203 pacientes (78.1%) presentaban un TDM medido con un punto de corte de 10 en el PHQ-9; 57 pacientes puntuaban positivamente con un TP (21.9%) en el PHQ-TP; 180 pacientes presentaban un TAG mediante un punto de corte de 10 en el GAD-7, 45 pacientes presentaban un posible trastorno de alimentación (17.3%) y 38 pacientes presentaban un trastorno por abuso de alcohol (14,6%). Los resultados del PHQ de nuestra muestra de 260 pacientes y de 178 pacientes no mostró diferencias significativas entre ellos. En la tabla 2 se pueden observar estos datos con mayor detalle.

La presencia de comorbilidad entre los sujetos fue elevada, así como se observa en la literatura científica. El TDM estuvo presente con el TAG en un 60,1% (107), TDM y TS en un 45,5% (81), al igual que el TAG y TS con un 45% (81). La presencia de tres trastornos comórbidos como el TDM, TAG y TS se detectó en un 41,6% de pacientes (74). La prevalencia de la presencia de los 4 trastornos fue del 12,4% (22). Para más resultados observar la tabla 3.

8.3.2. Estudio del PHQ-9 con la SCID-I

8.3.2.1. Diagnósticos según la SCID-I

La prevalencia del TDM en nuestra muestra de 178 pacientes fue de 129 (72.5%) frente a 49 con un diagnóstico negativo (27.5%). Además de un TDM, 36 pacientes (20,2%) obtuvieron un diagnóstico de los otros dos trastornos evaluados, TAG y TP. Así pues, los pacientes con un diagnóstico de TDM compartieron a su vez un diagnóstico de TAG con 113 pacientes (63.5%) y con un TP por 38 pacientes (21,3%).

8.3.2.2. Características operativas del PHQ-9 como prueba de cribado

Los análisis de Curva COR indicaron que el PHQ-9 tuvo rendimiento excelente, con un área bajo la curva=0.89 (95% IC: 0.84-0.95) (observar la curva COR en la figura 2). El punto de corte más adecuado para detectar un caso positivo de TDM fue de 10 o mayor. Del total de 129 pacientes con TDM según el diagnóstico de la SCID-I, 122 pacientes tuvieron una puntuación de 10 o mayor. Mientras, del total de pacientes sin diagnóstico de TDM, 33 pacientes de los 49 detectados con la SCID-I puntu-

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el PHQ en PsicAP

Tabla 1
Datos demográficos

	N	Porcentaje	N	Porcentaje	Diferencias
Total	260	100%	178	100%	
Centro de Salud					
Castilla La Mancha	39	15%	21	11,8%	n.s
Islas Baleares	33	12,7%	30	16,9%	n.s
País Vasco	33	12,7%	5	2,8%	n.s
Valencia	155	59,6%	122	68,5%	n.s
Sexo					
Femenino	186	71,5%	125	70,2%	n.s
Masculino	74	28,5%	53	29,8%	n.s
Estado civil					
Casado/a	130	50,0%	86	48,3%	n.s
Divorciado/a	28	10,8%	21	11,8%	n.s
Viudo/a	5	1,9%	3	1,7%	n.s
Separado/a	19	7,3%	14	7,9%	n.s
Nunca se ha casado	48	18,5%	29	16,3%	n.s
Miembro pareja no casada	30	11,5%	25	14,0%	n.s
Nivel de estudios					
Sin estudios	7	2,7%	4	2,2%	n.s
Educación básica	94	36,2%	71	39,9%	n.s
Educación secundaria	40	15,4%	27	15,2%	n.s
Bachillerato	64	24,6%	46	25,8%	n.s
Estudios universitarios	47	18,1%	27	15,2%	n.s
Máster/doctorado	8	3,1%	3	1,7%	n.s
Situación laboral					
Empleado media jornada	28	10,8%	18	10,1%	n.s
Empleado jornada completa	85	32,7%	58	32,6%	n.s
Desempleado/a, en busca de trabajo	77	29,6%	52	29,2%	n.s
Desempleado/a, no busca de trabajo	36	13,8%	27	15,2%	n.s
Baja laboral temporal	14	5,4%	11	6,2%	n.s
Baja laboral permanente	4	1,5%	2	1,1%	n.s
Jubilado	16	6,2%	10	5,6%	n.s
Nivel de ingresos					
Menos de 12,000	119	45,8%	87	48,9%	n.s
Entre 12,000 y 24,000	112	43,1%	79	44,4%	n.s
Entre 24,000 y 36,000	20	7,7%	10	5,6%	n.s
Más de 36,000	9	3,5%	2	1,1%	n.s
Consumo de hipnóticos					
No	147	56,5%	100	56,2%	n.s
Sí	113	43,5%	78	43,8%	n.s
Consumo de ansiolíticos/tranquilizantes					
No	175	67,3%	119	66,9%	n.s
Sí	85	32,7%	59	33,1%	n.s
Consumo de antidepresivos					
No	194	74,6%	126	70,8%	n.s
Sí	66	25,4%	52	29,2%	n.s

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el PHQ en PsicAP

Tabla 2
Diagnósticos según PHQ

	N	Porcentaje	N	Porcentaje	Diferencias
Total	260	100%	178	100%	
Trastorno Somatomorfo (TS)					
Sin TS	119	45,8%	84	47,2%	n.s
Con TS	141	54,2%	94	52,8%	n.s
Trastorno Depresivo (TDM)					
Sin TDM (algoritmo)	82	31,5%	54	30,3%	n.s
Con TDM (algoritmo)	178	68,5%	124	69,7%	n.s
Sin TDM (≤ 10)	57	21,9%	40	22,5%	n.s
Con TDM (≤ 10)	203	78,1%	138	77,5%	n.s
Trastorno de Pánico (TP)					
Sin TP (Algoritmo 4+4)	203	78,1%	138	77,5%	n.s
Con TP (Algoritmo 4+4)	57	21,9%	40	22,5%	n.s
Sin TP (Algoritmo 1+1+4)	150	57,7%	104	58,4%	n.s
Con TP (Algoritmo 1+1+4)	110	42,3%	74	41,6%	n.s
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)					
Sin TAG (≤ 10)	80	30,8%	50	28,1%	n.s
Con TAG (≤ 10)	180	69,2%	128	71,9%	n.s
Trastorno Alimentario (Talim)					
Sin Trastorno Alimentario	215	82,7%	148	83,1%	n.s
Con Trastorno Alimentario	45	17,3%	30	16,9%	n.s
Abuso Alcohol					
Sin Abuso Alcohol	222	85,4%	153	86,0%	n.s
Con Abuso Alcohol	38	14,6%	25	14,0%	n.s

Tabla 3
Diagnósticos según PHQ. Presencia de Comorbilidad.

	N	Porcentaje	N	Porcentaje	Diferencias
Total	260	100%	178	100%	
TDM + TAG	150	57,7%	107	60,1%	n.s
TDM + TS	115	44,2%	81	45,5%	n.s
TAG + TS	117	45,0%	81	45,5%	n.s
TDM + TAG + TS	104	40,0%	74	41,6%	n.s
TAG + TP	45	17,3%	33	18,5%	n.s
TDM + TP	40	15,4%	30	16,9%	n.s
TDM + TAG + TP	37	14,2%	29	16,3%	n.s
TP + TS	42	16,2%	27	15,2%	n.s
TS + TAG + TP	36	13,8%	25	14,0%	n.s
TDM + TS + TP	34	13,1%	23	12,9%	n.s
TS + TDM + TP + TAG	32	12,3%	22	12,4%	n.s
TS + TDM + TP + TAG + Talim + Alcohol	1	0,4%	1	0,3%	n.s

-aron por debajo de este punto de corte. Esto resultó en una sensibilidad del PHQ-9 de 0.95 (95% CI: 0.89 - 0.97), una especificidad de 0.67 (95% CI: 0.53 - 0.79), un valor predictivo positivo de 0.88 y un valor predictivo negativo de 0.83, un ratio de probabilidad positiva de 2.90 (95% CI: 1.93 - 4.33) y negativa de 0.08 (95% CI: 0.04 - 0.17). Se puede observar que el punto de corte de 12 en el PHQ-9 ofreció una sensibilidad del PHQ-9 de 0.84 (95% CI: 0.77 - 0.90), una especificidad de 0.78 (95% CI: 0.64 - 0.87), un valor predictivo positivo de 0.91 y negativo de 0.66, un ratio de probabilidad positiva de 3.76 (95% CI: 2.23 - 6.37) y un ratio de probabilidad negativa de 0.20 (95% CI: 0.13 - 0.31). Un total de 109 pacientes puntuaron con 12 o por encima del total de 129 pacientes diagnosticados con TDM mediante la SCID-I, mientras que 38 puntuaron por debajo, del total de 49 sin este diagnóstico. Observar en la tabla 4 otros puntos de corte.

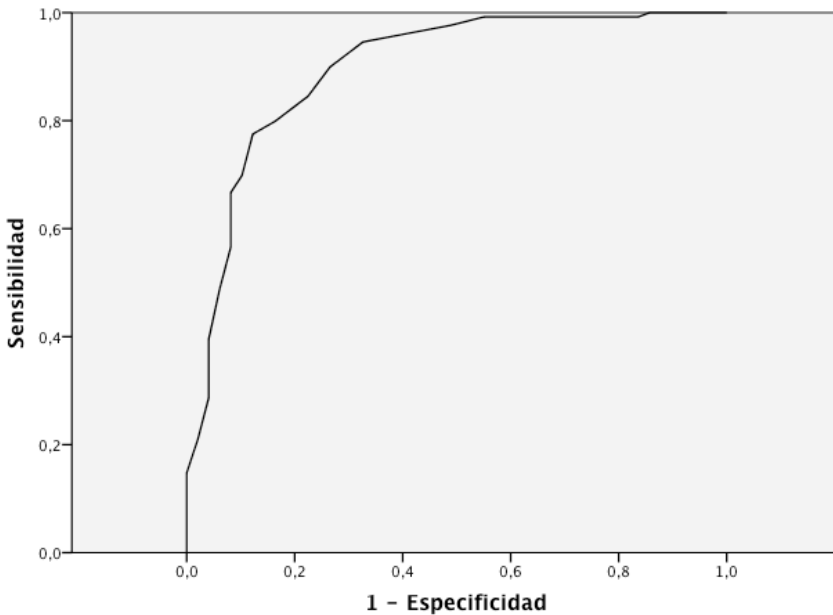


Figura 2. Curva COR del PHQ-9. Área bajo la curva=0.89 (95% IC: 0.84–0.95)

8.3.2.3. Características operativas del PHQ-9 como prueba de diagnóstico

De 129 pacientes con diagnóstico depresivo con la SCID-I, 114 pacientes tuvieron un diagnóstico depresivo utilizando el algoritmo diagnóstico del PHQ-9. De los 54 pacientes que no lo tuvieron 39 pacientes no alcanzaron el diagnóstico mediante este punto de corte. Esto resultó en una sensibilidad del PHQ-9 de 0.88 (95% CI: 0.82 - 0.93), una especificidad de 0.80 (95% CI: 0.66 - 0.89), un valor predictivo

positivo de 0.92 y negativo de 0.72, un ratio de probabilidad positiva de 4.33 (95% CI: 2.48 - 7.55) y negativa de 0.15 (95% CI: 0.89 - 0.24). Observar otros puntos de corte en la tabla 4.

8.3.2.4. Características operativas del PHQ-2 como prueba de cribado

Los análisis de Curva COR indicaron que el PHQ-9 tuvo un buen rendimiento, con un área bajo la curva=0.85 (95% IC: 0.78-0.91) (observar la curva COR en la figura 3).

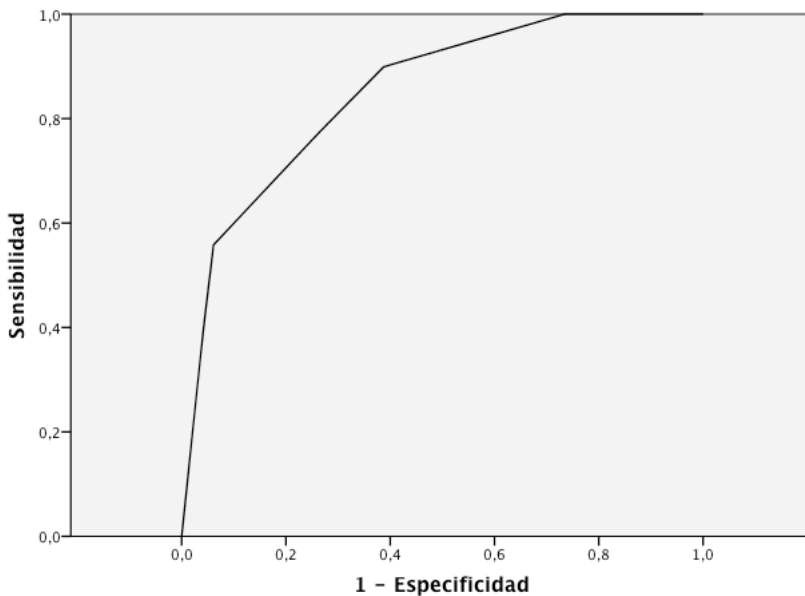


Figura 3. Curva COR del PHQ-2. Área bajo la curva=0.85 (95% IC: 0.78-0.91)

El punto de corte de 3 fue el más adecuado para detectar un caso positivo de TDM. 116 pacientes de los 129 pacientes con depresión según el diagnóstico de la SCID-I obtuvieron una puntuación de 4 o mayor, mientras 30 pacientes puntuaron por debajo de este punto de corte. Esto resultó en una sensibilidad del PHQ-9 de 0.90 (95% CI: 0.84 - 0.94), una especificidad de 0.61 (95% CI: 0.47 - 0.73), un valor predictivo positivo de 0.86 y un valor predictivo negativo de 0.70, un ratio de probabilidad positiva de 2.32 (95% CI: 1.62 - 3.31) y un ratio de probabilidad negativa de 0.16 (95% CI: 0.09 - 0.29). Observar la tabla 5 para observar con detalle otros puntos de corte.

