

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA

Programa de Doctorado 3133: Investigación en Psicología

Psicología Clínica y de la Salud



PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN (SDS) EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA CON DEPRESIÓN

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Jesús Alberto Santolaya Prego de Oliver

Dirigida por:

Dr. Antonio Cano Vindel

Dr. Roger Muñoz Navarro

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Programa de Doctorado 3133: Investigación en Psicología

Psicología Clínica y de la Salud



**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE
DISCAPACIDAD DE SHEEHAN (SDS) EN PACIENTES DE
ATENCIÓN PRIMARIA CON DEPRESIÓN**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Jesús Alberto Santolaya Prego de Oliver

Dirigida por:

Dr. Antonio Cano Vindel

Dr. Roger Muñoz Navarro

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mis agradecimientos hacia mis tutores, por darme la oportunidad de ser parte de un proyecto que ya está mejorando la calidad de vida de muchas personas y por haber dedicado su tiempo y conocimiento. Gracias por compartir e incentivar la ilusión y el amor por la ciencia.

Gracias a mi familia, en especial a mis padres, sin su apoyo y motivación a lo largo de todos estos años.

A mi pareja, Julie, que ha atenuado los periodos de estrés, y ha sabido cómo aumentar los momentos de esparcimiento y fortalecer las mejores características que tengo, solo con tu presencia. Gracias por las miradas, por los largos silencios de trabajo (y de no trabajo) y las buenas conversaciones sobre el pasado, el presente y el futuro. Gracias por guiarme y dejarte guiar.

LISTA DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

AS: Apoyo social.

AVD: Años de Vida con Discapacidad.

CFA: Análisis factorial confirmatorio.

DE: Desviación estándar.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

EBC: European Brain Council.

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

EVA: Escala Visual Analógica.

HAM-A: Escala de Ansiedad de Hamilton.

IHME: Institute for Health Metrics and Evaluation.

J: Índice de Youden.

LR (+): Cocientes de probabilidad positiva.

LR (-): Cocientes de probabilidad negativa.

LSAS: Escala de ansiedad social de Liebowitz

MAP: Médico de atención primaria.

PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders.

PsicAP: Psicología en Atención Primaria.

SADS: Escala de Evitación y Malestar Social

TDM: Trastorno depresivo mayor.

SE: Sensibilidad.

SDI: Escala de discapacidad de Sheehan.

SP: Especificidad.

PV (+): Valor predictivo positivo.

NP (-): Valor predictivo negativo.

INDICE

1. Marco teórico	9
1.1. Introducción	9
1.1.1. Los trastornos mentales comunes en el Mundo.....	9
1.1.2. Costes de los trastornos mentales en el mundo.	15
1.1.3. Los trastornos mentales comunes en España.....	18
1.1.4. Costes de los trastornos mentales en España.....	23
1.2. Depresión	28
1.3. La discapacidad: Concepto e impacto.....	39
1.4. Evaluación de la depresión: el PHQ-9	46
1.4.1. El PHQ para la evaluación de la salud mental en atención primaria.....	46
1.4.2. Validación del PHQ-9.	47
1.4.3. Validación en población española del PHQ-9.....	49
1.5. Evaluación de la discapacidad: El SDS	51
1.5.1. El SDS para la evaluación de la discapacidad. Historia y desarrollo.....	51
1.5.2. Validación del SDS	55
1.5.3. Validación del SDS en población española.....	56
2. Objetivos.....	60
3. Metodología.....	61
3.1. Participantes.....	61
3.2. Instrumentos.....	61
3.3. Procedimiento	63
3.4. Análisis de datos	63
4. Resultados.	67
4.1. Análisis de la estructura factorial.....	67
4.2. Invariancia medida a través del género.....	69
4.3. Consistencia interna.....	69

4.4.	Puntuaciones medias de PHQ-9 en función del diagnóstico depresivo	70
4.5.	Puntuaciones medias de PHQ-9 según gravedad de los síntomas depresivos ..	71
4.6.	Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con y sin TDM.....	71
4.7.	Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con TDM y diferentes grados de gravedad de los síntomas.	71
4.8.	Relación entre el ítem AS, diagnóstico de depresión y severidad de los síntomas.....	72
4.9.	Validez predictiva del SDS-4 para discriminar la depresión mayor.....	72
4.10.	Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos leves	73
4.11.	Validez predictiva de la SDS-4 para discriminar por síntomas depresivos moderados.....	74
4.12.	Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos moderadamente severos.....	75
4.13.	Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos severos... ..	76
5.	Discusión.....	78
6.	Conclusiones.....	82
7.	Resumen	89
8.	Conclusions	90
9.	Abstract	93
10.	Referencias	94
11.	Anexos.....	127

1. Marco teórico

1.1. Introducción

1.1.1. Los trastornos mentales comunes en el Mundo.

Los trastornos mentales constituyen una importante carga personal, familiar, económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen (WHO, 2004). Estos trastornos comprenden una amplia gama de afecciones entre las que también se incluyen entre otras, los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias potencialmente adictivas, así como trastornos emocionales tales como los trastornos de ansiedad o la depresión. En conjunto, representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial (WHO, 2012). Cada año, aproximadamente un tercio de la población adulta mundial sufre algún trastorno mental y/o del comportamiento (Campion, 2018; Kessler et al., 2009; Kessler & Üstün, 2000; Steel et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Resulta también prioritario el suicidio debido a que, aunque extrema, es una problemática común en trastornos mentales no tratados. La OMS anunciaba en el año 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, 2001c). Una previsión que parece apuntar que se cumplirá y más si tenemos en cuenta los efectos que está tendiendo la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población general (Fiorillo & Gorwood, 2020) así como los efectos del confinamiento (Brooks et al., 2020).

Uno de los trastornos mentales más comunes es la depresión. La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 300 millones de personas, con mayor prevalencia en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%), que se ha incrementado en un 18,4% entre 2005 y 2015. Es la principal causa mundial de discapacidad medida en años vividos con discapacidad (AVD), más de 50 millones de años para 2015, y

contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (un 7.5% del total mundial), pues es la tercera entre las principales causas de morbilidad, afectando al 4,4% de la población mundial. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años y entre las 20 causas principales de muerte. La depresión es altamente comórbida con otros trastornos mentales, especialmente los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad afectan en el mundo a más de 264 millones de personas, un problema también en aumento, sube un 15% entre 2005 y 2015. Afecta a un 3,6% de la población, más a las mujeres (4,6%) que a los hombres (2,6%). De hecho, depresión y trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes y suelen darse juntos (WHO, 2017a).

En Europa, en 2005 el *European Brain Council* publicó los resultados de un amplio estudio (EBC2005) que estimaba prevalencia y costes de los trastornos cerebrales en Europa en 2004 (Andlin-Sobocki, et al., 2005; Wittchen & Jacobi, 2005). Se eligió el rubro “*Trastornos del cerebro*” para identificar las comunidades entre trastornos mentales y neurológicos en términos de su sustrato, el cerebro, así como por la evidencia cada vez mayor de que ambas disciplinas, a pesar de sus diferentes tradiciones, comparten métodos y aproximaciones. Se estudiaron 12 agrupaciones diagnósticas, que incluían los principales trastornos que afectan al cerebro. Otro de los estudios de referencia es el ECNP/EBC REPORT 2011 (Wittchen et al., 2011), que compara la prevalencia y la carga de los trastornos mentales en Europa en 2011 con datos de 2005. De este trabajo el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en 2015 destaca varios aspectos:

1. Cada año en torno al 38,2% de la población europea sufre algún trastorno mental, lo cual afecta a 164,7 millones de personas.

2. Los trastornos mentales más prevalentes en términos de personas afectadas en algún momento a lo largo su vida fueron: los trastornos de ansiedad con 69,1 millones, la depresión unipolar con 30,3 millones, el insomnio con 29,1 millones, los trastornos somatomorfos (excepto cefaleas) con 20,4 millones, el alcoholismo con 14,6 millones, la dependencia al cannabis con 1,4 millones, la dependencia a opiáceos con 1 millón y los trastornos de niños y adolescentes como el Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad y otros trastornos hiperquinéticos con 3,3 millones de personas. La carga de discapacidad de los trastornos mentales y neurológicos considerados en su conjunto es enorme, alcanzando el 30,1% del total de la carga de enfermedad en mujeres y el 23,4% en hombres.

Analizando los datos en los distintos grupos diagnósticos se encuentra que:

- a) Los trastornos más prevalentes son los de Ansiedad (14%) considerados en su totalidad. Las fobias específicas suponen el 6.4%, las fobias sociales el 2,3%, la agorafobia el 2% y el trastorno de pánico el 1,8%. Los nuevos datos sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) revelan importantes diferencias según edad. El TAG alcanza mayores valores en personas mayores de 65 años, en tanto que el TEPT va descendiendo conforme aumenta la edad.
- b) Los trastornos afectivos se situaban como el segundo grupo más prevalente (7,8%), predomina la depresión mayor (6,9%).
- c) Los trastornos somatomorfos ocupan el tercer lugar en el orden de prelación, con una estimación en cuanto a prevalencia/año del 4,9%.
- d) En el caso de la dependencia a sustancias, el alcohol en población >15 años (3,4%), a continuación, el cannabis y los opiáceos. Las tasas de dependencia a

opiáceos descienden desde una tasa de 0,4% en la adolescencia tardía hasta 0,1% en la vida adulta. Algo parecido pasa con la dependencia al cannabis, que desciende de 1,8% a 0,3%.

Además, la comorbilidad es muy elevada entre trastornos mentales, dentro de grupos de trastornos mentales y entre grupos de trastornos mentales, así como entre estos y los trastornos neurológicos.

Las conclusiones del estudio son reveladoras. Cada año, un 38% de la población europea (unos 165 millones de pacientes de los 510 millones de europeos cubiertos) sufre al menos un trastorno mental, y ello con estimaciones muy conservadoras, fundamentalmente debidas a diagnósticos incompletos o equivocados. No existen diferencias significativas en cuanto a esa elevada prevalencia ni por grupos de edad, ni por sexo. Los diagnósticos más frecuentes (aquí si con importantes diferencias de sexo) son los de trastornos de ansiedad, depresión unipolar, trastornos del sueño, trastornos somatomorfos, y trastornos por uso de sustancias. No existen diferencias significativas cuando se comparan los resultados del nuevo estudio (ECNP/EBC REPORT 2011), con los del previo (EBC REPORT 2005), de hecho, hoy como ayer, apenas un 10% de los casos son tratados y los que son tratados lo son principalmente mediante tratamientos farmacológicos, no llegando siquiera al 3% de todos los afectados los casos que reciben psicoterapia. Esta situación de retraso, malos diagnósticos, escasos e inapropiados tratamiento es exclusiva de los trastornos mentales, la situación en el caso de los trastornos neurológicos es significativamente mejor para todos los grupos diagnósticos tomados en consideración (Wittchen et al., 2011) .

Si nos aproximamos al número de años de vida vividos por debajo de un nivel óptimo de salud y funcionalidad, también conocido como AVD y años vividos ajustados

por discapacidad (AVAD), se observa que los trastornos mentales son responsables de más de un 42% de los AVD en Europa. Muchos de los trastornos son recurrentes, con tendencia a la cronificación, y con unas consecuencias negativas que se agravan y amplían de espectro, con fuertes consecuencias personales, laborales, sociales y económicas. Tomados en conjunto, los trastornos del cerebro causan la mayor proporción de carga por enfermedad de todos los grupos de enfermedades (23% en hombres y 30% en mujeres).