8.3.3. Estudio del PHQ-TP con la SCID-I

8.3.3.1. Diagnósticos según la SCID-I

La prevalencia del TP medida mediante el apartado de trastorno de angustia de la SCID-I en nuestra muestra de 178 pacientes fue de 52 (29%) frente a 126 con un diagnóstico negativo (71%). De los cuales, un total de 13 pacientes presentaron TP con agorafobia (7.3%). La presencia de un diagnóstico de los tres trastornos fue de 36 pacientes (20,2%).

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el PHQ en PsicAP

Tabla 4

Características operativas del PHQ-9

Punto de Corte	Verdaderos positivos	Falsos negativos	Falsos positivos	Verdaderos negativos	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Ratio de Probabilidad positiva	Ratio de Probabilidad negativa
PHQ-9 \geq 8	126	3	24	25	0.98 (0.94–0.99)	0.51 (0.37–0.64)	0.84	0.89	1.99 (1.50–2.66)	0.05 (0.01–0.14)
PHQ-9 \geq 9	124	5	20	29	0.96 (0.91–0.98)	0.59 (0.45–0.72)	0.86	0.85	2.36 (1.68–3.30)	0.07 (0.03–0.16)
PHQ-9 \geq 10	122	7	16	33	0.95 (0.89–0.97)	0.67 (0.53–0.79)	0.88	0.83	2.90 (1.93–4.34)	0.08 (0.04–0.17)
PHQ-9 \geq 11	116	13	13	36	0.90 (0.84–0.94)	0.73 (0.60–0.84)	0.90	0.73	3.39 (2.11–5.42)	0.14 (0.08–0.24)
PHQ-9 \geq 12	109	20	11	38	0.84 (0.77–0.90)	0.78 (0.64–0.87)	0.91	0.66	3.76 (2.22–6.37)	0.20 (0.13–0.31)
PHQ-9 \geq 13	103	26	8	41	0.80 (0.72–0.86)	0.84 (0.71–0.91)	0.93	0.61	4.89 (2.58–9.27)	0.24 (0.17–0.35)
PHQ-9 \geq 14	100	29	6	43	0.78 (0.70–0.84)	0.88 (0.76–0.94)	0.94	0.60	6.33 (2.98–13.47)	0.26 (0.18–0.36)
Algoritmo	114	15	10	39	0.88 (0.82–0.93)	0.80 (0.66–0.88)	0.92	0.72	4.33 (2.48–7.55)	0.15 (0.09–0.24)

Tabla 5

Características operativas del PHQ-2

Punto de Corte	Verdaderos positivos	Falsos negativos	Falsos positivos	Verdaderos negativos	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Ratio de Probabilidad positiva	Ratio de Probabilidad negativa
PHQ-2 \geq 0	129	0	49	0	1.00 (0.97–1)	0.00 (0.00–0.07)	0.72	0.00	1.00 (1.00–1.00)	0.00 (0.00–0.00)
PHQ-2 \geq 1	129	0	42	7	1.00 (0.97–1)	0.14 (0.07–0.27)	0.75	1.00	1.17 (1.04–1.31)	0.00 (0.00–0.00)
PHQ-2 \geq 2	129	0	36	13	1.00 (0.97–1)	0.27 (0.16–0.40)	0.78	1.00	1.36 (1.15–1.61)	0.00 (0.00–0.00)
PHQ-2 \geq 3	116	13	19	30	0.90 (0.84–0.94)	0.61 (0.47–0.73)	0.86	0.70	2.32 (1.62–3.31)	0.16 (0.09–0.29)
PHQ-2 \geq 4	100	29	13	36	0.78 (0.70–0.84)	0.73 (0.60–0.84)	0.88	0.55	2.92 (1.82–4.70)	0.31 (0.21–0.44)
PHQ-2 \geq 5	72	57	3	46	0.56 (0.47–0.64)	0.94 (0.83–0.98)	0.96	0.45	9.12 (3.01–27.58)	0.47 (0.38–0.58)
PHQ-2 \geq 6	50	79	2	47	0.39 (0.31–0.48)	0.96 (0.86–0.99)	0.96	0.37	9.50 (2.40–37.54)	0.64 (0.55–0.74)

Un total de 46 pacientes (25,8%) presentaban además un TAG y 38 pacientes (21,3%) iban acompañados de un TDM.

8.3.3.2. Características operativas del PHQ-TP como prueba de cribado.

Los análisis de Curva COR indicaron que el PHQ-TP tuvo un funcionamiento adecuado, con un área bajo la curva=0.79 (IC 95%: 0.71-0.87) (observar la figura 4).

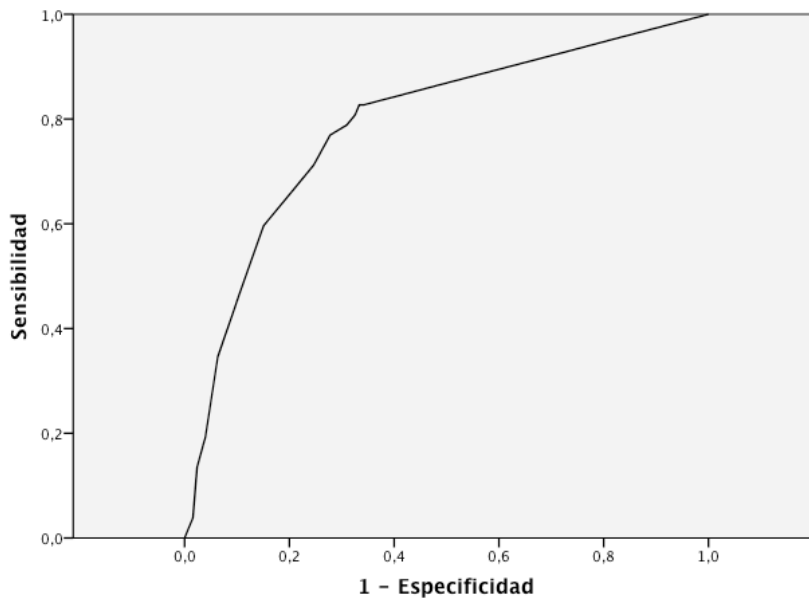


Figura 4. Curva COR del PHQ-TP. Área bajo la curva=0.79 (95% IC: 0.71-0.87)

El punto de corte más adecuado para detectar un TP fue de 5, obteniéndose una sensibilidad de 0.77 (IC 95%: 0.64-0.86), una especificidad de 0.72 (IC 95%: 0.64-0.79), un valor predictivo positivo de 0.53, un valor predictivo negativo de 0.88, un ratio de probabilidad positiva de 2.77 (IC 95%: 2.01-3.81), y un ratio de probabilidad negativa de 0.32 (IC 95%: 0.19-0.53). Del total de 52 pacientes con diagnóstico de la SCID-I de trastorno de angustia, 40 pacientes tuvieron una puntuación de 5 o mayor mientras que del total de 126 pacientes sin diagnóstico de pánico, 91 pacientes puntuaron por debajo de este punto de corte. Observar la tabla 6 para observar con detalle otros puntos de corte.

Cuando se analizaron las características de la pregunta de cribado correspondiente al primer ítem del PHQ-TP (*¿ha sufrido usted un ataque de ansiedad o sensación repentina de pánico en las dos últimas semanas?*) se encontró un área bajo la curva de 0.74, mostrando un rendimiento aceptable. Pudimos observar que aumentó la sensibilidad frente al propio algoritmo original e incluso al modificado pero con una disminución en la especificidad. Se encontró una sensibilidad de 0.83 (IC 95%:

0.70-0.91), y una especificidad de 0.66 (IC 95%: 0.57-0.74), un valor predictivo positivo de 0.50, negativo de 0.88, un ratio de probabilidad positiva de 2.42 (IC 95%: 1.85-3.18), y negativa de 0.32 (IC 95%: 0.14-0.48).

8.3.3.3. Características operativas del PHQ-TP como prueba de diagnóstico.

Como se puede observar en la tabla 6, con el algoritmo original se encontró un área bajo la curva de 0.69, con un rendimiento bajo, mientras que el algoritmo modificado mostró una área bajo la curva de 0.74, con un rendimiento aceptable. La sensibilidad y especificidad obtenidas con el algoritmo original del PHQ fueron de 0.50 (IC 95%: 0.37-0.63), y de 0.89 (IC 95%: 0.82-0.93), respectivamente mientras que la sensibilidad mejoró bastante con la modificación del algoritmo hasta un 0.77 (IC 95%: 0.64-0.86) y se halló una disminución de la especificidad a un 0.72 (IC 95%: 0.64-0.79). Con el algoritmo original, el valor predictivo positivo fue de 0.65, el valor predictivo negativo de 0.81, el ratio de probabilidad positiva fue de 4.50 (IC 95%: 2.56-7.91) el ratio de probabilidad negativo de

0.56 (IC 95%: 0.43-0.74). Con el algoritmo modificado se halló un valor predictivo positivo de 0.53 y negativo de 0.88, el ratio de probabilidad positiva fue de 2.77 (IC 95%: 2.01-3.81) y el ratio de probabilidad negativa de 0.32 (IC 95%: 0.19-0.53).

8.3.4. Estudio del GAD-7 con la CIDI

8.3.4.1. Diagnósticos según la CIDI

Cuando se midió la prevalencia del TAG con el apartado de TAG de la CIDI del total de 178 pacientes, 137 presentaron un diagnóstico positivo (77%) frente a 41 sin presencia del diagnóstico (23%). El diagnóstico de TAG fue acompañado de un diagnóstico de TDM y de TP en 36 pacientes (20,2%), solo acompañado de un TDM por 113 pacientes (63,5%) o de TP por 46 pacientes (25,8%).

8.3.4.2. Características operativas del GAD-7 como prueba de cribado.

Al analizar el GAD-7 mediante análisis de Curva COR se observó que tuvo un funcionamiento muy bueno, con un área bajo la curva=0.86 (IC 95%: 0.79-0.93) (observar la Curva COR

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el PHQ en PsicAP

Tabla 6

Características operativas del PHQ-TP

Punto de Corte	Verdaderos positivos	Falsos negativos	Falsos positivos	Verdaderos negativos	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Ratio de Probabilidad positiva	Ratio de Probabilidad negativa
PHQ-TP ≥ 4	41	11	39	87	0.79 (0.66–0.88)	0.69 (0.61–0.76)	0.51	0.89	2.55 (1.89–3.43)	0.31 (0.18–0.52)
PHQ-TP ≥ 5	40	12	35	91	0.77 (0.64–0.86)	0.72 (0.64–0.79)	0.53	0.88	2.77 (2.01–3.81)	0.32 (0.19–0.53)
PHQ-TP ≥ 6	37	15	31	95	0.71 (0.58–0.82)	0.75 (0.67–0.82)	0.54	0.86	2.89 (2.04–4.11)	0.38 (0.25–0.59)
PHQ-TP ≥ 7	34	18	25	101	0.65 (0.52–0.77)	0.80 (0.72–0.86)	0.58	0.85	3.30 (2.20–4.93)	0.43 (0.29–0.63)
PHQ-TP ≥ 8	31	21	19	107	0.60 (0.46–0.72)	0.85 (0.77–0.90)	0.62	0.84	3.95 (2.47–6.33)	0.48 (0.34–0.67)
Algoritmo original ^a	26	26	14	112	0.50 (0.37–0.63)	0.89 (0.82–0.93)	0.65	0.81	4.50 (2.56–7.91)	0.56 (0.43–0.74)
Algoritmo modificado ^b	40	12	35	91	0.77 (0.64–0.86)	0.72 (0.64–0.79)	0.53	0.88	2.77 (2.01–3.81)	0.32 (0.19–0.53)
Pregunta de cribado ^c	43	9	43	83	0.83 (0.70–0.91)	0.66 (0.57–0.74)	0.50	0.90	2.42 (1.85–3.18)	0.26 (0.14–0.48)

^a Una respuesta afirmativa a todas las cuatro primeras preguntas y la presencia de cuatro o más síntomas somáticos durante un ataque de ansiedad.

^b Una respuesta afirmativa al primer ítem y al menos una de los tres siguientes más la presencia de cuatro o más síntomas somáticos durante un ataque de ansiedad.