Según las últimas estimaciones del *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), más de una de cada seis personas que viven en los países de la UE (17.3%) tuvo un problema de salud mental de diversa gravedad en 2016, aproximadamente 84 millones de personas. El grupo más común de trastornos mentales en los países de la UE es el de los trastornos de ansiedad, más de 25 millones de personas (5.4% de la población) sufren trastornos de ansiedad. Les siguen los trastornos depresivos, que afectan a unos 21 millones de personas (4.5% de la población). Estamos hablando de que más de una de cada diez personas europeas sufrirá a lo largo del año un desorden emocional de cierta magnitud, que le llevará a los servicios de asistencia sanitaria (OECD/EU, 2018).

Estos datos son coincidentes con el resumen realizado por la OMS el pasado año (WHO, 2019a). Los vínculos entre trastornos mentales y las principales enfermedades no transmisibles están bien documentados. Los trastornos mentales afectan y se ven afectados por las principales enfermedades no transmisibles, pueden ser precursores o consecuencias de condiciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o el cáncer. Las personas con trastornos mentales mueren por término medio 20 años más jóvenes que la población general, en su gran mayoría son muertes no atribuibles a una causa específica (por ejemplo, el suicidio o hábitos de vida no saludables como tabaquismo, estrés, etc.), aunque hay muchas de esas, sino más bien a otras causas, no siempre adecuadamente

identificadas y controladas (Liu et al., 2017; Theo Vos et al., 2012; WHO; Fountain House, 2015)

Los trastornos mentales definen unos de los desafíos de salud pública en Europa, ya que son la principal causa de discapacidad y la tercera causa principal de la carga global de enfermedad (medida en términos de AVAD), después de la enfermedad cardiovascular y los cánceres. En 2015, la prevalencia estimada de los trastornos mentales en algún momento de la vida en Europa fue de 110 millones de personas, aproximadamente un 12% de la población global. Los trastornos mentales más comunes en esta región son la depresión, que afecta a más de 44 millones de personas, y la ansiedad, que hace lo propio con más de 37 millones de europeos y europeas. Si se añaden los trastornos por uso de sustancias hay que añadir otros 27 millones de personas (hasta un 15%), y, si incluimos también, los trastornos neurológicos, como la demencia, la epilepsia, y las migrañas llegamos a los 300 millones, casi el 50% (Hay et al., 2017; James et al., 2018a, 2018b; Vos et al., 2016a, 2016b; Vos et al., 2017).

Existe una general coincidencia en la señalización de los grandes campos en los que los países europeos (obviamente todos) debían avanzar para reducir la carga (WHO, 2018). Una mejor prevención, más recursos (materiales y humanos) cualificados, mejores sistemas de evaluación, y tratamientos adecuados personalizados. Así pues, en lo que va de siglo, los sistemas de salud de numerosos países han sufrido importantes cambios estructurales y en sus políticas de salud mental (WHO, 2001a, 2005, 2011, 2013, 2015, 2018, 2019b). Estas transformaciones han logrado reducir el estigma asociado y aumentar la accesibilidad, aunque todavía existe una apreciable brecha (WHO, 2008b). De hecho, incluso en los países de ingresos altos entre el 35% y el 50% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento alguno (WHO, 2012). Un problema que se complica aún más por la escasa calidad e inadecuación de la atención.

Por esta razón, la OMS plantea, desde hace años, la necesidad de integrar los servicios de salud mental en Atención Primaria (AP) (WHO, 2008a). Existen diversas iniciativas y experiencias en distintos países que aplican estrategias de acceso a diagnósticos y terapias psicológicas como en Chile, Brasil, Inglaterra, Noruega, Estados Unidos o Australia, y de manera incipiente en España (por ejemplo, CG-COP , 2013b, 2016b, 2016a, 2017; Cano-Vindel, 2013; Ruiz-Rodríguez et al., 2017).

En España, y en muchos países, la AP es la puerta de entrada de entrada de la población al Sistema Sanitario de Salud (Gili et al., 2010; Muñoz-Navarro et al., 2016; Ruiz-Rodríguez et al., 2018a). Es el recurso al que acceden en primera instancia, no solo la mayoría de personas con patología somática, sino también aquéllas que padecen problemas de salud mental y/o psicosociales.

1.1.2. **Costes de los trastornos mentales en el mundo.**

El rango de los trastornos mentales es amplio, cubre cientos de trastornos que son habitualmente recogidos y listados, bien en capítulos de libros y monografías, bien en los sistemas de clasificación internacionales. Se trata, lo hemos visto, de trastornos que tienen una elevada prevalencia, y generan a corto, medio y largo plazo limitaciones, discapacidades y dependencia. Es decir, generan a las personas que los sufren, sus familias, y sus redes sociales y profesionales, así como al conjunto de la sociedad, una importante carga emocional, financiera y social.

Un amplio estudio europeo realizado por el *European Brain Council* (EBC) se llevó a cabo en 2005 con el objetivo de estimar, por primera vez, los costes de los 12 grupos de trastornos mentales y cerebrales más prevalentes, estudio que arrojó una muy conservadora estimación de 386 billones de euros en el año 2004 (Andlin-Sobocki, et al.,

2005; Wittchen & Jacobi, 2005). Cinco años más tarde se replicó y amplió el estudio, lo que permitió revisar las primeras estimaciones, y, además, se añadieron 7 nuevos grupos de trastornos, lo que elevó su número hasta 19. También se actualizó el número de países en la UE (27 más Islandia, Noruega, Suiza), abarcando una población de 514 millones de personas. Este estudio tiene una perspectiva social, lo que implica que tomaron en consideración los costes de todos los recursos utilizados o perdidos a causa del trastorno, con independencia de quien los pagara.

Los costes recogían tres categorías: a) costes directos de la atención sanitaria (todos los bienes y servicios relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento de un trastorno; por ejemplo, visitas, hospitalizaciones y gastos farmacéuticos), b) costes directos no médicos (i.e. otros bienes y servicios relacionados con el trastorno; por ejemplo, servicios sociales, alojamiento especial y cuidado informal), c) costes indirectos (por ejemplo, pérdida de productividad debida al absentismo o jubilaciones anticipadas por causas médicas).

El coste total de los trastornos mentales y del cerebro se estimó, de nuevo de manera conservadora, en 798 billones de euros en 2010. El coste medio estimado por persona con algún trastorno oscila entre los 285 euros en el caso de los dolores de cabeza y los 30.000 para los trastornos neuromusculares. El coste *per cápita* promedio de los trastornos para todos los países era de 1.550 euros, pero había una gran variabilidad entre ellos.

El desglose del coste, en billones de euros, en 2010, por grupos de trastornos fue el siguiente: adicciones (65.7); ansiosos (74.4); tumores cerebrales (5.2); de niños y adolescentes (21.3); demencias (105.2); de la alimentación (0.8); epilepsia (13.8); dolores de cabeza (43.5); retraso mental (43.3); del estado de ánimo (113.4); esclerosis múltiple (14.6); neuromusculares (7.7); Parkinson (13.9); de personalidad (27.3); psicosis (93.9);

del sueño (35.4); somatomorfos (21.2); accidentes cerebrovasculares (64.1); lesiones cerebrales de origen traumático (33.0). En general, los costes directos constituyen la parte principal del coste total, pero no en todos los grupos.

En términos globales la distribución es de un 37% para los costes directos de la atención sanitaria, un 23% para los costes directos no sanitarios, y un 40% para los costes indirectos, eso sí, con destacables diferencias entre los grupos de trastornos neurológicos y los mentales. En el primer grupo, un 41% son costes directos de la atención sanitaria, 24% son costes directos no sanitarios, y 35% indirectos. En el caso de los trastornos mentales, los costes indirectos son los más elevados (48%), por su incidencia en la productividad, los costes directos no sanitarios son los más bajos (13%), y los costes directos de la atención sanitaria se sitúan en el nivel intermedio (39%).

El coste económico de la enfermedad mental es muy significativo en Europa, superando el 4% del PIB (1,3% son costes directos de la atención sanitaria, 1,2% son costes directos no sanitarios, sobre todo gastos de la seguridad social, y un 1,6% son costos indirectos) (OECD/EU, 2018). Esa distribución es especialmente acusada en el caso de los “desórdenes emocionales”, prácticamente un 70% del coste se debe a causas indirectas (Gustavsson et al., 2011). Un hecho que contrasta mucho con lo que ocurre con las enfermedades somáticas más prevalentes.

Hay una general coincidencia en que la carga de la enfermedad mental no es inevitable y que se pueden adoptar medidas costo-eficaces para reducirla. Plantean como medidas de afrontamiento de la problemática, en línea con los indicado por la OMS (WHO, 2011) las siguientes medidas: 1) Prevenir la ocurrencia de nuevos casos (prevención primaria); 2) Prevenir el riesgo de recurrencia y cronificación; 3) Prevenir la aparición de trastornos secundarios comórbidos; 4) Retrasar la progresión de las

enfermedades; 5) Reducción de la discapacidad y la dependencia psicosocial. Sin embargo, prácticamente ninguna de esas opciones se ha explotado todavía, especialmente en el caso de los trastornos mentales (Wittchen et al., 2011). Concluían el trabajo escribiendo que *“en conclusión no cabe ninguna duda de que las estimaciones presentadas en el informe sobre el coste de los trastornos del cerebro en Europa en 2010 son muy conservadoras. Probablemente representan una subestimación, aunque son más realistas y completas que los publicados en 2005”*

1.1.3. Los trastornos mentales comunes en España.

Los modelos de cooperación o colaboración entre niveles asistenciales son los más habituales para el abordaje de los problemas de salud mental en AP. Asignan la responsabilidad de la atención de los problemas de salud mental a los médicos de atención primaria, contando con la interacción y apoyo de profesionales especializados del segundo nivel (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011a, 2011b; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

La AP es el recurso al que acceden en primera instancia, no solo la mayoría de personas con patología somática, sino también quienes padecen problemas de salud mental. Éstos suelen ser atendidos por primera vez en las consultas de AP, no llegando en la mayoría de ocasiones al segundo nivel de atención especializada (Cano-Vindel, Salguero, Wood, Dongil, & Latorre, 2012). Al menos en una de cada cinco consultas que recibe un MAP, el paciente acude por algún problema de índole mental, ya que muchas investigaciones señalan que la prevalencia de problemas psicopatológicos en AP se

mueve entre un 22 y un 29% (Latorre Postigo et al., 2012; López et al., 2010; Vindel et al., 2012)

Los datos apuntan que existe una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al MAP, de manera que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos tienen tendencia a acudir a consulta repetidamente (hiperfrecuentación). Además, los trastornos mentales están presentes en un alto porcentaje de los pacientes que acuden con enfermedades neurológicas, cardiovasculares o pulmonares (Cano-Vindel, 2011b, 2011c; Gabilondo et al., 2010; Serrano-Blanco et al., 2010). La prevalencia de estos trastornos en las consultas de AP es muy alta y afecta a personas en edad laboral, con el consiguiente efecto económico, tanto directo como indirecto (Ruiz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Ruiz-Rodríguez, Cano-Vindel, Muñoz Navarro, et al., 2017).

El estudio ESEMeD-España es quizás el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una gran muestra representativa de población general española adulta mediante encuesta estructurada diagnóstica. Estimaba que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida (prevalencia-vida) algún trastorno mental, el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año) el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, 5,2% en hombres y 11,4% en mujeres (Haro et al., 2006).

En el caso de la prevalencia-año los trastornos de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los depresivos, mientras que esta relación se invierte cuando nos referimos a la prevalencia-vida. Esto indica una mayor presencia actual de los trastornos de ansiedad (relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida) frente a los depresivos, que pueden

tener un curso más episódico, pero a la larga más acumulada. La prevalencia en mujeres de la mayoría de los trastornos de ansiedad y depresivos es más del doble que la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias son menores. En cambio, los hombres presentan con mucha mayor frecuencia (6,3 frente a 0,9%) trastornos por abuso o dependencia de alcohol. Las mujeres, las personas jóvenes, las que han visto rota una relación afectiva o la unidad familiar, los que tienen menos educación y los desempleados, o quienes están de baja o con una discapacidad son grupos poblacionales de mayor riesgo y que buscan una mayor atención sanitaria.

Nuevos estudios de carácter transversal y multicéntrico dirigidos a estimar la prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales con mayor prevalencia en AP marcan la primera década del siglo XXI. El primero (Roca et al., 2009) se realizó con una muestra de 7940 pacientes. Mostró una muy elevada prevalencia entre ciertos trastornos mentales (de ansiedad, afectivos y somatomorfos), un 53,6% de la muestra presentaba uno o más con elevada comorbilidad entre ellos y con numerosos, pero concretos, síntomas físicos recurrentes. El dato era llamativo, un 30.3% de los pacientes padecían simultáneamente más de un trastorno mental, y un 11.5% presentaban comorbilidad entre los tres más prevalentes. El segundo estudio cursó con 5.876 pacientes. Comparaba la prevalencia de trastornos mentales en AP antes y durante la crisis económica (2006-2010), y mostró un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes (Gili et al., 2013). El empeoramiento de la salud mental era claro. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% entre 2006 y 2010, los de ansiedad un 8% y los producidos por abuso de alcohol un 5%. También se observaron algunas diferencias de género significativas, como un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante los años más duros del periodo de crisis. Se confirmaba que el paro y el

desempleo definían factores de riesgo importantes para explicar este aumento; de hecho, el deterioro de la situación laboral provocó un aumento del consumo de fármacos antidepresivos (Márquez-Calderón et al., 2014), aunque no una variación al alza significativa del número de suicidios como sí sucedió en otros países (Gili et al., 2014; Lopez Bernal et al., 2013). Otro estudio realizado en las consultas de Atención Primaria de Cataluña (DASMAP), utilizando entrevista diagnóstica estructurada, el instrumento “*gold standard*”, encontró una prevalencia en los últimos 12 meses del 31,2% para los trastornos mentales en Atención Primaria, con un 18.5% para trastornos de ansiedad y el 13.4% para trastornos depresivos; el diagnóstico de estos dos trastornos emocionales estuvo asociado con aproximadamente el doble de probabilidad de sufrir dolor crónico, trastornos gastrointestinales y otras condiciones físicas crónicas (Serrano-Blanco et al., 2010). En otro informe de este grupo de investigación (DASMAP) se encontró una prevalencia del 2,9% para trastornos adaptativos en las consultas de Atención Primaria (Anna Fernández, Mendive, et al., 2012).

Numerosos estudios, epidemiológicos con metodología de entrevista diagnóstica (Codony, et al., 2007; Codony, et al., 2007; Fernández et al., 2006; 2012) y realizados con encuestas (Bartoll et al., 2014) presentaron conclusiones análogas. Una y otra vez aparece que los trastornos emocionales son muy prevalentes y que los problemas de ansiedad, la depresión y las somatizaciones son los trastornos mentales más prevalentes en la AP española, y la autopercepción de los españoles muestra un empeoramiento en esos mismos trastornos. Es más, los datos para España del estudio de la OMS sobre Carga Mundial de Enfermedad muestran que la prevalencia de las enfermedades no transmisibles es más elevada que la media de la región europea de la OMS, ya que suponen el 89,2% del total de carga de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad, y de

nuevo aparece un patrón de morbilidad algo diferente para hombres y mujeres (Haro et al., 2014).

El problema no es fácil de afrontar desde el modelo sanitario vigente. La falta de una pauta común de presentación, las somatizaciones y la asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hacía muy complejo el manejo de estos pacientes para los no expertos ni especialistas en consultas de duración muy corta. Dos consultas de cada cinco (43%) se relacionarían directa o indirectamente con problemas “*menores*“ de salud mental según afirmaban los propios MAPs, quienes reconocían no tener los conocimientos suficientes para diagnosticar y/o tratar estos problemas adecuadamente (Moreno & Moriana, 2012, p. 315).

Comenzaba a manifestarse una conciencia compartida respecto de las insuficiencias del sistema, como las largas listas de espera para acceder al tratamiento especializado de Salud Mental, donde se encuentran los psicólogos clínicos y psiquiatras. Se señalan problemas que lastran la evaluación e intervención de los MAPs en problemas de ansiedad y depresión en AP, problemas todavía hoy sin resolver, como el infradiagnóstico, la sobrecarga asistencial, las dificultades con el diagnóstico, el tratamiento y la adherencia terapéutica (Latorre Postigo et al., 2005). Los médicos están poco familiarizados con los trastornos, adolecen de falta de formación especializada, y se enfrentan a pacientes que en muchas ocasiones acuden a consulta por síntomas somáticos (trastornos del sueño, migrañas, fatiga, pérdida de apetito sexual, problemas de alimentación) que muchas veces enmascaran un posible trastorno mental (Latorre Postigo et al., 2012; Seguí, Linares, Blanco, Ramos & Torrent, 2004). Lo bien cierto es que en los atestados servicios de AP reciben un asistencia similar en tiempo a la de otros

trastornos mucho más simples, con lo que habitualmente son mal evaluados y no siempre bien tratados (Cano-Vindel, 2011b, 2011a, 2013).

Un problema clave es el de la validez de los diagnósticos y la adecuación de los tratamientos en pacientes con trastornos mentales comunes (Fernández et al., 2010; Kovess-Masfety et al., 2007). Ni los MAPs detectan todos los casos de trastornos mentales que llegan a sus consultas, ni en muchos casos los tratan apropiadamente. Cuando los detectan el tipo de tratamiento mayoritariamente utilizado es el psicofarmacológico (Fernández et al., 2007).

En esta línea, estudios recientes (García-Pedrajas et al., 2018; Pérez-Ibáñez et al., 2015) realizan un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre el juicio clínico de los MAPs y entrevista clínica diagnóstica estructurada. Los estudios muestran que existe baja concordancia global. El acuerdo fue bajo en todos los diagnósticos.

1.1.4. Costes de los trastornos mentales en España.

Existen diversas formas de aproximarse al cálculo del costo económico de los trastornos mentales, siendo la más habitual la aproximación del capital humano (Trautmann et al., 2016). La carga económica de los trastornos mentales se estima como la suma de gastos directos e indirectos por ellos provocados, concebidos, en el primer caso, como los derivados del tratamiento y de la intervención, y, en el segundo, los provocados por la pérdida de productividad por incapacidad laboral y días laborables perdidos (Rivière et al., 2018).

Dada la elevada prevalencia de los problemas de salud mental, de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, y de los trastornos neurodegenerativos y las demencias

en personas de más edad, no debe sorprender que a la enorme carga emocional, se una la financiera, tanto para las personas individuales, como para sus familias y la sociedad en su conjunto (Oliva-Moreno et al., 2009; Ruiz-Rodríguez et al., 2018). La OMS estimaba ya hace años (WHO, 2004) que el costo de la salud mental se situaba entre el 3% y el 4% del PIB en Europa. Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad. Por sí sola, la depresión representa más de un 4% de la carga mundial de morbilidad, siendo una de las principales causas mundiales de discapacidad, supera el 11% del total mundial de años vividos con discapacidad, sobre todo entre las mujeres. Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente elevadas, calculándose que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas directas sería de 16,3 billones de dólares entre 2011 y 2030 (Bloom et al., 2011; WHO, 2013, 2015).

La OMS afirmaba que la mediana de la inversión de todos los países era del 2%, del total de la inversión en salud frente a un 13% de carga económica de los trastornos mentales (WHO, 2001c), catorce años después (WHO, 2015) se indica que la mediana de gasto público por persona en salud mental en los países de ingresos altos es 58,73\$ frente al de 1,96\$ y 1,53\$ en los países de ingresos medios y bajos, un valor que desciende en el caso de la AP a 21,42\$ en los países de ingresos altos frente a 1,01\$ y 0,16\$ en los de ingresos medianos y bajos.

La inversión en salud sobre Producto Interior Bruto (PIB) de España se encuentra en la actualidad en la zona media de los países europeos. En concreto, en 2017 (OECD/EU, 2018), España dedicó a salud el 9% de su PIB, justo en el promedio de los países de la OECD, un 2% menos que en 2015, pero un 1,2% más que 10 años antes. Un

6,3% de ese gasto sanitario es de origen público y un 2,6% de origen privado. Este porcentaje sitúa a España entre el Reino Unido, con un gasto sanitario del 9,7% del PIB- y los países del sur de Europa como Italia y Portugal con un gasto sanitario del 9 % del PIB. España se mueve en unas magnitudes de gasto farmacéutico que representan el 1,6 % del PIB y el 18% del total del gasto sanitario, lo que la sitúa por encima de la media europea (15%).

Desde el inicio del milenio la inversión se ha incrementado en un 2,2%. No ocurre lo mismo, en la inversión por persona, que en el caso de España es de 3.248 frente a los 4.003 de media de los países de la OECD. De esa inversión, menos de un 6% se dedica a salud mental, y ello a pesar de su protagonismo en términos de años vividos con discapacidad, y de generación de elevados gastos, tanto directos como indirectos (Pinilla et al., 2017).

Los trastornos mentales más comunes no solo se asocian con un decremento en la calidad de vida, sino también con un elevado costo económico. Estudios europeos (Olesen et al., 2012; Wittchen et al., 2011) cuantificaban ese costo en 800.000 millones de euros, y estudios españoles (Parés-Badell et al., 2014; Rovira et al., 2012) lo cifraban en 83.747 millones, resaltando que el gasto sanitario del paciente con desórdenes emocionales multiplica casi por 3 el gasto de quienes no padecen este tipo de trastornos, además de multiplicar los costos indirectos, sobre todo los atribuibles a los procesos de incapacidad temporal (Catalina-Romero et al., 2011,2012, 2013). En términos globales la distribución es de un 37% para los costes directos de la atención sanitaria, un 29% para los costes directos no sanitarios, y un 33% para los costes indirectos, eso sí con destacables diferencias entre los grupos de trastornos neurológicos y los mentales. En el primer grupo, un 33% son costes directos de la atención sanitaria, 50% son costes directos no sanitarios,

y 17% indirectos. En el caso de los trastornos mentales, los costes indirectos son los más elevados (47%), por su incidencia en la productividad, los costes directos no sanitarios son los más bajos (12%), y los costes directos de la atención sanitaria se sitúan en el nivel intermedio (41%).

En España los costes de los trastornos mentales y del cerebro son aproximadamente un 8% del PIB, cantidad que supera el gasto público sanitario total, un 6,6% del PIB de 2010. Dejando aparte las demencias, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos mentales con mayor comorbilidad con síntomas físicos y en general cronificados, producirían un gasto total de 21.228 millones en 2010, algo más de una cuarta parte del gasto provocado por los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas, debido a su elevada prevalencia. Un elemento clave es la interacción sinérgica entre trastornos emocionales y condiciones físicas crónicas (Aragónés et al., 2004, 2007; Gili et al., 2010).