^c "En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido un ataque de ansiedad o sensación repentina de miedo o pánico".

en la figura 5). El punto de corte que presentó las mejores propiedades psicométricas para detectar un TAG fue de 10, obteniéndose una sensibilidad de 0.87 (IC 95%: 0.80-0.92), una especificidad de 0.74 (IC 95%: 0.63-0.88), un valor predictivo positivo de 0.93 y negativo de 0.64, un ratio de probabilidad positiva de 3.96 (IC 95%: 2.21-7.07), y negativa de 0.17 (IC 95%: 0.11-0.27). 119 pacientes tuvieron una puntuación de 10 o mayor, mientras que del total de pacientes sin diagnóstico de TAG, 32 pacientes puntuaron por debajo de este punto de corte. En la tabla 7 se puede observar con detalle otros puntos de corte.

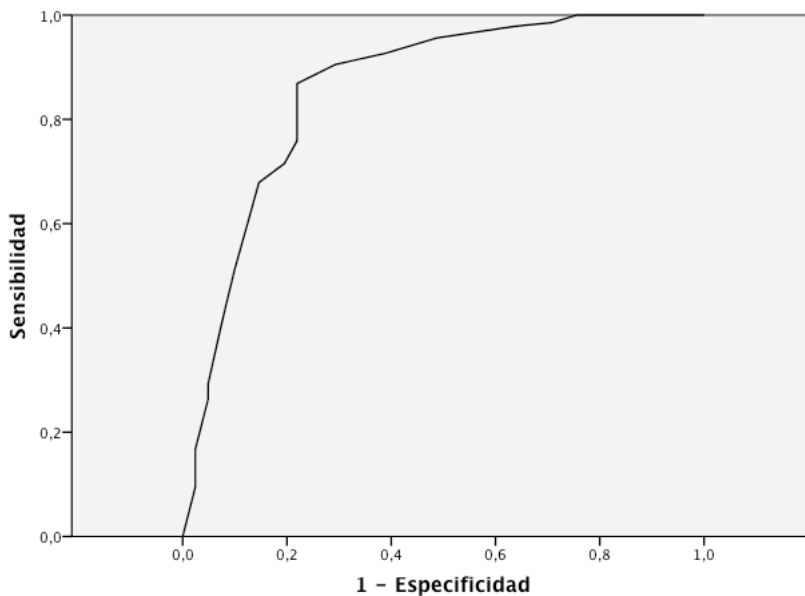


Figura 5. Curva COR del GAD-7. Área bajo la curva=0.87 (95% IC: 0.80-0.92)

8.3.4.3. Características operativas del GAD-2 como prueba de cribado.

Cuando se evaluaron los ítems correspondientes al GAD-2 se observó que el test tuvo un área bajo la curva de 0.81 (IC: 95%: 0.73-0.89), con un funcionamiento bueno (observar la curva COR en la figura 6). Un total de 106 pacientes del total de 137 pacientes con diagnóstico de TAG mediante la CIDI, tuvieron una puntuación de 4 o mayor mientras que del total de 41 pacientes sin diagnóstico de TAG, 33 pacientes puntuaron por debajo de este punto de corte. Se obtuvo una sensibilidad de 0.77 (IC 95%: 0.70-0.84), una especificidad de 0.80 (IC 95%: 0.46-0.74), un valor predictivo positivo de 0.93, un valor predictivo negativo de 0.52, un ratio de probabilidad positiva de 3.97 (IC 95%: 2.11-7.43), y un ratio de probabilidad negativa de 0.28 (IC 95%: 0.20-0.40). Observar la tabla 8 para conocer con detalle otros puntos de corte.

8. Detección de Depresión, Ansiedad y Pánico Mediante el PHQ en PsicAP

Tabla 7

Características operativas del GAD-7

Punto de Corte	Verdaderos positivos	Falsos negativos	Falsos positivos	Verdaderos negativos	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Ratio de Probabilidad positiva	Ratio de Probabilidad negativa
GAD-7 \geq 8	127	10	16	25	0.93 (0.87–0.96)	0.61 (0.46–0.74)	0.89	0.71	2.38 (1.62–3.50)	0.12 (0.06–0.23)
GAD-7 \geq 9	124	13	12	29	0.91 (0.84–0.94)	0.71 (0.56–0.82)	0.91	0.69	3.09 (1.92–4.99)	0.13 (0.08–0.23)
GAD-7 \geq 10	119	18	9	32	0.87 (0.80–0.92)	0.78 (0.63–0.88)	0.93	0.64	3.96 (2.21–7.07)	0.17 (0.11–0.27)
GAD-7 \geq 11	104	33	9	32	0.76 (0.68–0.82)	0.78 (0.63–0.88)	0.92	0.49	3.46 (1.93–6.21)	0.31 (0.22–0.43)
GAD-7 \geq 12	98	39	8	33	0.72 (0.63–0.78)	0.80 (0.66–0.90)	0.92	0.46	3.67 (1.95–6.89)	0.35 (0.26–0.48)
GAD-7 \geq 13	93	44	6	35	0.68 (0.60–0.75)	0.85 (0.72–0.93)	0.94	0.44	4.64 (2.19–9.80)	0.38 (0.29–0.50)
GAD-7 \geq 14	81	56	5	36	0.59 (0.51–0.67)	0.88 (0.74–0.95)	0.94	0.39	4.85 (2.11–11.15)	0.47 (0.37–0.59)

Tabla 8

Características operativas del GAD-2

Punto de Corte	Verdaderos positivos	Falsos negativos	Falsos positivos	Verdaderos negativos	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Ratio de Probabilidad positiva	Ratio de Probabilidad negativa
GAD-7 \geq 0	137	0	41	0	1.00 (0.97–1.00)	0.00 (0.00–0.09)	0.77	0.00	1.00 (1.00–1.00)	0.00 (0.00–0.00)
GAD-7 \geq 1	134	3	38	3	0.98 (0.94–0.99)	0.07 (0.03–0.19)	0.78	0.50	1.06 (0.97–1.15)	0.30 (0.06–1.43)
GAD-7 \geq 2	132	5	32	9	0.96 (0.92–0.98)	0.22 (0.12–0.37)	0.80	0.64	1.23 (1.05–1.46)	0.17 (0.06–0.47)
GAD-7 \geq 3	120	17	16	25	0.88 (0.81–0.92)	0.61 (0.46–0.74)	0.88	0.60	2.24 (1.52–3.31)	0.20 (0.12–0.34)
GAD-7 \geq 4	106	31	8	33	0.77 (0.70–0.84)	0.80 (0.66–0.90)	0.93	0.52	3.97 (2.12–7.43)	0.28 (0.20–0.40)
GAD-7 \geq 5	77	60	6	35	0.56 (0.48–0.64)	0.85 (0.72–0.93)	0.93	0.37	3.84 (1.81–8.16)	0.51 (0.41–0.66)
GAD-7 \geq 6	52	85	4	37	0.38 (0.30–0.46)	0.90 (0.77–0.96)	0.93	0.30	3.89 (1.50–10.11)	0.69 (0.58–0.81)

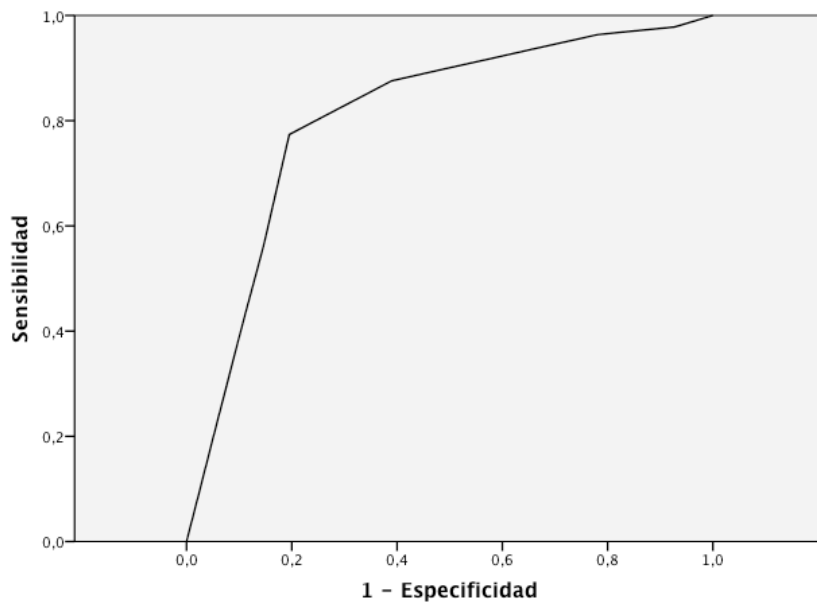


Figura 6. Curva COR del GAD-2. Área bajo la curva=0.81 (95% IC: 0.73-0.89)

9. Discusión

Los resultados encontrados en nuestro trabajo de investigación muestran que el PHQ-9 es una herramienta útil y recomendable para ser utilizada en los centros de AP por parte de los MAPs para detectar TDM. Los índices de sensibilidad de 0.95 con el punto de corte de 10, el punto de corte más utilizado en todos los artículos de referencia sobre el PHQ-9 (Díez-Quevedo et al, 2001; Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999; Wittkamp et al., 2009) nos muestran que el PHQ-9 es una herramienta útil como cribado del TDM. El test muestra por tanto una capacidad intrínseca muy alta de detectar verdaderos positivos de entre todos los pacientes enfermos. No obstante, la especificidad de 0.67 es mucho más baja que la hallada en los artículos mencionados, indicando la capacidad de encontrar muchos más falsos positivos, y diagnosticando a pacientes con TDM cuando eran pacientes sanos. Ahora bien, el valor predictivo positivo fue elevado (0.88) así como el negativo (0.83), mostrando que solo un 12% de los detectados como positivos no tenían un TDM, mientras que un 17% de los pacientes detectados como negativos sí padecían TDM. La ratio

9. Discusión

de probabilidad positiva fue de 2.90, un índice bajo para confirmar la presencia de TDM, mientras que el ratio de probabilidad negativa de 0.08, nos indica que es un test muy bueno en la detección de pacientes sanos. Cuando observamos un punto de corte de 12 podemos constatar que la sensibilidad disminuyó hasta un 0.84, pero la especificidad aumentó hasta un 0.78, lo que indica unos valores más aceptables y compensados. Así pues el valor predictivo positivo aumentó ligeramente hasta un 0.91, pero disminuyó el valor predictivo negativo, indicando que cerca de un 34% de los casos con un diagnóstico depresivo se perderían. Así mismo, el ratio de probabilidad positivo aumentó hasta 3.76, sugiriendo que es un test con funcionamiento adecuado para confirmar la presencia de un TDM. En este caso, el ratio de probabilidad negativo aumentó hasta un 0.20, disminuyendo su capacidad para descartar pacientes sanos. Por otra parte cuando se estudiaron las propiedades psicométricas del PHQ-9 como herramienta diagnóstica de TDM mediante el uso del algoritmo original del DSM-IV se obtuvieron los mejores resultados de todos. Una sensibilidad de 0.88 y una especificidad de 0.80, un valor

predictivo positivo de 0.92, un valor predictivo negativo de 0.72, un ratio de probabilidad positiva de 4.33 y ratio de probabilidad negativo de 0.15. Todos estos datos indican que utilizar el PHQ-9 con el algoritmo del DSM-IV nos da una gran capacidad de hallar verdaderos positivos y no detectar muchos falsos negativos, con una capacidad óptima de detectar verdaderos negativos y no sobrediagnosticar. A su vez, el valor post test medido mediante el valor predictivo positivo y negativo nos indica la capacidad elevada de acertar en el diagnóstico positivo así como se redujo la incapacidad de hacerlo con un diagnóstico negativo. Así mismo, la capacidad de confirmar la presencia de un TDM fue aceptable así como la de descartar los sanos fue excelente.

Por tanto, esto nos sugiere que el PHQ-9, al igual que se promueve desde la bibliografía existente (Kroenke et al., 2001; Thombs et al., 2014; Wittkamp et al., 2009), es una buena prueba de cribado con el punto de corte de 10, ya que es capaz de detectar muchos de los pacientes que presentan un TDM. No obstante su nivel de especificidad es bajo, lo que indica que en nuestro estudio muchos pacientes que tenían diagnosticado un

TDM realmente no lo tenían. Un posible punto de corte de 12 podría ser utilizado con el fin de mejorar esta carencia. De hecho, hemos observado durante el trascurso del ensayo clínico que muchos pacientes que puntuaban por encima de 20, lo que indicaría un TDM severo, realmente no tenían un TDM severo sino moderadamente severo tras la evaluación con la SCID-I. Al detectar esta peculiaridad se solicitó un cambio en el protocolo en referencia a los criterios de inclusión. Aquellos pacientes que hayan puntuado entre 20 y 23 recibirían la entrevista diagnóstica SCID-I para detectar si realmente sufrían un TDM severo o moderadamente severo. Es posible que los pacientes de nuestra muestra estén exagerando sus puntuaciones con la espera de recibir un tratamiento adecuado al formar parte de la investigación y realmente pueden mostrar una sintomatología emocional negativa sub-clínica que sea detectada como TDM por el PHQ y luego no sea así en realidad, siendo un falso positivo y disminuyendo la especificidad y la capacidad del test de confirmar pacientes con TDM. Esta puede que sea una de las limitaciones de nuestro estudio.