El peso en el costo de los tratamientos de la prescripción de psicofármacos ha sido una constante en los estudios sobre costos de la atención a personas con trastornos mentales comunes en la sanidad pública (López-Gil & Santiago-Domingo, 2017), y ello en todos los países del mundo. Es el caso de la sanidad española, donde el tratamiento de elección de los problemas de salud mental más comunes en AP es casi enteramente con farmacoterapia, tanto a nivel estatal como en las comunidades autónomas, más en mujeres que en hombres, e incrementándose con la edad (Carrasco-Garrido et al., 2016; Fraile-Guedón, 2019; Matud-Aznar, García-Pérez, Bethencourt-Pérez, & Rodríguez-Wangüemert, 2017; Rubio-Valera, et al., 2012; Sempere-Verdú, Salazar-Fraile, Palop-Larrea, & Vicens-Caldentey, 2014; Vicente-Sánchez, et al., 2013). Una conclusión unánimemente refrendada por la literatura científica, a pesar de que resulta muy difícil

acceder a datos precisos, ya que las estimaciones varían muchos entre ellas (Ophuis et al., 2017; Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018).

De hecho, en los informes de utilización de medicamentos se aprecia el incremento en recurso a opioides, antipsicóticos, antiepilépticos, ansiolíticos e hipnóticos y antidepresivos (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019). El grupo terapéutico que más se vendió en farmacias en 2016 son los fármacos del sistema nervioso central (2.228,65 millones de euros), que explica un 23% de la cuota de mercado, seguido por los fármacos del metabolismo y aparato gastrointestinal y por los productos cardiovasculares y los que se utilizan en patología respiratoria (López-Gil, & Santiago-Domingo, 2017)

El tratamiento médico habitual en Atención Primaria consiste sobre todo en la prescripción de sustancias psicoactivas, normalmente ansiolíticos y en menor medida antidepresivos. Sin embargo, según las guías de práctica clínica de referencia (NICE, 2011), la terapia farmacológica con benzodiazepinas está desaconsejada y no es el tratamiento de primera elección, en cambio sí se recomienda la terapia psicológica. Dada esta tendencia en la AP, no es sorprendente el continuo incremento en la ingesta de sustancias psicoactivas, superior al de otros países de la UE (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2019; OECD, 2015; Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), 2017).

Analizando, con detenimiento la evolución del gasto farmacéutico en España, (Fraile-Guedón, 2019) señala en su informe, los siguientes puntos:

- *“El gasto farmacéutico en España continúa creciendo y tras el periodo de la crisis donde hubo una contención del gasto, hay síntomas de que se vuelve a producir una aceleración en el mismo.*

- *Resulta más preponderante para el crecimiento del gasto el aumento del consumo que del precio por receta lo que debe llevar a un cambio en el foco de cómo reducir el gasto. Pasar de centrar la atención en el precio del medicamento a cómo luchar para lograr un uso óptimo de los fármacos y reducir el consumo.*
- *El abuso de los fármacos puede suponer un coste social y para el sistema sanitario que debe tenerse en cuenta cuando evaluamos en detalle el gasto.”*

1.2. Depresión

Ya en su *Corpus Hippocraticum*, Hipócrates reconocía un *tipus melancholicus* inclinado a padecer una perturbación de la mente cuya causa es un exceso o alteración de la *bilis negra* que conllevaba miedo y depresión (Radden, 2000; Simon, 1980; Vallejo-Ruiloba, 1980). Desde entonces a hoy el concepto de depresión ha ido variando, aunque casi siempre ha conservado una estructura similar, que hace de la disforia y la tristeza el eje conductor (Horwitz, Wakefield, Lorenzo, 2016; Jackson, 1989; Jones, 1931). Siguiendo el hilo de la historia, se puede caracterizar el ánimo depresivo por componentes anímicos, motivacionales, de conducta, cognitivos, físicos e interpersonales (Belloch, Sandín, y Ramos, n.d.; Horwitz, Wakefield & Lorenzo, 2016; Ruiloba, 2015; Santolaya-Prego de Oliver et al., 2018; Santos-Ruiz, Sanz-Rodriguez y Alvarez-Calderon, 2016; Taylor & Fink, 2006; Ustün, 1999)

En los síntomas anímicos encontraremos tristeza y/ o irritabilidad, acompañados generalmente de impresiones de abatimiento, vacío y/o angustia; por la parte de los síntomas relacionados con la conducta y la motivación encontramos apatía o falta de interés (una falta de motivación no relacionada con estrés, retraso intelectual o una conciencia alterada, pudiéndose relacionar en última instancia con la abulia), la abulia (en

referencia a la incapacidad de precipitar los deseos básicos del sujeto en conductas); y la anhedonia (incapacidad para la experimentación de placer, bien físico o el derivado de situaciones sociales). Todo ello redundando en inactividad y abandono de conductas sociales, laborales o de autocuidado, así como pérdida de reforzadores.

A nivel conductual también podemos encontrar enlentecimiento de las respuestas motoras y cognitivas, así como otros hechos observables relacionados con el aumento o la disminución de la ingesta de alimentos, el aumento o disminución del tiempo de sueño, molestias corporales inespecíficas o cambios (decrementos) en el deseo sexual. A nivel cognitivo, el estado de ánimo deprimido también se caracteriza por el aumento del tiempo de reacción y la capacidad de uso de las capacidades cognitivas (no sólo de aquellas que requieren un mayor control ejecutivo y esfuerzo, sino también de aquellas automatizadas). El hecho, es que no únicamente se ve afectado el proceso cognitivo, sino que el contenido de este también varía, encontrando pues el aumento de pensamientos de autodesprecio, culpa o muerte, así como distorsiones cognitivas sobre las relaciones con el entorno, las interpretaciones sobre sucesos del pasado y en las predicciones sobre el futuro de la persona que padece el ánimo deprimido en sí o sobre su ejecución en cualquier ámbito (Santolaya-Prego de Oliver et al., 2018).

Obviamente, esta sintomatología viene recogida en los diferentes manuales diagnósticos que permiten a los profesionales de la salud comunicarse entre sí. El más reciente de ellos, la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su undécima versión (WHO, 2019c) clasifica los trastornos depresivos dentro del apartado de “*Trastornos del estado de ánimo*” englobado a su vez en “*trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*”. Desde un principio, excluye las reacciones de estrés agudo (incluido en problemas asociados a eventos traumáticos o perjudiciales, que

a su vez está contenido en factores que influyen en el estado de salud) y el duelo sin complicaciones de este apartado (que es clasificado en problemas asociados con la ausencia, pérdida o muerte de otra persona, que a su vez está contenido como el anterior, en factores que influyen en el estado de salud). Dentro de este capítulo, los trastornos depresivos se incluyen entre los trastornos del estado de ánimo (junto a los trastornos bipolares). En la nueva CIE-11, las características principales de los trastornos depresivos son las clásicas, es decir el estado de ánimo depresivo o pérdida de placer, los diferentes síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos y la afectación, de manera significativa, a la vida del individuo, excluyéndose el diagnóstico en casos en los cuales el paciente haya experimentado episodios maníacos mixtos o hipomaniacos y codificando aparte la sintomatología depresiva contenida dentro del curso de un trastorno disfórico premenstrual.

Para el episodio depresivo mayor (que abarca desde sintomatología leve a severa, con o sin sintomatología psicótica) encontramos que el estado de ánimo depresivo se prolonga en el tiempo. Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha presentado ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o episodios mixtos, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.

El estado de ánimo depresivo es una de las condiciones que más afectan al ser humano, y es una de las condiciones más prevalentes en Atención Primaria (Roca et al.,

2009). Para la OMS, luego se matizarán los datos, la depresión constituye el principal problema de salud y discapacidad en todo el mundo. Globalmente, la OMS estima que más de 300 millones de personas viven con depresión, lo que supone un incremento de más del 18% en un periodo de tan solo 10 años (entre 2005 y 2015), además de ser la principal causa de discapacidad y el problema de salud que más contribuye a la carga global media de enfermedad (De Aquino, Londono, & Carvalho, 2018; Friedrich, 2017; Kessler & Bromet, 2013; Kroenke et al., 2002; OMS, 2017; Vos et al., 2012; WHO, 2017b, 2017c, 2019b). Sin duda, el concepto de la depresión ha cambiado a lo largo del tiempo, y, lógicamente, lo mismo ha ocurrido con la clasificación de las formas de depresión. Por ello, nos vamos a ceñir a la edición utilizada en el ensayo clínico PsicAP (Psicólogos en Atención Primaria), el DSM-IV-TR (APA, 2000) y como segundo referente a la CIE-10, por ser el sistema de clasificación utilizado en el Sistema Nacional de Salud español (Gogorcena, 2017).

Dentro del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), en su cuarta edición revisada (APA, 2000), los trastornos depresivos se clasifican en el capítulo “*Trastornos del Estado de ánimo*”. La clasificación diferencia entre trastornos basados en la etiología (que serán aquellos debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias), trastornos bipolares (trastorno bipolar I; trastorno bipolar II; trastorno ciclotímico; trastorno bipolar no especificado) y trastornos unipolares (trastorno depresivo mayor o TDM; trastorno distímico y; trastorno depresivo no especificado). Incluye la descripción de los episodios en los que se basan cada uno de estos trastornos.

Los criterios diagnósticos en el apartado de los trastornos unipolares se recogen en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR

(Fuente: American Psychiatric Association. DSM-4-TR, 2000)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

<p>9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</p>
<p>B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>
<p>C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p>D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p>
<p>E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</p>

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor en el DSM-IV-TR

(Fuente: American Psychiatric Association. DSM- IV-TR, 2000)

<p>A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.</p>
<p>B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
<p>C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.</p>

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

1. Leve
2. Moderado
3. Grave sin síntomas psicóticos
4. Grave con síntomas psicóticos
5. En remisión parcial/en remisión total
6. No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Modificándose, en el caso de Trastorno Depresivo Mayor recidivante, el criterio A, el cual quedaría como “*Presencia de dos o más episodios depresivos mayores*”, puntualizando que estos episodios deben estar separados por un intervalo de al menos 2 meses, en los que no se cumplan criterios de forma continuada (DSM-IV-TR; APA, 2000).

En el presente estudio, al utilizar datos que se empezaron a recogerse en 2013, fecha de inicio del PsicAP, el manual de referencia, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), nos hemos ceñido a los criterios del citado manual a la hora de exponer y categorizar la fenomenología de los trastornos depresivos. Sin embargo, no está de más exponer lo que, según el Colegio Oficial de Psicólogos (CG-COP, 2013a) son los cambios que esencialmente la nueva edición aporta sobre TDM, en la que se incluyen dos categorías que acotan la ideación suicida: el desorden del comportamiento suicida y la autolesión no suicida. En todo caso, también se reflejamos la conceptualización más reciente del trastorno según la quinta edición del citado manual (American Psychiatric Association, 2013)(Tabla 3).

Tabla 3

Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente en el DSM-5

(Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5, 2013)

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el

sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Especificadores de gravedad/ curso:

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado

Conceptualizaciones más reduccionistas, orientadas a establecer las bases biológicas de la depresión (Kennis et al., 2019), la perciben también como una enfermedad física-sistémica (Jimenez-Fernandez et al., 2015), con una elevada prevalencia en los servicios asistenciales que en cualquier caso, está en la línea de metaanálisis y revisiones anteriores (Berto et al., 2000; Mitchell et al., 2009).

La literatura, luego lo veremos con más detalle, coincide en señalar que estamos ante uno de los trastornos psicológicos más prevalentes entre la población general, y uno de los más incapacitantes, de hecho el Ministerio de Sanidad español estimaba que un 16,06% de las personas con un nivel de dependencia superior al 33%, entran en este colectivo a consecuencia de los estos trastornos mentales más comunes (Santolaya-Prego de Oliver et al., 2018).