Por otra parte, a diferencia de otros estudios que han afirmado que el PHQ-9 es una buena prueba de cribado utilizando un punto de corte de 10 pero no de diagnóstico al utilizar el algoritmo del DSM-IV (Wittkamp et al., 2009), nuestro estudio halló las mejores propiedades psicométricas con este algoritmo. Se encontró la mejor combinación de sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y negativo, y ratio de probabilidad positiva y negativa. La validación al español de Díez-Quevedo et al. (2010) halló una sensibilidad de 0.84 y una especificidad de 0.92, entendemos que con el algoritmo propuesto, datos semejantes a nuestro estudio. Por tanto, proponemos que se utilice el algoritmo para tener más fiabilidad en el diagnóstico. No obstante, es sugerente que haya una prueba diagnóstica posterior al cribado y diagnóstico del PHQ-9, para confirmar o descartar el TDM.

A su vez, estudiamos los dos ítems que pertenecen al PHQ-2, una prueba ultra-corta para la detección del TDM en contextos clínicos. Estos dos ítems se han mostrado como muy buenos para detectar trastornos del estado del ánimo en muy poco tiempo, tanto en pacientes de AP, como pacientes de

9. Discusión

obstetricia (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003). Estos investigadores hallaron con un punto de corte de 3 una sensibilidad de 83% con una especificidad de 92%. Podemos decir que nuestro estudio encontró resultados semejantes a los que encontramos con un punto de corte de 10 en el PHQ-9, una sensibilidad muy buena de 0.90 pero una especificidad menor. No obstante, el valor predictivo positivo en nuestro trabajo fue de 0.86, mucho mejor en comparación al trabajo de Kroenke et al. (2003) que fue de 0.34, mientras que el ratio de probabilidad fueron casi idénticos (2.32 vs 2.92). En cuanto al punto de corte de 4, nuestro estudio encontró una disminución de la sensibilidad hasta 0.78 y un aumento de la especificidad hasta un 0.73, lo que invitaría a tomar este punto de corte por presentar una capacidad óptima de detectar verdaderos positivos con un menor riesgo de detectar falsos positivos. Ahora bien, al ser una prueba ultra corta que podría ser utilizada por los Médicos de AP para detectar de forma rápida estos DE, interesa que sea una prueba muy sensible y podríamos recomendar que se utilizara con el punto de corte de 3. Con éste, a pesar de su baja especificidad, podríamos recomendar su utilización pero

sería recomendable administrar el propio PHQ-9 posteriormente a su detección, o tal vez una entrevista diagnóstica, para confirmar o descartar el trastorno y derivar al tratamiento adecuado.

Con respecto a los resultados obtenidos con el PHQ-TP y su validación con el apartado de trastorno de angustia de la SCID-I, podemos recomendar el módulo de TP del PHQ como una prueba válida y útil de cribado para este trastorno. Sin duda, el algoritmo modificado mejoró significativamente la sensibilidad frente al algoritmo original del PHQ (0.75 vs 0.42) y solo disminuyó levemente la especificidad (0.72 vs. 0.86). Esta mejora de la sensibilidad que suelen ser recomendables en una prueba de cribado ya han sido mostradas en anteriores publicaciones (Löwe et al., 2003; Wittkamp et al., 2011). Concretamente, Löwe et al. (2003), al estudiar las propiedades del PHQ-TP en muestra alemana obtuvieron una sensibilidad y una especificidad de 0.75 y de 0.96 respectivamente. Al modificar el algoritmo de forma idéntica a la modificación que realizamos en este estudio (respuesta positiva al primer ítem, más una respuesta positiva a un ítem de los tres siguientes, más

9. Discusión

4 o más síntomas somáticos) obtuvieron una mejora de la sensibilidad y especificidad de 0.91 y 0.88. Por otra parte, Wittkampf et al. (2011) encontraron resultados semejantes a los nuestros cuando testearon una versión holandesa del PHQ-TP en pacientes neerlandeses. Para el algoritmo original encontraron una sensibilidad de 0.44 y una especificidad de 0.94 con un valor predictivo positivo de 0.30 y un valor predictivo negativo de 0.97. Estos resultados fueron muy parecidos a los del trabajo de Becker, Zaid, y Faris, (2002), que utilizando de nuevo la SCID-I como prueba de referencia hallaron en una muestra de 173 pacientes de AP una sensibilidad de 0.47 y una especificidad de 0.96. En nuestro estudio se encontraron los mismos resultados en sensibilidad, con una especificidad un poco menor (0.42 y 0.86). En el trabajo de Wittkampf et al. (2011) cuando cambiaron el algoritmo ajustándolo a los mismos criterios de la SCID-I consiguieron mejorar la sensibilidad a 0.66 con una reducción de la especificidad a 0.87. En nuestro estudio, al modificar el algoritmo se consiguió alcanzar una sensibilidad de 0.75 con una disminución de la especificidad hasta un 0.72. En este caso la sensibilidad mejoró mucho más

que en el estudio de Wittkampf et al. (2011), el cual tenía una sensibilidad casi idéntica cuando se utilizó el algoritmo original. En cambio, se redujo la especificidad de un 0.86 a un 0.72. Por otra parte la validación española del PHQ llevada a cabo por Díez-Quevedo et al. (2001) encontró una sensibilidad de 0.83 y una especificidad de 0.98, muy diferente a estos resultados.

Nuestros resultados se ajustan más a los de los trabajos que han evaluado el PHQ-TP aisladamente y donde el cambio del algoritmo ha conseguido una mejora de la sensibilidad, característica recomendable en un test de cribado (Becker et al., 2002; Löwe et al., 2003; Wittkampf et al., 2011). Entre otros, estos autores afirman que la variabilidad de la sensibilidad entre estos trabajos se puede dar a la relativa baja prevalencia del TP que provoca amplios intervalos de confianza en torno a cifras de sensibilidad. Ciertamente es que la SCID-I, herramienta diagnóstica utilizada como estándar de referencia en todos estos trabajos utiliza un criterio diagnóstico idéntico al algoritmo modificado. Es decir, una respuesta afirmativa a la presencia de un ataque de ansiedad o sensación repentina de pánico, más una respuesta afirmativa a los tres ítems siguientes y cuatro o más síntomas

9. Discusión

somáticos de pánico. Esta modificación ha mejorado la sensibilidad significativamente en varios trabajos (Löwe et al., 2003; Wittkamp et al., 2011), en la misma línea que el nuestro. Esto nos invitaría a sugerir a utilizar en centros de AP del sistema público de salud el módulo del PHQ-TP con un algoritmo modificado, aumentando significativamente la sensibilidad, principal característica de una prueba de cribado. A pesar de que aumentando la sensibilidad, se cuenta con una mayor capacidad de reducir los falsos negativos, la especificidad ha disminuido, pudiendo hallarse más falsos positivos. Aún más, la pregunta de cribado fue la que mostró la mejor sensibilidad pero con la especificidad más baja. Nuestros datos por tanto, nos sugieren que sería recomendable que los MAP, una vez realizasen la pregunta de cribado de si han sufrido un ataque de pánico en las dos últimas semanas, administraran el módulo del PHQ para detectar pacientes con TP. Y, dada su especificidad regular, sería recomendable una entrevista diagnóstica posterior para identificar correctamente la presencia o no del trastorno. No obstante, la utilización del PHQ-TP mejoraría mucho su detección.

La validación del GAD-7 con el apartado de TAG de la CIDI a partir de los resultados hallados nos sugiere que el GAD-7 es un módulo óptimo del PHQ y es una herramienta útil para detectar este trastorno en los centros de AP del ensayo PsicAP. Al igual que en el trabajo original de Spitzer et al. (2006) y la validación al español por García-Campayo et al. (2010) se encontraron unas propiedades psicométricas muy semejantes. En nuestro estudio se observó con un punto de corte de 10 una sensibilidad de 0.87 y una especificidad de 0.78, muy semejantes al trabajo de Spitzer et al. (2006). En la validación del GAD-7 al español de García-Campayo et al. (2010) se obtuvo una sensibilidad idéntica de 0.87 y una especificidad de 93.4, bastante mayor a la nuestra. No obstante, nuestros resultados son mejores que los obtenidos por Spitzer et al. (1999) cuando se diseñó el PHQ en el apartado de trastornos de ansiedad, el cual obtuvo una sensibilidad de 0.63 con una especificidad de 0.97. Así mismo, también se mejoraron en comparación a la validación al español del PHQ de Díez-Quevedo et al. (2001) donde se obtuvo una sensibilidad de 0.69

con una especificidad de 0.99 en la detección de trastornos de ansiedad.

Nuestros resultados obtenidos con un punto de corte de 10 mostraron un valor predictivo de casos positivos de 0.93 indicando que solo un 7% de los casos detectados como positivos en nuestra muestra de pacientes con TAG no lo serían realmente, datos idénticos a la validación española de García-Campayo et al. (2010) y muy por encima de los datos de la versión de Spitzer et al. (2006) que encontraron un valor predictivo positivo de 29%. En cuanto al valor predictivo negativo, nuestro trabajo obtuvo un valor bajo de 0.64, indicando que un 36% de casos detectados como sanos TAG no serían detectados correctamente, dando lugar a un elevado número de falsos positivos. De nuevo indica que el GAD-7 en nuestra muestra es muy sensible y tiene un valor predictivo de casos positivos excelente pero se encuentra más limitado en la especificidad y en su valor predictivo negativo.

Hay que indicar que estos valores se pueden dar a que la muestra que evaluamos tuvo una gran prevalencia de DE, ya que todos fueron pacientes derivados por los MAPs a nuestro ensayo

clínico tras diagnóstico médico. Es procedente que haya una sensibilidad y un valor predictivo elevado ya que no se dieron muchos casos falsos negativos. En cambio si hubo un número elevado de falsos positivos, es decir, que de los pacientes diagnosticados por los MAPs y que completaron el PHQ realmente no padecían un TAG.

El ratio de probabilidad positiva fue de 3.96, indicando que el test funciona de forma óptima para detectar un TAG, ya que lo encuentra en un ratio de casi 4 pacientes con TAG por cada paciente que no presenta este trastorno (4-1). En cuanto al ratio de probabilidad negativa observamos una puntuación buena de 0.17 para hallar un caso negativo, indicando que es cerca de 6 veces más frecuente encontrar un caso negativo en pacientes sanos que en aquellos que padecen un TAG (6-1).

Todo esto nos sugiere a la luz de nuestros resultados que el GAD-7 es una prueba recomendable por su fiabilidad en encontrar pacientes con presencia de TAG, por su elevada sensibilidad y valor predictivo positivo. Ahora bien, su especificidad baja y su valor predictivo negativo nos sugiere que se pueden encontrar un mayor número de falsos positivos y se

9. Discusión

debería hacer una prueba diagnóstica posterior de mayor fiabilidad para descartar aquellos casos diagnosticados de TAG que no tienen realmente este trastorno.

Cuando se estudiaron los dos ítems pertenecientes al cuestionario breve GAD-2, correspondientes a la presencia de un *estado de nerviosismo, preocupación o angustia* en las dos últimas semanas más la *incapacidad de controlar la preocupación*, los cuales han mostrado niveles de sensibilidad y especificidad óptimos para la mayoría de trastornos de ansiedad con un punto de corte de 3, concretamente de 0.86 y 0.83 con un ratio de probabilidad positiva de 5 (Kroenke et al., 2007). En nuestro estudio se obtuvo una sensibilidad de 0.88 y una especificidad de 0.61, con un valor predictivo positivo de 0.88, un valor predictivo negativo de 0.60. Observamos una buena sensibilidad pero una especificidad baja con posibilidad de hallar muchos falsos positivos bajo este punto de corte. Cuando se utilizó un punto de corte de 4 se halló una sensibilidad de 0.77 con una especificidad de 0.80, mejorando esta última. Ahora bien, mientras se encontró un valor predictivo de 0.93, indicando que el test es muy seguro al encontrar pacientes con

TAG tras su detección, el valor predictivo negativo disminuyó hasta un 0.52, no mostrando una mejora en la capacidad del test en detectar pacientes sanos tras puntuar de forma negativa. A su vez, el ratio de probabilidad positiva fue bajo, con un 2.24, lo que lo hace un test bajo para confirmar casos con TAG y bajo en el descarte de aquellos casos sanos al obtenerse un ratio de probabilidad negativo de 0.20. No obstante, los índices de sensibilidad del GAD-2 nos sugieren que con un punto de corte de 3, es una buena prueba de cribado para detectar pacientes con TAG, algo recomendable para un contexto sanitario como el de AP.

Finalmente, debemos comentar algunas limitaciones de nuestro estudio junto con algunas líneas de investigación futuras que podrán ser propuestas para solventar éstas. Gracias al diseño del reclutamiento de los pacientes en nuestro estudio definido en dos fases, una llevada a cabo por los MAPs y otra por los psicólogos clínicos investigadores, hemos podido conocer cuál es la proporción de falsos positivos. Hemos mostrado, gracias al PHQ y las entrevistas diagnósticas, que muchos de los pacientes que llegaron a la segunda fase de reclutamiento no tenían un DE,

a pesar de que muchos recibían tratamiento farmacológico. Esto muestra serias deficiencias en la detección de DE que está afectando a la eficiencia del sistema, donde pacientes que no deberían recibir un tratamiento están recibiendo un tratamiento farmacológico. Se ocasiona así por una parte, un mal uso de los recursos existentes y, por otra parte, un posible aumento de costes tanto directos como indirectos a causa de los conocidos problemas iatrogénicos derivados de los efectos secundarios de los fármacos psicótrpos. Esto debería llamar la atención a las administraciones públicas y gestoras de la Sanidad Pública en la mejora de la detección de DE en AP con el PHQ, a la luz de los resultados de esta Tesis Doctoral.

Aun así no hemos podido estudiar la proporción de falsos negativos que puedan existir en la práctica clínica de los MAPs que han participado en el estudio. Podríamos pensar que al igual que existe un problema de sobrediagnóstico y de aplicación de un tratamiento equivocado, existe un problema de infradiagnóstico, que no está recibiendo un tratamiento, en este caso, sí necesítándolo. Para ello sería recomendable proponer un estudio donde se utilizase en algunos centros de salud del

ensayo PsicAP el PHQ completo o su versión reducida del PHQ-4, en una muestra indiferenciada y así detectar la prevalencia real de pacientes con DE. Sin duda esto mejoraría su detección y la posterior derivación al profesional adecuado que implementase el tratamiento adecuado. También sería recomendable estudiar en el futuro el valor de los ítems del PHQ junto con otros cuestionarios para evaluar qué ítems predicen el nivel de discapacidad de pacientes que sufren DE.

10. Conclusiones

10.1. Conclusiones del PHQ-9

La prevalencia del TDM fue de 129 (72.5%) frente a 49 con un diagnóstico negativo (27.5%). 36 pacientes (20,2%) compartieron un diagnóstico de los tres trastornos (TDM+TAG+TP). 113 pacientes (63.5%) presentaban un TAG de forma comórbida y 38 pacientes (21,3%) presentaron un TP.

Las prevalencias son muy altas dado que nuestros pacientes ya fueron seleccionados por los MAPs como pacientes con posibles DE.

El algoritmo del PHQ-9 presenta las mejores propiedades psicométricas, con una sensibilidad alta de 0.88 y una especificidad buena de 0.80, lo que nos invita a recomendar su uso como prueba diagnóstica. Fue el mejor predictor de la detección de verdaderos positivos con un mínimo riesgo de hallar falsos positivos, en comparación con los puntos de corte.

El algoritmo del PHQ-9 mostró un valor predictivo positivo muy bueno de 0.92 y un valor predictivo negativo algo menor de 0.72, indicando una capacidad elevada de acertar en

10. Conclusiones

los casos positivos diagnosticados mientras falla algo más en la detección de los casos negativos.

El algoritmo del PHQ-9 obtuvo un ratio de probabilidad positivo bueno de 4.33 así como un ratio de probabilidad negativo bueno de 0.15. Estos resultados nos sugieren que el algoritmo del PHQ-9 tiene una buena probabilidad de detección de diagnósticos de TDM en 4.33 pacientes con TDM frente a 1 paciente sano, así como una buena probabilidad de detectar casos sanos en pacientes sin TDM frente a pacientes que sí lo sufren.

Como prueba de cribado, el PHQ-9 obtuvo con un punto de corte de 10 una sensibilidad muy alta de 0.95 y una especificidad baja de 0.67, indicando una gran capacidad de hallar verdaderos positivos pero con la debilidad de hallar muchos falsos positivos. En el punto de corte de 12 se redujo la sensibilidad hasta un 0.84 pero se aumentó la especificidad a un 0.78, propiciando la reducción en la detección de muchos falsos positivos con una buena sensibilidad.

Como prueba de cribado, el PHQ-9 obtuvo con un punto de corte de 10 unos valores predictivos positivos y negativos

altos de 0.88 y 0.83, indicando una capacidad elevada de acertar en los casos positivos diagnosticados así como en los casos negativos. Es decir, el PHQ-9 es bueno detectando verdaderos positivos así como verdaderos negativos con un punto de corte de 10. Con un punto de corte de 12, el valor predictivo positivo aumento hasta un 0.91 pero bajó a un 0.66, mostrando que en nuestra población, el PHQ-9 detectó correctamente un 91% aquellos detectados como positivos pero erró en un 34% los detectados como negativos.

Como prueba de cribado, el PHQ-9 obtuvo con un punto de corte de 10 una ratio de probabilidad positiva bajo de 2.90 mientras que la ratio de probabilidad negativa de 0.08 fue muy bueno. Esto indica que la probabilidad de hallar un caso positivo ocurre en casi 3 pacientes con TDM frente a un paciente sano. De aquí su carencia en especificidad y su debilidad en sobrediagnosticar pacientes con TDM que realmente no lo tienen. En cambio, la ratio de probabilidad negativa fue muy bueno, mostrando su capacidad elevada en detectar casos negativos en pacientes sanos frente a los que tienen un TDM. Con un punto de corte de 12 aumentó la ratio de probabilidad

10. Conclusiones

positiva hasta un 3.76 pero disminuyó la ratio de probabilidad negativa hasta un 0.20.

Se recomienda el uso del PHQ-9 como cribado con un punto de corte de 10, dado que su valor predictivo positivo y negativo son muy óptimos (.88 y .83) pero conociendo su debilidad en detectar casos con TDM que no lo tienen. En este punto de corte es una prueba muy sensible, algo recomendable en un contexto de AP, con poco tiempo para evaluar y detectar pacientes con TDM. Ahora bien, con un punto de corte de 12 la sensibilidad y la especificidad se estabilizan, a pesar de que su valor predictivo negativo se reduzca. Así mismo, el PHQ-9 se mostró como una buena prueba de diagnóstico del TDM y recomendamos su uso por poseer las mejores propiedades psicométricas.

Sería recomendable tras la detección de casos con TDM con el PHQ-9, tanto con un punto de corte de 10, 12 o el algoritmo, un entrevista diagnóstica posterior para confirmar la presencia o no de trastornos depresivos. Se sugiere que el PHQ-9 es una prueba útil para uso como herramienta de cribado y diagnóstico en los centros de AP del ensayo PsicAP.

La utilización del PHQ-2 es posible con un punto de corte de 3, mostrando unos datos semejantes a los obtenidos con el PHQ-9 en un punto de corte de 10. Se muestra altamente sensible (0.90) pero con una especificidad menor (0.61).

Se recomienda utilizar el PHQ-2 siempre que vaya acompañado posteriormente por el PHQ-9 o una entrevista diagnóstica para confirmar o descartar la presencia de TDM.

10.2. Conclusiones del PHQ-TP

La prevalencia del TP fue de 52 (29%) frente a 126 con un diagnóstico negativo (71%). 13 pacientes presentaron TP con agorafobia (7.3%). La presencia de un diagnóstico de los tres trastornos fue de 35 pacientes (19,7%). 46 pacientes (25,8%) presentaban un TAG. 38 pacientes (21,3%) presentaron un TDM.

El algoritmo original del PHQ-TP presenta una sensibilidad baja (0.50) y una especificidad alta (0.89). En su cribado aparecen un elevado infradiagnóstico por la presencia de muchos falsos negativos, lo que la convierte en una prueba insuficiente para criterios clínicos en un contexto de AP.

10. Conclusiones

El algoritmo modificado mejoró significativamente la sensibilidad (0.75) con una disminución de la especificidad (0.72), lo que permite su utilización con mejor criterio que el algoritmo original del PHQ-TP.

El valor predictivo positivo del PHQ-TP obtenido con el algoritmo modificado fue de 0.53, lo que indica que el test comete un 47% de errores en la detección de casos positivos, mientras que en la detección de pacientes sanos es más efectivo, con un valor predictivo de 0.88.

El ratio de probabilidad positivo del PHQ-TP con el algoritmo modificado es bajo (2.77) y peor en comparación con el 4.50 obtenido con el algoritmo original, pero el ratio de probabilidad negativo mejoró bastante de 0.56 a 0.32.

Cuando se analizaron las propiedades psicométricas del ítem 3a como pregunta de cribado de la presencia o no de un ataque de pánico se obtuvo la mejor sensibilidad (0.83) con una especificidad moderada (0.66). El valor predictivo positivo fue bajo (0.50) indicando que la mitad de los casos positivos pueda que sean error, pero el valor predictivo negativo fue bastante

bueno (0.90). El ratio de probabilidad positivo fue moderado (2.42) así como el negativo que también fue moderado (0.26).

Se recomendaría utilizar la pregunta de cribado para el TP en contextos muy saturados con la imperante administración del módulo del PHQ-TP o una entrevista diagnóstica tras el hallazgo positivo, para descartar o confirmar la presencia del trastorno.

Cuando se hallaron las características operativas del PHQ-TP mediante los análisis de Curva COR se obtuvieron con un punto de corte de 5 el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. De hecho, fueron los mismos resultados que al usar el algoritmo modificado.

Se sugiere que el PHQ-TP es una prueba útil como herramienta de cribado en los centros de AP del ensayo PsicAP con el algoritmo modificado, ya que muestra una mejor sensibilidad que al utilizar el algoritmo original.

10.3. Conclusiones del GAD-7

La prevalencia del TAG fue de 137 (77%) frente a 41 con un diagnóstico negativo (23%). 36 pacientes (20,2%)

10. Conclusiones

compartieron un diagnóstico de los tres trastornos (TDM+TAG+TP). 113 pacientes (63.5%) presentaban un TAG de forma comórbida y 46 pacientes (25,8%) presentaron un TP. Como prueba de cribado, el GAD-7 obtuvo una sensibilidad alta de 0.87 y una especificidad buena de 0.78 con un punto de corte de 10, indicando una gran capacidad de hallar verdaderos positivos y la habilidad de no hallar muchos falsos positivos.

Como prueba de cribado, el GAD-7 obtuvo un valores predictivo positivo alto de 0.93 y uno negativo de 0.64, indicando una capacidad elevada de acertar en los casos positivos diagnosticados pero menor en la detección de los casos negativos. Por tanto, el GAD-7 sobretodo es eficaz detectando verdaderos positivos con un punto de corte de 10.

Como prueba de cribado, el GAD-7 mostró un ratio de probabilidad positivo bueno de 3.96 así como el ratio de probabilidad negativo de 0.13 que también fue bueno. Esto indica que la probabilidad de hallar un caso positivo ocurre en casi 4 pacientes con TAG frente a un paciente sano así como muy óptimo en detectar casos negativos en pacientes sanos frente a los que tienen un TAG.

Se recomienda el uso del GAD-7 como cribado del TAG con un punto de corte de 10 conociendo su pequeña debilidad al detectar casos con TAG que no lo tienen. Destacamos que es una prueba muy sensible, punto fuerte de una herramienta de cribado en un contexto de AP.

Sería recomendable tras la detección de casos con TAG con el GAD-7 con un punto de corte de 10 administrar una entrevista diagnóstica posterior para confirmar la presencia o no de trastornos de ansiedad.

Se sugiere que el GAD-7 es una prueba útil para uso como herramienta de cribado y diagnóstico en los centros de Atención Primaria del ensayo PsicAP.

La utilización del GAD-2 es posible con un punto de corte de 3, mostrándose altamente sensible (0.88) pero con una especificidad menor (0.61).

Se recomienda utilizar el GAD-2 siempre que vaya acompañado posteriormente por el GAD-7 o una entrevista diagnóstica para confirmar o descartar la presencia de TAG o otros trastornos de ansiedad.