La depresión constituye uno de los diagnósticos más frecuente en centros de salud mental (Belloso Roperó & Espín Jaime, 2007; Berto et al., 2000; Cordero-Andrés et al., 2017; Espin & Belloso, 2009; Montilla, 2002; Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Valero & Ruiz-Moreno, 2003) o en consultas universitarias de psicología (Avila Espada et al., 2009; Botella et al., 2006; Estupiñá et al., 2012; Estupiñá & Labrador, 2013; García-Vera & Sanz, 2009; García-Vera, 2004; Salaberría et al., 2016; Tejedo, 2019; Tejedo & López, 2009). Una situación que llevó al Ministerio de Sanidad a considerar como un objetivo específico, en el marco de su Estrategia Nacional de Salud Mental, reducir las tasas de depresión (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011a; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Sus magnitudes suponen un coste económico creciente, y totalmente inaceptable para la economía española. Ese coste se aproxima a los 11.000.000.000€ (1,1% del PIB), considerando, y son datos muy conservadores, tanto los costes sanitarios (por ejemplo, medicación), como los no sanitarios (por ejemplo, cuidados informales), tanto directos como indirectos (por ejemplo, pérdida de productividad laboral) (Parés-Badell et al., 2014).

En definitiva, los trastornos emocionales, en especial los de ansiedad, los depresivos y por somatizaciones, son muy prevalentes en el sistema sanitario español, y generan una elevada discapacidad, discapacidad que, a su vez, genera costes económicos muy elevados. Son además, causa de una destacable hiperfrecuentación de las consultas de AP, donde se encuentran muchas veces con una atención rutinaria, que por la alta presión asistencial da lugar a múltiples errores de diagnóstico y de intervención, con recurso habitual hacia los fármacos y psicofármacos (Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez, 2017).

1.3. La discapacidad: Concepto e impacto.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, *”dicho de una persona: Que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida”* (RAE, 2017). También ha sido definida como la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (Egea & Sarabia, 2011). Estas definiciones muestran que la discapacidad es un estado de interferencia del funcionamiento tanto a nivel intra-personal como inter-personal, afectando a diferentes esferas de la vida (Ruiz Moreno, 2017).

La discapacidad es definida por la OMS como *“un término general y complejo que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; Las limitaciones de las actividades son dificultades para ejecutar acciones o*

tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.” (OMS, n.d.).

El marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud, lo constituye la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (WHO, 2001b) que aporta también un lenguaje estandarizado y unificado, para describir la salud y los estados relacionados con la salud. Pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS y junto con la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) son consideradas Clasificaciones de Referencia, puesto que ayudan a codificar toda la información relativa a la salud de las personas empleando un lenguaje unificado que facilita además el intercambio de información entre profesionales e incluso entre países (Fernández-López, et al., 2009; Herrera-Castanedo, Vázquez-Barquero, & Gaité Pindado, 2008).

La Clasificación diferencia dos categorías, la referida al funcionamiento (funciones y estructuras corporales, actividades, participación) y las referidas al contexto (factores ambientales y personales). Entiende como funcionamiento todo lo referente a las funciones fisiológicas y psicológicas de los sistemas corporales, las actividades y la participación, entendiendo por estructuras las partes anatómicas del cuerpo (órganos, extremidades y componentes). Por actividad entiende la realización de acciones y la participación en situaciones vitales. Por factores ambientales entiende todo lo referente al entorno inmediato y social, mientras que los factores personales incluyen las características de las personas y estilos de vida. Ofrece, en definitiva, una perspectiva biopsicosocial.

El núcleo esencial de la discapacidad es un estado de interferencia de funcionamiento tanto a nivel intra-personal como inter-personal, afectando a diferentes esferas de la vida y que viene derivado del padecimiento de una merma en las funciones físicas, sensoriales o psíquicas que serían consideradas típicas para un sujeto de la misma edad. Conlleva impedimentos tanto en el trabajo como en la calidad de vida de las personas que padecen dichos trastornos. La incapacidad funcional que esta genera puede llegar a crear un impacto significativo en diferentes áreas de las personas, entre las que podemos destacar su bienestar físico y psíquico, las relaciones sociales y la productividad en el trabajo. Supone una consideración de la discapacidad como un constructo multidimensional, dinámico y complejo que ha sido identificado tradicionalmente con barreras (sociales, físicas y psicológicas), al que se le han añadido otros conceptos como el apoyo social o la interacción sujeto entorno (Ruiz Moreno, 2017).

Actualmente, los organismos gubernamentales son conscientes del impacto que tienen los problemas de salud sobre la población, sobre el funcionamiento de la sociedad y el consumo de recursos que las condiciones derivadas de la discapacidad provocan (por ejemplo, en el uso adecuado de los servicios sanitarios o los costes asociados a los efectos de las enfermedades sobre la vida laboral), convirtiéndose en uno de los componentes más importantes de la carga de enfermedad (Murray et al., 2012).

La discapacidad forma parte de la condición humana, siendo muy conservadores, aproximadamente un 15% de la población mundial sufre algún tipo de discapacidad y cerca de uno de cada cinco de éstos experimenta graves dificultades para su funcionamiento diario (Aduen et al., 2013; Ruiz Moreno, 2017). Entre las causas del incremento de la discapacidad, una de las más destacadas son los trastornos emocionales, en especial los trastornos depresivos. Estos trastornos han subido en importancia desde

1990, situándose en el tercer lugar mundial por años de vida vividos con discapacidad (IHME, 2018).

Existen recientes estudios que muestran que, de todas las enfermedades mentales, neurológicas y por abuso de sustancias, la depresión es ya la primera causa de discapacidad (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, & Vos, 2015; Whiteford, Ferrari, & Degenhardt, 2016). Para la OMS los trastornos mentales comunes tienen consecuencias de gran envergadura sobre la pérdida de la salud. De estos, el TDM es el mayor contribuyente a la discapacidad. Los datos indican que un 7,5% de todos los Años de Vida con Discapacidad (AVD) están relacionados con dicho trastorno, mientras que los trastornos de ansiedad ocupan el sexto lugar (con un 3.4% de los AVD). Además, la depresión es la enfermedad que más se relaciona con muertes por suicidio, los cuales ascienden a cerca de 800,000 al año en todo el mundo. Según este informe, España presenta una prevalencia de la depresión del 5.2%, siendo el porcentaje de todos los AVD atribuidos a la depresión del 8.7% y para los trastornos de ansiedad el 3.6%. Estas cifras destacan por ser superiores a la media mundial (WHO, 2017b, 2017c).

En un estudio llevado a cabo en 10 países de la UE (Barbaglia et al., 2017), se constató que los trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión, junto al dolor crónico y algunas afecciones físicas y psicológicas, contribuyan a explicar los factores de riesgo de mayor impacto en la discapacidad funcional completa y la discapacidad funcional parcial, especialmente en los países del Sur de Europa. Los datos eran consistentes con los obtenidos para España, donde los trastornos mentales y físicos más frecuentes están asociados con un mayor número de días con discapacidad funcional que en otros países occidentales. Es necesario incorporar la discapacidad en la agenda de salud pública española con el fin de reducir la limitación funcional entre los individuos con

trastornos frecuentes (Barbaglia et al., 2013; Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2018)

Con el objetivo de obtener información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España, se han realizado en España tres macro-encuestas: la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías en 1986, la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud en 1999 y la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia en 2008 (INE, 2008). En 2008 había 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener alguna discapacidad o limitación. Esto supone una tasa de discapacidad de 89,7 por mil habitantes para las personas de 6 o más años (INE, 2009). El 67,2% de estas personas presentan limitaciones para moverse o trasladar objetos, el 55,3% tienen problemas relacionados con las tareas domésticas y el 48,4% con las tareas del cuidado e higiene personal. La deficiencia más frecuente es la osteoarticular, debido a problemas en huesos y articulaciones, el 42,0% de las personas tiene discapacidad. Pero la deficiencia que causa mayor número de discapacidades por persona es la mental encontrando un 11,6 frente a las 8,7 de media que tienen las personas con discapacidad.

Los cuidadores principales, además, experimentan problemas relativos a la salud y la vida personal. En cuanto a las consecuencias para su salud, la mayoría afirma sentirse cansada/o, siente que se ha deteriorada su salud, que está deprimido/a, e incluso afirman que han tenido que someterse a tratamiento para poder afrontar la situación (INE, 2008; 2009).

Los resultados a nivel laboral en España son muy deficientes, y ello a pesar de que España, desde que adhirió a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las*

Personas con Discapacidad en 2008, cuyo objetivo es “*promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente*”, ha implementado leyes que promueven la inclusión de personas con discapacidad en el mercado laboral (por ejemplo, la Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral, Ley 30/2015 de 9 de septiembre, por la que se regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral, o Ley 31/2005 de 9 de septiembre, por la que se modifica y actualiza la normativa en materia de autoempleo y se adoptan medidas de fomento y promoción del trabajo autónomo y de la Economía Social).

En 2011, se publicaba en el Observatorio Estatal de la Discapacidad, el Informe Olivenza 2010, que incluía además una crónica informativa de los años 2008 y 2009 - con una actualización por trimestres del año 2010-, y una selección de indicadores estadísticos sobre distintas materias en relación con la discapacidad. Luego los Informes Olivenza, 2015, 2016, 2017 y 2018 (Jiménez-Lara, A., y Huete, 2015, 2016; Jimenez-Lara & Huete, 2017; Jiménez Lara & Huete García, 2018; Ministerio de Sanidad, 2018) han venido actualizando los datos. Hemos de tener en cuenta, a la hora de revisar los datos la posible concurrencia de deficiencias, dado que una misma persona puede estar clasificada en hasta seis tipos de deficiencia diferentes.

No solo son llamativos los datos objetivos, sino también los derivados de la propia percepción e información aportada por las personas. En la última Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2018), realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto

Nacional de Estadística, se puede leer que *“La salud mental es un factor clave para el bienestar y representa una carga de enfermedad importante para la sociedad”*.

El informe considera que la salud mental es un factor clave para el bienestar y la calidad de vida, representando una carga de enfermedad importante para la sociedad. Una de cada diez personas de 15 años o más afirma haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental. Entre las enfermedades o problemas de salud mental más frecuentes se encuentra la ansiedad y la depresión. Atendiendo a los datos, el 6,7% de los adultos refiere padecer ansiedad crónica (4,3% de los hombres y 9,1% de las mujeres); igual proporción se observa entre aquellos que revelan tener depresión (6,7%), hallándose la misma discrepancia entre géneros que en la ansiedad: más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). Los datos revelan diferencias en función de la situación laboral y de la edad. Se detecta el doble de prevalencia de depresión entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) frente a los que están trabajando (3,1%), así como en el caso de la ansiedad crónica (9,4% vs 4,4%). Un 5,4% de la población refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres. Un dato en alza en los últimos 30 años.

Por lo general, los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son más frecuentes en la población joven, en edad laboral, por lo que si no se atajan con tratamientos eficaces, irán sumando una gran carga social por discapacidad para el trabajo, con el paso del tiempo, desde edades tempranas y a lo largo de muchos años (Kessler, 2007). Tanto la hiperfrecuentación y el consumo de psicofármacos, como el abandono del tratamiento favorecen el desarrollo de la cronicidad y la discapacidad en un tipo de trastornos para los que existen tratamientos eficaces. Así, se sabe que el 60-70% de las personas que tienen un diagnóstico de trastorno de ansiedad a lo largo de la vida,

lo ha tenido activo en el último año (Kessler, 2007). También es sabido que existe una relación directa dosis-efecto entre la gravedad de los problemas de salud mental y la discapacidad (Ormel et al., 1994), con datos de 14 países de todo el mundo.

1.4. E Evaluación de la depresión: el PHQ-9

1.4.1. El PHQ para la evaluación de la salud mental en atención primaria.

El PHQ-9 es la escala destinada a la evaluación de la depresión del *Patient Health Questionnaire* (PHQ), cuestionario autoadministrado que evalúa diagnósticos en base a criterios del DSM-IV (estado de ánimo, somatizaciones, ansiedad, trastornos alimentarios, consumo de alcohol). Dicho cuestionario fue validado por el grupo de investigación del Patient Health Questioner en 1999 (Robert L. Spitzer et al., 1999) y es una versión autoinformada del PRIME-MD (Spitzer et al., 1994). Para resaltar la solidez del PHQ-9 describiremos en primer lugar la validación de sus cuestionarios de origen.

La PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) es una encuesta basada en los criterios diagnósticos del DSM destinada a ser pasada por el profesional de la medicina en Atención Primaria (AP). Para su validación, se seleccionaron 1000 pacientes adultos, de los cuales el 37% fueron seleccionados por conveniencia y el 63% mediante métodos específicos que evitasen sesgo en la muestra (entre otros y dependiendo del centro: selección de muestra mediante intervalos de tiempo, mediante razón fija o pacientes consecutivos en jornada, seleccionando las jornadas al azar). Los resultados arrojaron una buena concordancia entre el diagnóstico del PRIME-MD en atención primaria y el especialista ($k = 0.71$; tasa de precisión general = 88%), además de facilitar el diagnóstico (parte de los sujetos diagnosticados por la herramienta y

diagnosticados más tarde por el especialista en salud mental, no habían sido reconocidos adecuadamente por el médico de atención primaria) dotaba de una herramienta de aplicación rápida, dado que de media, los sanitarios tardaban en su aplicación en consulta 8.4 minutos (Spitzer et al., 1994).

Más tarde se desarrolló un cuestionario autoinformado derivado del PRIME-MD con el objetivo de reducir el tiempo de aplicación. El estudio de validación se realizó con 3000 paciente adultos, obteniendo una buena concordancia entre el diagnóstico del PHQ y el de los profesionales de salud mental ($k=0,65$; precisión general, 85%) y reduciendo considerablemente el tiempo de aplicación, dado que el tiempo medio de revisión de los resultados por el médico de atención primaria fue inferior a los 3 minutos (Spitzer et al., 1999).

La validación del PHQ en España se realizó sobre una muestra de 1003 pacientes adultos, seleccionados al azar y, a diferencia de las de sus homólogos, hospitalizados en hospitales generales, los resultados arrojaron una precisión general del 88% para cualquier medida y una $k=0,74$, es decir, un buen índice de concordancia (Diez-Quevedo et al., 2001).

1.4.2. Validación del PHQ-9.

El módulo 9 del PHQ contiene 9 preguntas destinadas a evaluar la presencia de Trastorno Depresivo Mayor y la interferencia que estos provocan. Tiene una escala en la que el sujeto que puntúa 0 (“*nunca*”), 1 (“*varios días*”), 2 (“*más de la mitad de los días*”) o 3 (“*casi todos los días*”) a los ítems que corresponden con los criterios DSM-IV, además de un ítem extra para medir la interferencia en el ámbito laboral, familiar o social. La

puntuación sobre la sintomatología se establece entre 0 y 27, siendo necesario para que se dé el diagnóstico de trastorno depresivo mayor: 1) una puntuación igual o superior a 2 en uno de los dos primeros síntomas, es decir, pérdidas de interés o de la capacidad para el placer (ítem 1 en el cuestionario: “*Poco interés o alegría por hacer cosas*”) y/o estado de ánimo depresivo (Ítem 2 en el cuestionario: “*Sensación de estar decaído/a, deprimido/a, desesperanzado/a*”) y; 2) puntuar 2 o 3 en un total de 5 ítems: sumando una puntuación igual o superior a 2 en 5 de los 9 ítems, aunque en el 9º, referido al suicidio, cuanta si está presente (con una puntuación de 1) aunque su duración no llegue a la mitad de los días.

La validación original del módulo (Kroenke et al., 2001) fue realizada en una muestra de 6000 pacientes en 8 clínicas de atención primaria y clínicas de obstetricia y ginecología. Evaluando la validez de constructo mediante la SF-20 (una encuesta general de salud que mide el estado funcional en 6 dominios) y la validez de criterio mediante una entrevista estructurada independiente realizada por un profesional de la salud mental en una muestra de 580 pacientes. Estas entrevistas, telefónicas, fueron llevadas a cabo por un psicólogo clínico de doctorado o trabajadores sociales del área de salud mental con experiencia, durante las 48 horas después a la cumplimentación de la prueba. Se usaron las preguntas de diagnóstico del PRIME-MD (modificadas para evaluar los síntomas en la versión DSM-IV) y el formato reducido de SCID (“*structured clinical interview for DSM-III-R*”).

Se seleccionaron por razones prácticas (recuerdo fácil por parte del profesional que use la prueba) y empíricas (ausencia de cambios en la validez de constructo derivados de las asociaciones entre niveles de gravedad) los siguientes puntos de corte para las

categorías de gravedad: 0-4 “*Mínimo*”, 5-9 “*Leve*”, 10-14 “*Moderado*”, 15-19 “*Moderadamente grave*” y 20 o más “*Grave*”.

Como resultados, obtuvieron una fiabilidad interna excelente con un α de Cronbach de 0.89 para atención primaria y 0.86 en el estudio de obstetricia y ginecología, una fiabilidad test-retest (PHQ-9; entrevista clínica) de 0.84 y puntuaciones medias que se desviaban muy ligeramente (0.02 mayor en el PHQ-9). Las puntuaciones medias fueron de 17.1 (DT, 6.1) en aquellos pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor por el personal sanitario (41 en total); otros 64 pacientes obtuvieron una media de 10.4 (DT, 5.4) y diagnóstico de otro trastorno depresivo; por último, 474 pacientes no presentaron diagnóstico (puntuación 3.3 y DT de 3.8). El 93% de los pacientes sin trastorno depresivo obtenían un resultado menor a 10, el 88% con depresión mayor tenían una puntuación superior. Las puntuaciones menores a 5 correlacionaban casi siempre con ausencia de trastorno, entre 10 y 14 el espectro de pacientes variaba mientras que aquellos pacientes que puntuaban 15 o más correlacionaban con depresión mayor.

1.4.3. **Validación en población española del PHQ-9**

Dos estudios son los que han centrado en la utilidad del PHQ para la evaluación de la depresión en población española. Por una parte, un estudio que se centró en la evaluación telefónica de la depresión y en el que se evaluó la concordancia entre el módulo 9 del PHQ autoadministrado y este mismo administrado vía telefónica. Con una muestra de 346 participantes escogidos en atención primaria se encontró una fuerte concordancia entre las dos vías de administración, con una consistencia interna en la administración telefónica ligeramente menor a la versión autoadministrada (Pinto-Meza et al., 2005).

El otro estudio sobre la utilidad del PHQ-9 para la detección de la depresión mayor en población española, realizado dentro de proyecto PsicAP nos resulta más útil para el presente trabajo y por ello pasamos a describirlo con mayor profundidad.

El estudio se realizó entre enero y diciembre de 2014 en cinco centros de atención primaria ubicados en distintas comunidades autónomas. En dichos centros, los médicos de atención primaria pidieron a todos los pacientes con sintomatología emocional (sintomatología ansiosa, depresiva o física sin base biológica clara) la participación en el ensayo PsicAP, tras recibir la hoja de información y dar el consentimiento informado se les invito a completar de forma informatizada el PHQ entre otras pruebas, recibiendo en caso de necesitarlo, ayuda para completar los cuestionarios (p.e.: problemas de visión o incapacidad para completar la prueba de forma computarizada). Tras completar el PHQ-9 se les realizo a los participantes que participaran en la entrevista SCID-I en un plazo máximo de dos semanas. Finalmente, 260 participantes (71.53% mujeres) completaron el PHQ y 178 (70.2% mujeres) fueron entrevistados mediante el SCID-I.

La prevalencia de trastorno depresivo mayor derivada de la SCID-I fue alta, un 72.5% cumplieron criterios frente a un 27.5% que no los cumplió. Por otra parte, entre aquellos que cumplimentaron el PHQ- 9 se encontró que cumplieron criterios de acuerdo con el algoritmo diagnóstico adaptado para el DSM-IV un 68% de la muestra o un 78% para puntuaciones superiores a 10 (que, recordemos, informan de sintomatología depresiva entre moderada y grave, pero no de diagnóstico). En dicho estudio no se encontraron diferencias sociodemográficas entre los encuestados con PHQ-9 y SCID-I.

Sobre las características de la prueba utilizando diferente puntuaciones corte, el análisis de las curvas COR, mostro que el módulo PHQ-9 tenía un área bajo la curva de 0.98 alcanzando una sensibilidad del 0.95 (con valor predictivo de 0.88) y una especificad

de 0.67 (con valor predictivo de 0.83). El punto de corte más adecuado según el Índice de Youden para establecer un corte óptimo es 14 ($J=0.66$), mostrando las siguientes propiedades psicométricas: sensibilidad, 0.78 (valores predictivos positivos y negativos, 0.94; ratios de probabilidad positiva y negativa, 6.33); especificidad, 0.88 (valores predictivos positivos y negativos, 0.60; ratios de probabilidad positiva y negativa, 0.26).

En referencia a la sensibilidad y especificidad utilizando el algoritmo de diagnóstico, el PHQ-9 alcanzó una sensibilidad de 0.88 (valores predictivos positivos y negativos, 0.92; ratios de probabilidad positiva y negativa, 4.33) y una especificidad de 0.80 (valores predictivos positivos y negativos, 0.72; ratios de probabilidad positiva y negativa, 0.15). Las conclusiones del estudio apuntaron a que el módulo de evaluación de la depresión del PHQ fue un útil valioso para identificar casos sospechosos de trastorno depresivo mayor en población de atención primaria española (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017).

1.5. Evaluación de la discapacidad: el SDS

1.5.1. El SDS para la evaluación de la discapacidad. Historia y desarrollo.

Es conocida la vinculación existente entre las enfermedades mentales, desordenes emocionales y las limitaciones que dicha problemática producen en los pacientes en su vida diaria; limitaciones y discapacidades que no afectan únicamente a la persona que sufre la enfermedad sino que abarcan los distintos ámbitos de desarrollo del mismo, como es el ámbito familiar, social, laboral y un largo etc..., pero este concepto de discapacidad no adquiere plenitud conceptual en salud mental hasta pasados los 70. Como menciona el

artículo del propio Sheehan (D. V. Sheehan et al., 1996a), durante una veintena de años que abarcan desde finales de los 40 o principios de los 50 hasta mediados los 70 las diversas investigaciones sobre la problemática mental se centraron principalmente en la reducción del daño y gravedad de los síntomas psicopatológica vinculas a las enfermedad mentales y en encontrar tratamientos eficaces contra dicha sintomatología, es decir, el interés en los estudios de investigación se centraban en los resultados que se obtenían en la aplicación de los tratamientos ya fueran estos de tipo psicológicos o biológico como los psicofármacos. Pronto se percibió una contradicción, identificándose que pacientes con sintomatología grave y de alta intensidad podían ser bastantes funcionales en la vida cotidiana y aquellos que las limitaciones derivadas de la patología que padecían, a pesar de su gravedad, tenía un impacto limitado en su vida social, familiar y laboral; mientras que otros pacientes incluso con síntomas menos frecuentes e intensos podían desarrollar fuertes limitaciones en dichas áreas de vida y presentaban dificultades en tal grado que los incapacitaba más que la propia enfermedad, es decir presentaban una verdadera y significativa discapacidad en la vida del paciente.

Este cambio de percepción y toma de conciencia de la discapacidad asociada a la problemática emocional y mental, junto a que en general los sistemas de salud en los diversos países están obligados por ley (ver SNS de España, ley general de sanidad, información al paciente, etc..) a tratar de modo integral al paciente y proporcionarle un tratamiento efectivo, y que el paciente busca probablemente ayuda y tratamiento tanto de la patología que padece como de la repercusión de la misma en su vida cotidiana hizo que el objetivo final del tratamiento no fuera únicamente reducir los síntomas, sino, quizás y más importante, aliviar significativamente la discapacidad asociada a la psicopatología. Obviamente este cambio de percepción se vio sin duda alguna implementado y apoyado

tanto por el aumento de la prevalencia de los trastornos mentales como por lo limitado de los recursos disponibles para la atención de los pacientes y el intento de que se redujeran los costes económicos que conlleva la discapacidad asociada

La frecuente aparición de esta falta de sincronía entre los síntomas psiquiátricos y la discapacidad hizo que fuera necesario medir la discapacidad / deterioro funcional además de los síntomas psiquiátricos al rastrear el resultado final del tratamiento, pero inicialmente la medida de la discapacidad a través de escalas e inventarios que existían en psiquiatría era, aunque integrales, largas y costosas en tiempo y recursos humanos, necesitándose medidas breves, simples, rentables y sensibles de la discapacidad y discapacidad funcional en los trastornos psiquiátricos y desordenes emocionales. Todo este marco expuesto condujo a la toma de conciencia de la importancia que tenían los métodos de evaluación de la discapacidad, dado que esta medición podría convertirse, a nivel de recursos públicos, en una variable discriminante y de un importante peso para la asignación eficiente de los presupuestos destinados a salud. Un poco más adelante en la década de los 70, la detección del deterioro funcional estaba instaurada plenamente y surgieron muchas escalas y cuestionarios destinados a la detección de la disfunción en diversas áreas de funcionamiento individual_(ver, por ejemplo, Furukawa et al., 2010; Maier et al., 1988; McDowell, 1987; Weissman et al., 2001; Weissman, 1975; Weissman et al., 1978, 1981; Weissman & Bothwell, 1976)

Sobre la base de las revisiones de dichas escalas y cuestionarios, Sheehan extrajo los principios básicos para confeccionar la Escala de Discapacidad (DISS). A la problemática a la que se enfrentó Sheehan es que muchas de las escalas, eran excesivamente extensas, exhaustivas y requerían en muchas ocasiones otros procedimientos y escalas adicionales; la aplicabilidad a la investigación y la

incorporación a la rutina del profesional sanitaria se reducía considerablemente mientras aumentaban los costes económicos, recursos de personal, de tiempo y espacio así para los investigadores y las compañías farmacéuticas; por todo ello la creación de una escala corta, eficaz y simple para que se expandiese su uso se convirtió en un requisito necesario en este tipo de escalas (D. V. Sheehan et al., 1996a).

Algunas escalas de discapacidad (ajuste social o discapacidad funcional) están diseñadas para ser utilizadas por el personal facultativo o de enfermería durante la entrevista con el paciente, mientras que otras están orientadas a su cumplimiento directo por el paciente como un autoinforme. Existen limitaciones para ambos métodos de administración, pero en general las escalas autoevaluadas son más adecuadas para pacientes ambulatorios y se debe tener en cuenta que el gasto es considerablemente menor que para las escalas calificadas por el médico; mientras que las escalas que utiliza el personal facultativo en la calificación clínica son más adecuadas para pacientes hospitalizados, pacientes con enfermedades mentales graves, analfabetos y aquellos que exageran o minimizan sus síntomas. Estas limitaciones sugieren que es mejor tener una escala de discapacidad diseñada de tal manera que se pueda aplicar fácilmente mediante autoinforme del paciente o que la administre el médico, o ambos en el mismo estudio si se considera pertinente, dependiendo de la muestra del estudio objetivo y las necesidades del mismo. La flexibilidad de esta doble vía de administración permite la recopilación, valoración y comparación de datos de discapacidad en una gama más amplia de medicamentos, enfermedades psiquiátricas y desordenes emocionales, siendo recomendable que los autores informen en el estudio si la escala fue calificada por el paciente, el médico o por ambos a la vez de modo independiente. Aunque existen diversos dominios donde valorar y donde se puede plasmar la discapacidad, en casi todas

las escalas de discapacidad se valoran y miden el deterioro al menos en el ámbito laboral, el deterioro en el ámbito social y el deterioro en las responsabilidades de la vida familiar o del hogar. En consecuencia, como dice Sheehan en 1996, *“cualquier escala de discapacidad básica necesita al menos evaluar estos tres dominios. Además, muchas de las escalas incluían medidas de apoyo social”*.

1.5.2. Validación del SDS

Hay diversos trabajos que Sheehan y su equipo utilizan como como elementos básicos para la elaboración de su escala (Weissman, 1975; Weissman et al., 1981; Myrna M. Weissman & Bothwell, 1976). En primer lugar, el grupo de investigación reunió las escalas disponibles y evaluó los elementos positivos y las limitaciones, extrayendo los temas comunes a las medidas. Sobre esta base diseñaron la Escala de Discapacidad (DISS).

Como método de medida escogieron el diseño de escalas analógica discretizada (DISCAN). Este método tiene la ventaja de permitir utilizar escalas viso-espaciales, numéricas y verbales al mismo tiempo para la recogida de información, proporcionando así una medida más precisa y salvando las posibles interferencias generadas por las preferencias subjetivas o dificultades derivadas de limitaciones visuales o culturales.

La primera validación de la escala se realizó con 77 pacientes con trastorno de pánico mediante análisis de regresión (Leon et al., 1992) Sheehan publica en 1993 un segundo estudio controlado doble ciego realizado con 101 sujetos ambulatorios con trastorno de pánico que no estaban recibiendo tratamiento y por último, se utilizaron los datos de un grupo de pacientes con fobia social para establecer la línea base que pertenecen al grupo Roche (protocolo 13359, Roche, Oslo, Norway, 1995).

Como comenta Sheehan, los pacientes con fobia social arrojaron puntuaciones altas en discapacidad social y laboral (no así en el área familiar) que los que revestían trastorno de pánico. Los datos del estudio de Davidson en 1994 con personas que sufrían fobia social, también mostraban mayores puntuaciones medias en el plano laboral y social y no tanto en el plano familiar. De la misma forma, el autor indica en su artículo que las diferentes (y bajas) puntuaciones obtenidas en discapacidad laboral obtenidas en algunos de los estudios que mencionan se debe a que aquellos sujetos que no se encontraban laboralmente activos no puntuaban en la escala de interferencia laboral, si se hubiese puntuado como 10 los niveles medios de discapacidad laboral serían muy altos.

Otro de los estudios que ayudó a validar la escala, esta vez en AP, se realizó en una muestra 1001 pacientes, encontrando que puntuaciones elevadas en la DISS estaban asociadas al deterioro en la salud mental (más del 80% de los sujetos con diagnóstico en salud mental obtenían valoraciones altas en la DISS y casi el 50% de sujetos con puntuaciones altas en el DISS tenía, al menos, un diagnóstico de salud mental), con lo cual el autor concluye que existe evidencia a favor de que el DISS es sensible para los diagnósticos de salud mental en AP (Leon et al., 1996).

Asimismo, el autor también revisa las variables que pudiesen ser un predictor de discapacidad, refiriendo que las puntuaciones de discapacidad aumentaban significativamente con la edad en todos los grupos de diagnóstico, con más educación, viudos, separados o divorciados y que aquellos con conviven con la familia obtenían menores puntuaciones.

1.5.3. Validación del SDS en población española

La validación de la prueba en español para su uso asistencial y la práctica en investigación fue realizada por el grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social en 1999, mientras buscaban una forma de evaluar el impacto de la fobia social en la vida diaria de los pacientes (Bobes et al., 1999). Previo a ello el SDS ya se utilizaba en España, pero el cuestionario fue traducido y adaptado al español siguiendo únicamente un método de traducción-retrotraducción (Herdman et al., 1997).

Para la validación de la prueba los pacientes con Fobia Social fueron controlados clínicamente y reclutados secuencialmente en 4 centros asistenciales de España 57 pacientes. Como criterios de exclusión se usaron la presencia de trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, trastornos del tipo esquizofrenia o bipolar y síndromes orgánicos cerebrales o discapacidad intelectual. De este grupo se registró el diagnóstico en los ejes I y II según e DSM-IV; la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) en el eje V; el periodo y progreso de la fobia social, sintomatología y el tratamiento recibido; la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), la Escala Visual Analógica (EVA) del cuestionario EuroQol y por último las escalas que se pretendían validar; la Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), la Social Anxiety and Distress escale (SADS) y, por último, el Sheehan's Disability Inventory (SDI).

El grupo control conto con 57 sujetos y fue seleccionado también en 4 centros, los sujetos sanos no habían sido diagnosticados ni tratados de condiciones mentales en el último año, ni presentaban sintomatología mental observada por el facultativo especialista en el momento del estudio. Además, eran capaces de entender y responder a los cuestionarios. Los sujetos sanos fueron emparejados con los pacientes según diversos criterios: sexo; pertenencia a un mismo grupo de edad, comprendida entre los 18 y los 65

años; lugar de residencia y; situación laboral. Se recogieron también datos sobre la convivencia, el estado civil y el nivel de educación.

El grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social determinó que el tamaño mínimo de la muestra sería de 46 individuos (con significación bilateral de 0.05 y un poder del 80%), esto permitiría hallar una correlación superior a 0,4% para las escalas tomadas como criterio (la escala de Hamilton y la de Liebowitz). Bobes y sus colaboradores también presentaron el estudio a los comités éticos de los centros participantes, así como al Comité Ético de Investigación clínica del Hospital Central de Asturias y obtuvieron el pertinente consentimiento informado de los sujetos experimentales. En cuanto a la validez convergente, con un $p \leq 0,05$, se encontró un coeficiente de correlación de $-0,35$ para la EEAG y un coeficiente de correlación de $-0,39$ para la EVA.

En relación a la estructura y consistencia interna, los análisis correlacionales entre las subescalas del SDI daban resultados moderados ($0,7 > r > 0,3$) para la estructura, salvo en el caso del Apoyo Social (que fue bajo ($r \leq 0,3$)). La consistencia interna en la muestra arrojó un coeficiente 0,72 para el Alfa de Cronbach, señalando que los ítems eran adecuadamente homogéneos.

Con respecto a la validez discriminante los pacientes del estudio mostraron mayor incapacidad en los ámbitos evaluados por el inventario que los sujetos sanos en las áreas evaluadas ($p < 0,001$), que se situaron en los límites inferiores del rango de puntuación, aunque no se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos de pacientes que revestían diferentes niveles de gravedad en fobia social, con la excepción del ítem asociado al estrés percibido (PS).

En cuanto a la fiabilidad test-retest, el coeficiente de correlación interclase fue de 0,87 para el total de incapacidad, que recordemos, aúna los ítems referidos a la incapacidad laboral, social y familiar, y de 0,63 para el estrés percibido y 0,75 para el apoyo social percibido (AS), interpretándose estas dos últimas cifras como mayor inestabilidad temporal, que deriva de forma lógica de la construcción de los ítems, ya que están referidos a episodios que aparecen normalmente de forma irregular.

Por lo que respecta al SDI, destacan las correlaciones obtenidas con la HAM-A, que resultaron moderadas, y las obtenidas con la EEAG y la EVA, que en cambio resultaron bajas. Esto podría deberse a que el SDI está midiendo un constructo distinto a los que miden la EEAG y la EVA. Como la EEAG es evaluada por el psiquiatra, una explicación alternativa de la baja relación obtenida entre la EEAG y el SDI la constituye las diferencias que suele haber entre la evaluación autoadministrada y la realizada mediante entrevista por el psiquiatra. Dado que el cuestionario SDI es un instrumento más genérico que los cuestionarios LSAS y SADS en relación al trastorno de fobia social, el SDI podría recoger, además del nivel de la incapacidad debida a los problemas de ansiedad social, el debido a otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo más generales. Se obtuvo que la estructura interna de los cuestionarios LSAS y SDI aparece como adecuada, en cuanto que las distintas subescalas que los componen presentaron correlaciones entre moderadas y altas respectivamente, indicando que las distintas partes de estos cuestionarios están midiendo un mismo constructo.

2. Objetivos

Los objetivos generales de esta Tesis Doctoral son establecer las propiedades psicométricas del SDS en pacientes de atención primaria y establecer la relación entre apoyo social percibido, sintomatología depresiva y discapacidad.

Los objetivos específicos para su consecución son los siguientes:

1. Analizar la estructura factorial.
2. Analizar la consistencia interna e invarianza intergrupo y temporal de la prueba mediante análisis factorial confirmatorio.
3. Analizar las puntuaciones medias de PHQ-9 en función del diagnóstico depresivo y de la gravedad de los síntomas depresivos (leves, moderados y severos).
4. Analizar la consistencia interna de los 3 ítems, 4 ítems y 5 ítems de SDS que miden discapacidad en pacientes con y sin depresión y con distintos niveles de síntomas, así como en la muestra total.
5. Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con y sin TDM.
6. Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con TDM y diferentes grados de gravedad de los síntomas.
7. Relación entre el ítem de apoyo social (AS), diagnóstico de depresión y severidad de los síntomas.
8. Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los distintos niveles de síntomas depresivos (leves, moderados y severos).
9. Analizar las relaciones entre discapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido.

3. Metodología.

3.1. Participantes

Un total de 1704 pacientes fueron reclutados entre enero de 2014 y mayo de 2017 de 28 centros de AP involucrados en el proyecto PsicAP (Cano-Vindel et al., 2016). El proyecto PsicAP es un ensayo controlado aleatorio que se realiza para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica grupal versus el tratamiento habitual para los trastornos emocionales en el entorno de la AP en España. De estos 1704 pacientes, 78.6% eran mujeres y 21.4% hombres. La edad media fue de 43,6 (\pm 12,3) años (rango, 16-80).

3.2. Instrumentos

La Escala de discapacidad de Sheehan (autor original, validada por Bobes et al., 1999) que puede ser autoaplicado o aplicado por el especialista, está destinado a evaluar el nivel de discapacidad de la población con síntomas psicopatológicos, consta de cinco ítems que se engloban en las tres escalas antes mencionadas: discapacidad, estrés percibido y apoyo social percibido. Los tres primeros ítems configuran la escala discapacidad total, agrupando las valoraciones autopercebidas dentro de los ámbitos del trabajo, la vida social y la vida familiar. Estos tres ítems junto con las puntuaciones obtenidas en la escala referente al apoyo social y la de estrés percibido da lugar a la valoración de la discapacidad global, que tiene como máximo 50 puntos, no existiendo un punto de corte y considerándose que una mayor puntuación, se corresponde con mayor nivel de discapacidad.

Estos primeros tres ítems de la escala de discapacidad, junto al cuarto, correspondiente al estrés percibido en la última semana se puntúan en una escala tipo

Likert de 0 a 10, correspondiendo una puntuación de “0” a “no” o “*en absoluto*” y la puntuación de 10 a “*Extremadamente*”. Por último, el quinto ítem, referido a el apoyo social percibido, se valora en una escala porcentual de 0 a 100, indicando el 0% que no se ha percibido el apoyo necesitado en el grado de “*ningún apoyo*” o “*en absoluto*”, y el 100% la percepción de un “*apoyo ideal*”

PHQ-9: Es uno de los módulos derivados del PHQ, que puede ser autoaplicado o aplicado por el especialista, cuya finalidad es la evaluación de la sintomatología depresiva según los criterios del DSM-IV, y que fue validado por Kroenke et al., en 2001. El PHQ-9 detecta la presencia de 9 criterios diagnósticos para el TDM en el periodo de los últimos 14 días, en una escala tipo Likert de 0 a 3, en donde 0 corresponde a “*nunca*”, 1 a “*varios días*”, 2 “*más de la mitad de los días*” y 3 a “*casi cada día*”; dicha escala se utiliza en la valoración de la intensidad de la constelación de la sintomatología depresiva: ánimo decaído, anhedonia, problemas relacionados con el sueño, cansancio, cambios en el apetito, sentimientos de culpa e inutilidad, sensación de retardo psicomotriz o agitación e ideación suicida o autolítica. Por último, añade una pregunta sobre el nivel de inferencia de esta sintomatología en los ámbitos familiar, laboral y social, pudiendo responder el paciente entre “*Ninguna dificultad*”, “*algunas dificultades*”, “*muchas dificultades*”, “*muchísimas dificultades*”.

La valoración de la gravedad de la depresión se realiza mediante rangos de las puntuaciones, un rango de 10-14 indica depresión menor o distimia, un rango de puntuación entre 15-19 es indicativo de una depresión mayor moderada o moderadamente severa, y un rango de 20-27 es indicativo de una depresión mayor severa. La presencia de un TDM se confirma con el siguiente algoritmo: necesariamente una puntuación de 2 o 3 en al menos uno de los dos primeros síntomas, es decir ánimo depresivo y anhedonia, en conjunción con una puntuación de 2 o 3 en al menos 5 de los 9 ítems dl PHQ-9. En el

caso de ítem que hace referencia al suicidio cualquier puntuación superior a 0, se considera como indicar de depresión.

3.3. Procedimiento

Los MAPs involucrados en el ensayo PsicAP invitaron a pacientes con un posible trastorno emocional (ansiedad, depresión o somatización) a participar. Todos los participantes recibieron una hoja de información para el paciente que contiene detalles completos sobre el propósito del estudio. Se requirió el consentimiento informado firmado para participar en el estudio. Los pacientes que aceptaron participar estaban programados para reunirse con un psicólogo clínico, momento en el cual completaron varias medidas computarizadas. El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con la Ley española de Protección de Datos. Fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Atención Primaria en Valencia, España (CEIC-APCV) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (EUDRACT: 2013-001955-11 y Código de Protocolo: ISRCTN58437086).

3.4. Análisis de datos

3.4.1. Estructura factorial

El programa de software SPSS v.26 y el módulo Amos se utilizaron para realizar los análisis estadísticos. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) para evaluar el ajuste de cuatro modelos diferentes, como sigue: 1) Modelo 1 (SDS-3), un factor unidimensional que contiene los tres ítems del factor de discapacidad total; 2) Modelo 2 (SDS-4), un factor unidimensional que contiene el factor de discapacidad total más el

ítem PS; 3) Modelo 3 (SDS-5), un factor unidimensional que contiene los cinco elementos; y 4) Modelo 4, un modelo bidimensional con 2 factores: el factor 1 contenía los tres elementos del factor de discapacidad total y el factor 2 contenía los otros dos elementos (PS y AS). La confirmación de la adecuación de estos modelos se realizó mediante la determinación de índices de ajuste absoluto utilizando el estadístico de chi-cuadrado (χ^2) y la relación entre los grados de libertad (se recomiendan valores <2). Evaluamos los índices de bondad de ajuste (GFI) y el índice de ajuste comparativo (CFI) para evaluar el ajuste incremental. Los valores de CFI y GFI oscilan entre 0 y 1, con un valor de referencia de 0,90 (Hu y Bentler, 1998). Finalmente, se calculó el error de la aproximación cuadrática media de raíz (RMSEA). Para este índice, los valores más pequeños indican un mejor ajuste, que van desde 0.05 a 0.10. Las diferencias entre los modelos se evaluaron comparando los valores de ji-cuadrado, χ^2 , para verificar la significación.

3.4.2. Invariancia medida para el género

Se realizaron análisis de la invariancia de grupos múltiples para determinar el grado en que la estructura de factores era comparable entre los géneros. Se probaron secuencialmente cuatro niveles de invariancia de medición (invariancia de configuración, débil, fuerte y estricta), donde cada nivel introdujo más restricciones de igualdad entre los grupos. El ajuste del modelo restringido (cargas de factor iguales entre los grupos) y el modelo libre se compararon en términos de sus valores χ^2 . Un aumento no significativo en el valor χ^2 (en relación con df) en el modelo restringido en relación con el modelo no restringido indicó que las restricciones entre los grupos eran posibles. Como criterio adicional, se consideró el cambio en el coeficiente CFI. La caída en el CFI del modelo

restringido con respecto al modelo no restringido no excedió 0.01, por lo que el modelo restringido fue aceptado.

3.4.3. **Consistencia interna**

Se realizó un análisis de datos descriptivo univariado para explorar cómo se presentaban las variables. Se evaluaron las características de los ítems y se calcularon las medias, las desviaciones estándar (DE) y las correlaciones ítem-totales para cada ítem en la SDS y el PHQ-9. La consistencia interna se evaluó utilizando el omega ordinal de Cronbach (ω) para el SDS y el alfa (α) de Cronbach para el PHQ-9. La varianza promedio extraída (AVE) y la fiabilidad compuesta (CR) también se probaron. Se describen datos del SDS con respecto a la presencia o no de depresión mayor (basada en el algoritmo de diagnóstico PHQ-9), junto con los síntomas depresivos y la gravedad (según el siguiente rango de PHQ-9 para la gravedad de los síntomas: sin síntomas, leve, síntomas moderados, moderadamente severos o severos).

3.4.4. **Validez discriminante**

Se implementó un análisis unidireccional de varianza (ANOVA) para eliminar la heterogeneidad causada en la discapacidad, con ello se busca determinar si las diferencias en 1) la presencia o no de depresión y si 2) las diferencias en la gravedad de los síntomas depresivos tuvieron un impacto en el grado de discapacidad y en la puntuación AS. Las comparaciones post hoc se ajustaron utilizando la corrección de Bonferroni (el nivel alfa para las pruebas post hoc se estableció en 0.05). También se determinaron los tamaños del efecto (d de Cohen). Para la gravedad de los síntomas, los tamaños del efecto se

compararon con la muestra de síntomas anterior para determinar el efecto sobre un aumento en la gravedad de los síntomas.

3.4.5. Validez predictiva de la SDS para detectar depresión mayor y síntomas depresivos.

Realizamos un análisis de la curva de características operativas del receptor (ROC) para determinar el área bajo la curva (AUC) y el rango de puntajes de corte de la SDS para evaluar la utilidad de la escala en la discriminación entre pacientes con y sin TDM, así como en la discriminación entre pacientes con diferentes niveles de gravedad sintomatológica. También calculamos la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y negativo, las razones de probabilidad positivas y negativas y el índice de Youden (J).

4. Resultados.

4.1. Análisis de la estructura factorial.

La Tabla 4 presenta los resultados del CFA para todos los modelos. El modelo 2 presentó un buen ajuste ($\chi^2 = 40.06$; $p < 0.05$; CFI = 0.99; IFI = 0.99; y RMSEA = 0.10). El Modelo 2 (SDS-4) es un modelo unifactorial que contiene cuatro elementos: los tres dominios de la vida (trabajo, familia y vida social) más el PS. El modelo 3 (SDS-5) también presentó un buen ajuste del modelo. Sin embargo, el ítem AS no presentó un factor de carga significativo, lo que sugiere que el modelo 2 (SDS-4) es el mejor modelo. No se encontraron diferencias entre los modelos. Consulte la Tabla 4 y la Figura 1 para obtener más información sobre el ajuste del modelo.