11. Resumen

El ensayo PsicAP es un proyecto piloto que pretende diseminar un programa de tratamiento psicológico para DE en AP. La evidencia muestra que los DE, tales como trastornos del estado del ánimo, de ansiedad y somatizaciones, colapsan las consultas de AP. Existen deficiencias en su detección, incurriendo tanto en infradiagnóstico, como sobrediagnóstico. La mayoría de pacientes diagnosticados con DE no reciben el tratamiento adecuado, predominando el tratamiento farmacológico. A consecuencia, los DE tienden a cronificarse, conllevando un mayor uso de estos pacientes de los servicios sanitarios, lo que genera una carga asistencial mayor que las enfermedades “físicas”. En otros países se han llevado a cabo con éxito iniciativas para implementar tratamiento psicológico basado en la evidencia para trastornos mentales en los servicios sanitarios públicos. El objetivo de este proyecto piloto es comparar el tratamiento convencional para los DE en AP frente a un protocolo de tratamiento psicológico basado en la evidencia con la intención de mejorar la eficacia y la eficiencia de la asistencia. Para ello es primordial contar con buenos sistemas de

evaluación y diagnóstico que permitan la detección óptima de DE en contextos sobresaturados como la AP, mejorando así el acceso de los pacientes al tratamiento adecuado. En esta tesis doctoral se pretende estudiar uno de los instrumentos de medida que se utilizarían para detectar los DE en AP, el *Patient Health Questionnaire (PHQ)*. El PHQ cuenta con varios instrumentos de autoinforme abreviados que permiten detectar, entre otros, la presencia de trastornos depresivos, ansiedad y somatizaciones. El PHQ contiene entre otros el PHQ-9, el GAD-7 y el PHQ-TP. El PHQ-9 es una herramienta específica para el cribado de la depresión donde el paciente puntúa cada uno de los 9 criterios DSM-IV. En el GAD-7, se puntúan 7 síntomas de ansiedad común en las últimas dos semanas y puede usarse como prueba de cribado del TAG y puede servir para otros trastornos de ansiedad. El PHQ-TP se utiliza para la detección de un probable TP. El objetivo de esta tesis doctoral es estudiar un subgrupo de pacientes de la muestra total del ensayo PsicAP seleccionada aleatoriamente que corresponde a un 15% de la muestra total. Este subgrupo fue derivado por los MAPs, tras invitarles a

participar cuando se tenía la sospecha de presencia de DE. 178 pacientes cumplieron el PHQ completo y, además, fueron evaluados mediante las entrevistas diagnósticas SCID-I y CIDI, en sus apartados de depresión, pánico y ansiedad generalizada. Se han realizado análisis estadísticos orientados al conocimiento de las propiedades psicométricas tales como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo y ratio de probabilidad. Es decir, se ha estudiado el PHQ-9, el GAD-7 y el PHQ-TP para conocer el alcance de detección de depresión, ansiedad y pánico en AP sobre la muestra del ensayo PsicAP. Así pues, también se han evaluado los ítems centrales de cada cuestionario para cribar depresión, ansiedad y pánico. Por una parte, el PHQ-2, los dos ítems centrales del PHQ-9 que detectan depresión, por otra el GAD-2, los dos ítems centrales al GAD-7 que detectan ansiedad y finalmente se ha estudiado el ítem de cribado de pánico perteneciente al PHQ-TP. Los resultados de esta tesis doctoral nos han mostrado que los cuestionarios estudiados muestran unas buenas propiedades psicométricas, al igual que en la literatura existente, pero con algunos matices. El PHQ-9 ha

mostrado sus mejores niveles de sensibilidad y especificidad con el algoritmo diagnóstico, con un .88 y .80, respectivamente. Así también, se obtuvo una sensibilidad (.84) y especificidad (0.78) con un punto de corte de 12. En cuanto al PHQ-TP, se han encontrado los mejores resultados tras la modificación del algoritmo original, con una sensibilidad de .77 y especificidad de .72 mejorando los resultados obtenidos con el original, con una sensibilidad de .50 y especificidad de .89. Y, al estudiar el GAD-7 se han hallado muy buenos resultados de sensibilidad (.87) y especificidad (.78), con un punto de corte de 10. Finalmente, al estudiar los ítems centrales de cada cuestionario se ha obtenido una sensibilidad de .90 y una especificidad de .61 con un punto de corte de 3 en el PHQ-2 de depresión, y una sensibilidad de .88 y una especificidad de .61 con un punto de corte de 3 en el GAD-2 de ansiedad. Mientras, el ítem de cribado del PHQ-TP obtuvo una sensibilidad de .83 y una especificidad de .66. Los resultados del estudio de los ítems centrales sugieren una elevada sensibilidad con una baja especificidad, pero serviría para detectar pacientes con DE en

muy poco tiempo. Como conclusión, podemos comentar dos hallazgos importantes. En primer lugar hemos observado que el PHQ es una prueba eficaz y se recomienda el uso de estos módulos para cribar depresión, ansiedad y pánico en las consultas de AP. Por otra parte, observamos que el PHQ halló muchos falsos positivos, es decir, pacientes diagnosticados que no tenían ningún trastorno. Esto nos invita a pensar en la existencia de errores en la detección que podrían estar afectando a la eficiencia del sistema. Mejorar la capacidad de detección de DE en AP sería un elemento primordial para mejorar la salud de la ciudadanía y la eficiencia del sistema sanitario público.

12. Conclusions

12.1 Conclusions of the PHQ-9

The prevalence of Major Depression (MD) was 129 (72.5%) versus 49 (27.5%) with a negative diagnosis. Thirty six patients (20.2%) shared a diagnosis of the three disorders (MD) + General Anxiety Disorder (GAD) + Panic Disorder (PD). One hundred and thirteen patients (63.5%) presented comorbidity with GAD and 38 patients (21.3%) with PD. The prevalence in our study was relatively high due to the fact that patients were already selected by General Practitioners as patients suffering from possible emotional disorders.

The algorithm of the PHQ-9 had the best psychometric properties, with a high sensitivity (.88) and a good specificity (.80), which recommends its use as a diagnostic tool. It was the best predictor for detecting true positives with minimal risk of finding false positives, comparing the cutoffs.

The algorithm of the PHQ-9 showed a very good positive predictive value (.92) and a slightly low negative predictive value (.72), indicating a high capacity to succeed in the

12. Conclusions

diagnosis of positive cases whereas it failed somewhat in detecting negative cases.

The algorithm of the PHQ-9 obtained a good positive likelihood ratio (4.33) and an optimal negative likelihood ratio of 0.15. These results suggest that the algorithm has good diagnostic detection probability of MDD (4.33 MDD patients versus 1 healthy patient), as well as a good probability of detecting healthy cases in patients with versus without MDD.

As a screening test, with a cutoff of 10, the PHQ-9 obtained a very high sensitivity (0.95) and a low specificity (0.67), indicating a high efficacy in identifying true positive cases but with a large number of false positives. At a cutoff of 12 the sensitivity was reduced to .84 but specificity was increased to .78, favoring the reduction of many false positives with a good level of sensitivity.

As a screening test, the PHQ-9 with a cutoff point of 10 obtained high positive and negative predictive values of 0.88 and 0.83, indicating a high capacity to succeed in the identification of true positive cases as well as negative cases. That is, the PHQ-9 is good at detecting true positives and true

negatives with a cutoff of 10. Using a cutoff of 12, the positive predictive value increased up to 0.91 but fell down to 0.66, showing that in our population the PHQ-9 detected 91% of those screened as positive but missed 34% of those correctly detected as negative.

As a screening test, the PHQ-9 with a cutoff of 10 obtained a low positive likelihood ratio of 2.90 while the negative likelihood ratio of 0.08 was very good. This indicates that the probability of finding a positive case occurs nearly in 3 patients with MDD versus 1 healthy patient. This reflects a lack of specificity and the weakness of overdiagnosing patients with MDD. In contrast, the negative likelihood ratio was very good, showing a high efficacy in detecting negative cases in healthy patients versus those with MDD. With a cutoff of 12, the positive likelihood ratio increased up to 3.76 but the negative likelihood ratio decreased down to 0.20.

Using the PHQ-9 as a screening tool is recommended with a cutoff of 10, as its positive and negative predictive values are optimal (.88 and .83); the only inconvenience is that MDD is incorrectly detected in certain cases. With this cutoff the PHQ-9

12. Conclusions

is a very sensitive test, which is highly recommended in a Primary Care (PC) context, where there is little time to evaluate and detect patients with MDD. Moreover, with a cutoff of 12, sensitivity and specificity are stabilized, despite the fact that its negative predictive value is reduced.

Likewise, the PHQ-9 was found to be a good test to diagnose MDD and its use is recommended because of its excellent psychometric properties.

It would be advisable, after detecting MDD cases with the PHQ-9, with a cutoff of 10, 12 or using an algorithm, to use another diagnostic interview to confirm the presence or absence of depressive disorders.

It is suggested that the PHQ-9 is a useful screening and diagnostic tool in Primary Care centers that are participating in the PsicAP Project.

The use of the PHQ-2 is possible with a cutoff of 3, showing similar results to those obtained with the PHQ-9 with a cutoff of 10, with a high sensitivity (0.90) but lower specificity (0.61).

The use of the PHQ-2 is recommended provided the PHQ-9 or any other diagnostic interview is applied subsequently in order to confirm or rule out the presence of MDD.

12.2. Conclusions of the PHQ-PD

The prevalence of panic disorder was 52 (29%) compared to 126 with a negative diagnosis (71%). Thirteen patients had panic disorder with agoraphobia (7.3%). A total of 35 patients (19.7%) suffered from all three disorders. Forty six patients (25.8%) had a GAD. Thirty eight patients (21.3%) had a MDD.

The original PHQ-PD algorithm has a low sensitivity (0.50) and high specificity (0.89). Screening for PD with the PHQ-PD showed a high level of underdiagnosis due to the presence of many false negatives. Hence it is a poor instrument in detecting clinical criteria in PC.

The modified algorithm significantly improved sensitivity (0.75) with a decrease in specificity (0.72), allowing its use with better judgment than the original PHQ-PD algorithm.

12. Conclusions

The positive predictive value of the PHQ-PD using the modified algorithm was 0.53, indicating that the test makes 47% of errors when detecting positive cases, whereas in healthy patients detection is more effective, with a predictive value of 0.88.

The positive likelihood ratio of the PHQ-PD with the modified algorithm is low (2.77) and worse when compared to 4.50 obtained with the original algorithm, but the negative likelihood ratio improved considerably from 0.56 to 0.32.

When the psychometric properties of the 3rd item as a screening question were analyzed (presence or not of a panic attack), it resulted in a high sensitivity (0.83) with moderately low specificity (0.66). The positive predictive value was low (0.50), indicating that half of the positive cases could be wrong, but the negative predictive value was quite good (0.90). The positive likelihood ratio was moderate (2.42) and the negative was also moderate (0.26).

The use of the screening question for PD is recommended in very saturated contexts only if the PHQ-PD

module or a diagnostic interview is used after a positive finding, in order to rule out or confirm the presence of this disorder.

When the operating characteristics of the PHQ-PD were found using the ROC curve analysis with a cutoff of 5 the best balance between sensitivity and specificity was obtained. Indeed, we found the same results when using the modified algorithm.

It is suggested that the PHQ-PD is a useful screening tool in PC centers of the PsicAP Project with the modified algorithm, as it shows better sensitivity than when using the original algorithm.

12.3. Conclusions of GAD-7

The prevalence of GAD was 137 (77%) versus 41 with a negative diagnosis (23%). Thirty six patients (20.2%) shared a diagnosis of the three disorders (MDD + GAD + PD). One hundred and thirteen patients (63.5%) had comorbid GAD and 46 patients (25.8%) had PD.

As a screening test, the GAD-7 showed a high sensitivity of 0.87 and a good specificity of 0.78 with a cutoff of 10,

12. Conclusions

indicating a great efficacy in identifying true positives with a reduced number of false positives.

As a screening test, the GAD-7 obtained high positive (0.93) and negative (0.64) predictive values, indicating a high capacity of identifying positive cases but a lower one when detecting negative cases. Therefore, the GAD-7 is especially effective in detecting true positives with a cutoff of 10.

As a screening test, the GAD-7 showed a good positive likelihood ratio (3.96) and a negative likelihood ratio of 0.13, which was also considered good. This indicates that the probability of finding a positive case occurs in almost 4 patients with GAD compared to 1 healthy and it is optimal in detecting negative cases in healthy patients versus those with GAD.

The use of the GAD-7 as a GAD screening tool is recommended with a cutoff of 10 acknowledging its weakness in identifying GAD cases that are in people who are in fact healthy. Nevertheless, it is a very sensitive test, which is a desirable strength in a screening tool used in PC contexts.

It would be advisable, after detecting GAD cases with the GAD-7 with a cutoff of 10, to implement a subsequent

diagnostic interview to confirm the presence or absence of anxiety disorders.

It is suggested that the GAD-7 is a useful screening tool in Primary Care centers that are participating in the PsicAP Project.

The use of the GAD-2 is possible with a cutoff of 3 showing a high sensitivity (0.88) but with a lower specificity (0.61).

We recommend using the GAD-2 together with a subsequent screening tool such as the GAD-7 or a diagnostic interview to confirm or rule out the presence of GAD or any other anxiety disorders.

13. Abstract

PsicAP is a pilot project that aims to disseminate a psychological treatment program for emotional disorders (ED) in Spanish Primary Care (PC) centers. The evidence shows that ED such as mood, anxiety and somatization disorders collapse PC services. There are shortcomings in detection, leading to underdiagnosis and overdiagnosis. Most patients diagnosed with ED do not receive adequate psychological treatment so they are mainly treated with pharmacotherapy. As a result, ED tend to become chronic, leading to a greater use of health care services and generating a greater burden than physical illnesses. Other countries have successfully undertaken initiatives to implement evidence-based psychological treatment for mental disorders in public health services. The aim of this pilot project is to compare treatment as usual for ED in PC versus an evidence-based psychological treatment protocol to improve effectiveness and efficiency. To do this, it is essential to have valid assessment instruments to enable optimal detection in oversaturated PC contexts in order to improve patient access to treatment. The aim of this doctoral thesis was to study one of the

assessment instruments used to detect ED in PC, the Patient Health Questionnaire (PHQ). The PHQ has several brief self-report instruments that detect, among others, the presence of depressive, anxiety and somatization disorders. The PHQ contains the PHQ-9, the GAD-7 and the PHQ-PD. The PHQ-9 is a specific tool for screening depression where patients rate each of the nine DSM-IV criteria. In the GAD-7, 7 common symptoms of anxiety in the last two weeks are scored and can be used as a screening test for generalized anxiety disorder as well as for other anxiety disorders. The PHQ-PD is used for the detection of a probable panic disorder. We studied a randomly selected subset of patients from the whole PsicAP sample (approximately 15%). General practitioners referred this subset of patients with probable ED after inviting them to participate in the study. One hundred and seventy eight patients completed the full PHQ and the depression, panic and generalized anxiety sections of the SCID-I and CIDI diagnostic interviews. Statistical analyses were performed to find out the psychometric properties such as sensitivity, specificity, predictive value and likelihood ratio. We were interested in knowing how accurately

the PHQ-9, the GAD-7 and the PHQ-PD detected depression, anxiety and panic in the PsicAP sample. Hence, we evaluated the core items of each questionnaire to screen for depression, anxiety and panic. On the one hand, the two core items of the PHQ-9 that detects depression (PHQ-2), on the other hand, the two core items of the GAD-7 that detects anxiety (GAD-2) and, finally, the single panic screening item belonging to the PHQ-PD. The results of this dissertation have shown that the questionnaires studied show good psychometric properties, as in the literature, but with some nuances. The PHQ-9 has shown its best levels of sensitivity and specificity with the diagnostic algorithm with a .88 and .80, respectively. Also, a sensitivity (.84) and SP (.78) with a cutoff of 12 were obtained. Regarding the PHQ-PD, we found the best results after modifying the original algorithm, with a .77 sensitivity and .72 SP improving the results obtained with the original, with an sensitivity of .50 and SP of .89. When studying the GAD-7 we found very good results: a sensitivity (.87) and specificity (.78), with a cutoff of 10. Finally, the core items of the depression module (PHQ-2) with a cutoff of 3 showed a sensitivity of .90 and specificity of

.61; a sensitivity of .88 and SP of .61 with a cutoff 3 was found in the anxiety section (GAD-2). Meanwhile, the screening item of the PHQ-PD obtained a sensitivity of .83 and specificity of .66. Results indicate a high sensitivity with low specificity for the core items which serve to detect patients with ED in a very short period of time. As a conclusion, two important findings must be highlighted. First, the PHQ is an effective instrument; its modules are recommended when screening for depression, anxiety and panic in PC settings. Moreover, the PHQ detected many false positives, implying many misdiagnosed patients. This invites us to think about the existence of errors in the detection of ED that could be affecting PC system efficiency. Improving detection of ED in PC is a key factor that will improve treatment adequacy and the efficiency of the public health system.

14. Referencias

- Aakhus, E., Granlund, I., Odgaard-Jensen, J., Wensing, M., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2014). Tailored interventions to implement recommendations for elderly patients with depression in primary care: A study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Trials*, *15*, 16-6215-15-16. doi:10.1186/1745-6215-15-16
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T., Bryson, H., . . . Gasquet, I. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(420), 21-27.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition (text revision)*. American Psychiatric Association.
- Andrews, G., & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*(2), 80-88.

14. Referencias

- Aragones, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*(1), 21-35.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, *20*(2), 112. DOI: 10.1037/0278-6133.20.2.112
- Baca Baldomero, E., Saiz Ruiz, J., Aguera Ortiz, L. F., Caballero Martínez, L., Fernández-Liria, A., Ramos Brieva, J. A., et al. (1999). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atención Primaria*, *23*, 275-279.
- Baca, E., Saiz, J., Aguera, L., Caballero, L., Fernández-Liria, A., Ramos, J., . . . Porras, A. (1999). Validación de la versión española del PRIME-MD: Un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Españolas De Psiquiatría*, *27*(6), 375-383.

- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 785-791. doi:10.1016/S0005-7967(97)00025-9
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. doi: 10.1207/s15327752jpa67-03_13
- Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck Depression Inventory (BDI). *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

14. Referencias

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, S., Zaid, K. A., & Faris, E. A. (2002). Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: a validation study of the PHQ in primary care. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(3), 271-283. doi: 10.2190/XTDD-8L18-P9E0-JYRV
- Bobes, J. (1998). SEC55-2-A Spanish validation study of the Mini International Neuropsychiatric Interview. *European Psychiatry*, 13, 198-199s. DOI: 10.1016/S0924-9338(99)80240-5
- Bobes, J., Badía, C., Luque, A., García, M., González, M., & Dal-Ré, R., ... & Martínez de la Cruz, F. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.

Boletín General de las Cortes Generales del Senado. (Junio, 2010). Informe de la ponencia de estudio de las necesidades de recursos humanos en el sistema nacional de salud, constituida en el seno de la comisión de sanidad, política social y consumo. *nº 483*. Recuperado en septiembre 2014: <http://www.senado.es/legis9/publicaciones/pdf/senado/bocg/I0483.PDF>.

Broadhead, W. E., Leon, A. C., Weissman, M. M., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Gilbert, T. T., . . . Higgins, E. S. (1995). Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine*, 4(3), 211-219.

Caballero, L., Aragonès, E., García-Campayo, J., Rodríguez-Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., . . . Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*, 49(6), 520-529.

doi:10.1176/appi.psy.49.6.520

14. Referencias

- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29*(4), 234. DOI: 10.1027/1015-5759/a000150
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K., & Reid, I. C. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *British Journal of General Practice, 58*(546), 32-36. Doi: 10.3399/bjgp08X263794
- Cano-Vindel, A. (2011a). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés, 17*(1), 75-97.
- Cano-Vindel, A. (2011b). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria, una actualización. *Ansiedad y Estrés, 17*(2-3), 157-184.
- Cano Vindel, A., & Miguel Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés, 5*(2-3), 129-143.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). Inventario de Actividad Cognitiva en los Trastornos de Ansiedad

- (IACTA). *Unpublished manuscript, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.*
- Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Información Psicológica, 102*, 4-27.
- Cano-Vindel, A., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles Del Psicólogo, 33*(1), 2-11.
- Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles Del Psicólogo, 32*(3), 3-13.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH, 5*, 15-0179-5-15. doi:10.1186/1745-0179-5-15
- Casajuana Brunet, J., & Romea Lecumberri, S. (2009). Resultados clínicos de la atención primaria. *La Atención*

14. Referencias

Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas, 11-45.

Casey, P. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23(11), 927-938. doi:10.1186/1745-0179-5-15

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910-920. doi:10.1016/j.brat.2009.07.010

Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., & Pinto-Meza, A., et al. (2007a). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2), 21-28.

Damasio, A. (2005). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York, USA: Penguin Books.

Darwin, C. (1859). *On the origins of species by means of natural selection*. London, UK: Murray.

- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London, UK: Murray.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J., Henry-Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez, F., & Gracia, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *Anales De Psiquiatría*, 7(3) 93-96. Doi:0213-0599/91/07.03/93
- de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184(6), 470-476. Doi:10.1192/bjp.184.6.470
- Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686.

14. Referencias

- Dozois, D. J., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological Assessment, 10*(2), 83-89.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83>
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition & Emotion, 6*(3-4), 169-200.
- Elizaga, N. A. (2013). En apoyo a la inversión en cribado. *Gaceta Sanitaria, 27*(4), 369-371
- Estévez, J. F. J. (2011). El papel del observatorio de salud mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría, 31*(112), 735-751.
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., . . . Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders, 96*(1), 9-20. doi:10.1016/j.jad.2006.05.005

- Fernandez, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., . . . DASMAP investigators. (2012). Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 201(2), 137-142. doi:bjp.bp.111.096305
- Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner Recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338. doi:10.1016/S0033-3182(99)71228-4
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). *The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II)*. John Wiley & Sons Inc.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1999c). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV: SCID-II*. Barcelona, Spain, Masson.

14. Referencias

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (2001). Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I Disorders—Patient edition (SCID-I/P. 2/2001 revision). *New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.*
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV-patient edition (SCID-I/P, version 2.0). *New York, NY: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.*
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1999a). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I.* Barcelona, Spain, Masson.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1999b). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de eje I del DSM-IV (versión clínica) SCID-I.* Barcelona, Spain, Masson.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition.* SCID-I/P.

- Frame, P. S., & Carlson, S. J. (1975). A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous systems. *The Journal of Family Practice*, 2(1), 29-36.
- Gabarrón Hortal, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., Boix Soriano, I., Jover Blanca, A., & Arenas Prat, M. (2002). Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia y Comunitaria*, 29(6), 329-336; doi:10.1016/S0212-6567(02)70578-7
- Ganguli, M., & Saul, M. C. (1982). Diagnostic interview schedule. *Archives of General Psychiatry*, 39(12), 1442-1445.
- García-Campayo, J., Caballero, F., Pérez, M., & López, V. (2012). Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 40(3), 105-113.

14. Referencias

- García-Campayo, J., Lobo, A., Perez-Echeverria, M. J., & Campos, R. (1998). Three forms of somatization presenting in primary care settings in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 554-560.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., . . . Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Quality of Life Outcomes*, 8(8) doi: 10.1186/1477-7525-8-8.
- Gili, M., Comas, A., García-García, M., Monzón, S., Antoni, S., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 240-245. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.01.013
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. doi:10.1093/eurpub/cks035

- González de Rivera, J., Derogatis, L., De las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M., & Monterrey, A. (1989). The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gureje, O., & Obikoya, B. (1990). The GHQ-12 as a screening tool in a primary care setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(5), 276-280.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Grupo ESEMeD-Espana. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
doi:10.1157/13086324
- Herrero, M., Blanch, J., Peri, J., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital

14. Referencias

- anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283. doi:10.1016/S0163-8343(03)00043-4
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La escala de respuestas rumiativas. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 111-121.
- Jack, R. E., Garrod, O. G., & Schyns, P. G. (2014). Dynamic facial expressions of emotion transmit an evolving hierarchy of signals over time. *Current Biology*, 24(2), 187-192. doi:10.1016/j.cub.2013.11.064
- Karno, M., Burnam, A., Escobar, J. I., Hough, R. L., & Eaton, W. W. (1983). Development of the spanish-language version of the national institute of mental health diagnostic interview schedule. *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1183-1188. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790100029003.
- Kessler, R. (1999). The World Health Organization International Consorhtm in Psychiatric Epidemiology (ICPE): Initial

work and future directions-the NAPE lecture 1998a. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 2-9.

DOI: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb05378.x

Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., . . . Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(01), 23-33.

<http://dx.doi.org/10.1017/S1121189X00001421>

King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., . . . Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across europe. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 192(5), 362-367.

14. Referencias

doi:10.1192/bjp.bp.107.039966

Klerman, G. L. (1986). The National Institute of Mental Health—Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) program. Background, preliminary findings and implications. *Social Psychiatry, 21*(4), 159-166.

Körber, S., Frieser, D., Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research, 71*(3), 142-147.

doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.006

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606-613.

doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*(2), 258-266.

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, *41*(11), 1284-1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, *50*(6), 613-621.
doi:10.1016/S0033-3182(09)70864-3
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *32*(4), 345-359.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317-325.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy Conference, 3rd, may-Jun, 1966, Chicago, IL, US*,

14. Referencias

- Latorre, J. M., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J. M., Wood, C. M., & Cano-Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica De Medicina De Familia*, 5(1), 37-45.
- Layard, R. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders* (No. 15). Centre for Economic Performance, LSE.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., . . . Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231. doi:10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Leon, A. C., Olfson, M., Broadhead, W. E., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Keller, M. B., . . . Weissman, M. M. (1995). Prevalence of mental disorders in primary care. implications for screening. *Archives of Family Medicine*, 4(10), 857-861.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(01), 135-140.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002579>

López, M. P. S., & Dresch, V. (2008). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R. L., Herrmann-Lingen, C., Witte, S., & Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 515-519.

doi:10.1016/S0022-3999(03)00072-2

Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and

14. Referencias

- functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191-199. doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21(1), 161-165. doi: 10.1007/s11136-011-9926-3
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.g009
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A., Möller, H., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185-195. DOI: 10.1002/da.20192
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Nota de prensa. Recuperado el 22 de Octubre del 2014, desde: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3390>

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, *12*(2), 160-174.

DOI:10.1016/S1470-2045(11)70002-X

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *The Lancet*, *374*(9690), 609-619.

doi:10.1016/S0140-6736(09)60879-5

Montalbán, S. R., Vives, A. C., & Garcia-Garcia, M. (2010).

Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-

14. Referencias

- SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345-357.
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-322.
- Muñoz, M. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4.
- NICE. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. National Institute for Health and Clinical Excellence. RCPsych Publications.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115. DOI: 0022-3514/91/S3.00
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI). versión modular 2.1. OMS,

- Ortega, J. V., Ochando, F. S., Cueto, E. G., & Buela-Casal, G. (2003). Estado actual de la formación PIR: Actividad clínica y docente de residentes y tutores. *Papeles Del Psicólogo, 24*(85), 37-47.
- Osman, A., Downs, W. R., Barrios, F. X., Kopper, B. A., Gutierrez, P. M., & Chiros, C. E. (1997). Factor structure and psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 19*(4), 359-376.
- Osorio, F. L., Lima, M. P., & Chagas, M. H. N. (2014). Assessment and screening of panic disorder in cancer patients: Performance of the PHQ-PD. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(1), 91-94.
doi:10.1016/j.jpsychores.2014.09.001
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS One, 9*(8), e105471. DOI: 10.1371/journal.pone.0105471
- Pirkis, J., Harris, M., Hall, W., & Ftanou, M. (2011). Evaluation of the better access to psychiatrists, psychologists and

14. Referencias

general practitioners through the medicare benefits schedule initiative: Summative evaluation. Final report.

Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of improving access to psychological therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(1), 37-45. doi:10.1016/j.brat.2012.10.001

Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., & Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the meta-cognitions questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, *16*, E95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2013.95>

Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L., . . . Locke, B. Z. (1984). The NIMH epidemiologic catchment area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, *41*(10), 934-941. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210016003.

- Rijnders, C. T., Van den Berg, J., Hodiament, P., Nienhuis, F., Furer, J., Mulder, J., & Giel, R. (2000). Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(8), 348-352.
- Robbins, L., Cottler, L., Bucholz, K., Compton, W., North, C., & Rourke, K. (1995). Diagnostic interview schedule for DSM-IV (DIS-IV). *Washington University, St. Louis, MO*,
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389.
doi:10.1001/archpsyc.1981.01780290015001
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S., & Seyfried, W. (1982). Validity of the diagnostic interview schedule, version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12(04), 855-870.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700049151>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and

14. Referencias

- comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1), 52-58. doi:10.1016/j.jad.2009.03.014
- Rocha, N. S., Power, M. J., Bushnell, D. M., & Fleck, M. P. (2012). Cross-cultural evaluation of the WHOQOL-BREF domains in primary care depressed patients using rasch analysis. *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making*, 32(1), 41-55. doi:10.1177/0272989X11415112
- Rodríguez López, A. M., Casares, M. G., Álvarez, S. E., Díez, B. L., Zapico, M., & García, B. C. (2005). Grado de Utilización de los Recursos Sanitarios y Formas de Presentación de los Trastornos Somatomorfos en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*. 11(1), 1-6
- Rovira, J., Albarracín, G., Salvador, L., Rejas, J., Sánchez-Iriso, E., & Cabasés, J. M. (2012). The cost of generalized anxiety disorder in primary care settings: Results of the ANCORA study. *Community Mental Health Journal*, 48(3), 372-383. doi: 10.1007/s10597-012-9503-4.

- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., . . . Golinelli, D. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: A randomized controlled trial. *Jama*, *303*(19), 1921-1928. doi:10.1001/jama.2010.608.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Fernández, A., Alberti, C., Sabes-Figuera, R., Molina, C., & Knapp, M. (2011). Costs of depression in Catalonia (Spain). *Journal of Affective Disorders*, *132*(1), 130-138. doi:10.1016/j.jad.2011.02.019
- Sánchez, S. I.(Coord.) *El Observatorio De Salud Mental De La Asociación Española De Neuropsiquiatría. Análisis De La Situación De La Atención a La Salud Mental En Las Comunidades Autónomas a Diciembre De 2005. Cuadernos Técnicos, 7. Madrid: AEN, 2007,*
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, *14*(2), 107-122
Doi:<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>

14. Referencias

- Sanz, J., & García Vera, M. P. (2007). Análisis psicométrico de las versiones breves del " inventario para la depresión de Beck" de 1978 (BDI-IA). *Psicología Conductual, 15*(2), 191-214.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud, 16*(2), 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación De Conducta, 29*(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder (V.O. 1981).

-
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L., & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*(7), 360-366.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., . . . Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(2), 201-210.
doi: 10.1007/s00127-009-0056-y.
- Sheehan, D., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. (1996). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, *11*, 89-95.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., . . . Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its

14. Referencias

reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.

doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X

Sicras Mainar, A., Rejas Gutiérrez, J., Navarro Artieda, R., Serrat Tarrés, J., Blanca Tamayo, M., & Díaz Cerezo, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 306-313.

doi:10.1157/13108503

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006).

A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999).

Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744. doi:10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R

(SCID): I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.

doi:10.1001/archpsyc.1992.01820080032005.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., Verloin deGruy, F., Hahn, S. R., . . . Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, 272(22), 1749-1756. doi:10.1001/jama.1994.03520220043029.

Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., & Ranieri, W. F. (1999). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: The BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour Research and Therapy*, 37(2), 183-190. doi:10.1016/S0005-7967(98)00087-4

Stein, M. B., McQuaid, J. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Social phobia in the primary care medical setting. *The Journal of Family Practice*, 48(7), 514-519.

Thombs, B. D., Arthurs, E., Coronado-Montoya, S., Roseman, M., Delisle, V. C., Leavens, A., ... & Zekowitz, P. (2014). Depression screening and patient outcomes in pregnancy or

14. Referencias

- postpartum: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 76(6), 433-446.
doi:10.1016/j.jpsychores.2014.01.006
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2008). La depresión: Una hipoteca social. últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(1), 49-53.
- van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., . . . Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 232-238. doi:10.1370/afm.985
- Vázquez-Barquero, J. L., Gaite, L., Artal, J., Arenal, A., Herrera, S., Díez-Manrique, J. F., & ... (1994). Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica 'sistema SCAN'. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, 109-120.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck

- de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 10(1), 59-81.
- Vermani, M., Marcus, M., & Katzman, M. A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: A descriptive, cross-sectional study. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13(2):PCC.10m01013. doi:10.4088/PCC.10m01013
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396. doi:10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
- Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Faravelli, C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

14. Referencias

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Wittkamp, K. A., Baas, K. D., van Weert, H. C., Lucassen, P., & Schene, A. H. (2011). The psychometric properties of the panic disorder module of the patient health questionnaire (PHQ-PD) in high-risk groups in primary care. *Journal of Affective Disorders, 130*(1), 260-267.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.030>

Wittkamp, K., van Ravesteijn, H., Baas, K., van de Hoogen, H., Schene, A., Bindels, P., . . . van Weert, H. (2009). The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General Hospital Psychiatry, 31*(5), 451-459.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.06.001>

World Health Organization, WHO (1990). *The composite international diagnostic interview*. Geneva, Switzerland. WHO.

World Health Organization, WHO (1997). *The composite international diagnostic interview - version 2.1* Geneva, Switzerland. WHO.

World Health Organization, WHO (1998). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN), version 2.1* Geneva, Switzerland. WHO.

World Health Organization. (2001). *The world health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope.* Geneva, Switzerland. WHO.

World Health Organization. (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions.* World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark, WHO.

World Health Organization. (1990). *The composite international diagnostic interview.* CIDI. Geneva, Switzerland. WHO,

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale.* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: Mujer Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.
 Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).
 Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

15. Anexos

3. Preguntas sobre la ansiedad.				
a.	En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.				
b.	¿Alguna vez le había pasado antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.				
a.	¿Se quedó sin aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	¿Tuvo dolor o presión en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	¿Sudó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	¿Sintió que se estaba ahogando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	¿Tuvo sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h.	¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i.	¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j.	¿Tuvo temblores o estremecimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k.	¿Tuvo miedo de estar muriéndose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?				
		Nunca	Varios días	
			Más de la mitad de los días	
a.	Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha marcado "Nunca", pase a la pregunta n.º 6.				
b.	Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Cansarse con mucha facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Dolor o tensión muscular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Irritarse o enfadarse fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Preguntas sobre los hábitos alimentarios.			
a.	¿Siente con frecuencia que no puede controlar <u>qué</u> come o <u>cuánto</u> come?	NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
b.	¿Come con frecuencia, <u>en un periodo de 2 horas</u> , lo que la mayoría de gente consideraría una cantidad inusualmente <u>grande</u> de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha marcado "NO" en alguna de las preguntas a) o b), pase a la pregunta n.º 9.			
c.	¿Esto ha ocurrido con una frecuencia media de dos veces por semana durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Durante los últimos 3 meses ¿ha hecho <u>con frecuencia</u> alguna de las siguientes cosas para evitar engordar?			
a.	¿Provocarse el vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Ayunar, es decir, no comer nada durante al menos 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Hacer ejercicio durante más de una hora expresamente para evitar engordar después de una comilona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si ha marcado "Sí" en alguna de estas formas de evitar engordar, ¿ha ocurrido alguna con una frecuencia media de dos veces por semana?			
		NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez bebe alcohol (incluyendo cerveza o vino)?			
		NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 11.			
10. ¿Le ha pasado algo de lo siguiente <u>más de una vez en los últimos 6 meses</u>?			
a.	Ha bebido alcohol aunque el médico le había aconsejado dejar de beber a causa de un problema de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ha bebido alcohol, ha ido colocado/a o ha tenido resaca mientras estaba trabajando, iba al colegio, se ocupaba de los niños o de otras responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	No ha ido o ha llegado tarde al trabajo, colegio o a otras actividades porque estaba bebiendo o tenía resaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ha tenido algún problema para relacionarse con los demás cuando ha estado bebiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ha conducido el coche después de tomarse varias copas o después de beber demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si ha marcado <u>alguno</u> de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado <u>dificultades</u> para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?			
Ninguna dificultad		Algunas dificultades	Muchas dificultades
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Muchísimas dificultades	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. Se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.

15. Anexos

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si ha marcado **alguno** de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado **dificultades** para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna
dificultad

Algunas
dificultades

Muchas
dificultades

Muchísimas
dificultades

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. No se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.

GAD-7

En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
<i>(Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	1	2	3
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. No se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.

15. Anexos

PHQ-4				
En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas? (Maque un número "✓" para indicar su respuesta)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Sentirse nervioso, angustiado, o muy tenso	0	1	2	3
2. Ser incapaz de controlar las preocupaciones	0	1	2	3
3. Tener poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
4. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ)

This questionnaire is an important part of providing you with the best health care possible. Your answers will help in understanding problems that you may have. Please answer every question to the best of your ability unless you are requested to skip over a question.

Name _____ Age _____ Sex: Female Male Today's Date _____

1. During the <u>last 4 weeks</u> , how much have you been bothered by any of the following problems?	Not bothered	Bothered a little	Bothered a lot
a. Stomach pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pain in your arms, legs, or joints (knees, hips, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstrual cramps or other problems with your periods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pain or problems during sexual intercourse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Chest pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Feeling your heart pound or race	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Constipation, loose bowels, or diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nausea, gas, or indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Over the <u>last 2 weeks</u> , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
a. Little interest or pleasure in doing things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Feeling down, depressed, or hopeless	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feeling tired or having little energy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poor appetite or overeating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep Syn if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

16. Attached

3. Questions about anxiety.			
a. In the last 4 weeks, have you had an anxiety attack — suddenly feeling fear or panic?	NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>	
If you checked "NO", go to question #5.			
b. Has this ever happened before?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Do some of these attacks come suddenly out of the blue — that is, in situations where you don't expect to be nervous or uncomfortable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Do these attacks bother you a lot or are you worried about having another attack?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Think about your last bad anxiety attack.			
a. Were you short of breath?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Did your heart race, pound, or skip?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Did you have chest pain or pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Did you sweat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Did you feel as if you were choking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Did you have hot flashes or chills?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Did you have nausea or an upset stomach, or the feeling that you were going to have diarrhea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Did you feel dizzy, unsteady, or faint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Did you have tingling or numbness in parts of your body?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Did you tremble or shake?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Were you afraid you were dying?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Over the last 4 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?			
	Not at all	Several days	More than half the days
a. Feeling nervous, anxious, on edge, or worrying a lot about different things.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If you checked "Not at all", go to question #6.			
b. Feeling restless so that it is hard to sit still.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Getting tired very easily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muscle tension, aches, or soreness.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Trouble falling asleep or staying asleep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trouble concentrating on things, such as reading a book or watching TV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Becoming easily annoyed or irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".			

6. Questions about eating.			
a.	Do you often feel that you can't control <u>what</u> or <u>how much</u> you eat?	NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>
b.	Do you often eat, <u>within any 2-hour period</u> , what most people would regard as an unusually <u>large</u> amount of food?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If you checked "NO" to either #a or #b, go to question #9.			
c.	Has this been as often, on average, as twice a week for the last 3 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. In the last 3 months have you <u>often</u> done any of the following in order to avoid gaining weight?			
a.	Made yourself vomit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Took more than twice the recommended dose of laxatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Fasted — not eaten anything at all for at least 24 hours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Exercised for more than an hour specifically to avoid gaining weight after binge eating?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. If you checked "YES" to any of these ways of avoiding gaining weight, were any as often, on average, as twice a week?		NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>
9. Do you ever drink alcohol (including beer or wine)?		NO <input type="checkbox"/>	YES <input type="checkbox"/>
If you checked "NO" go to question #11.			
10. Have any of the following happened to you <u>more than once in the last 6 months</u>?		NO	YES
a.	You drank alcohol even though a doctor suggested that you stop drinking because of a problem with your health.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	You drank alcohol, were high from alcohol, or hung over while you were working, going to school, or taking care of children or other responsibilities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	You missed or were late for work, school, or other activities because you were drinking or hung over.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	You had a problem getting along with other people while you were drinking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	You drove a car after having several drinks or after drinking too much.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. If you checked off <u>any</u> problems on this questionnaire, how <u>difficult</u> have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?			
	Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Extremely difficult	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank. Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

16. Attached

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(Use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

GAD-7

Over the last 2 weeks , how often have you been bothered by the following problems? <i>(Use "✓" to indicate your answer)</i>	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

16. Attached

PHQ-4				
Over the <u>last 2 weeks</u> , how often have you been bothered by the following problems? (Use "✓" to indicate your answer)	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
4. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute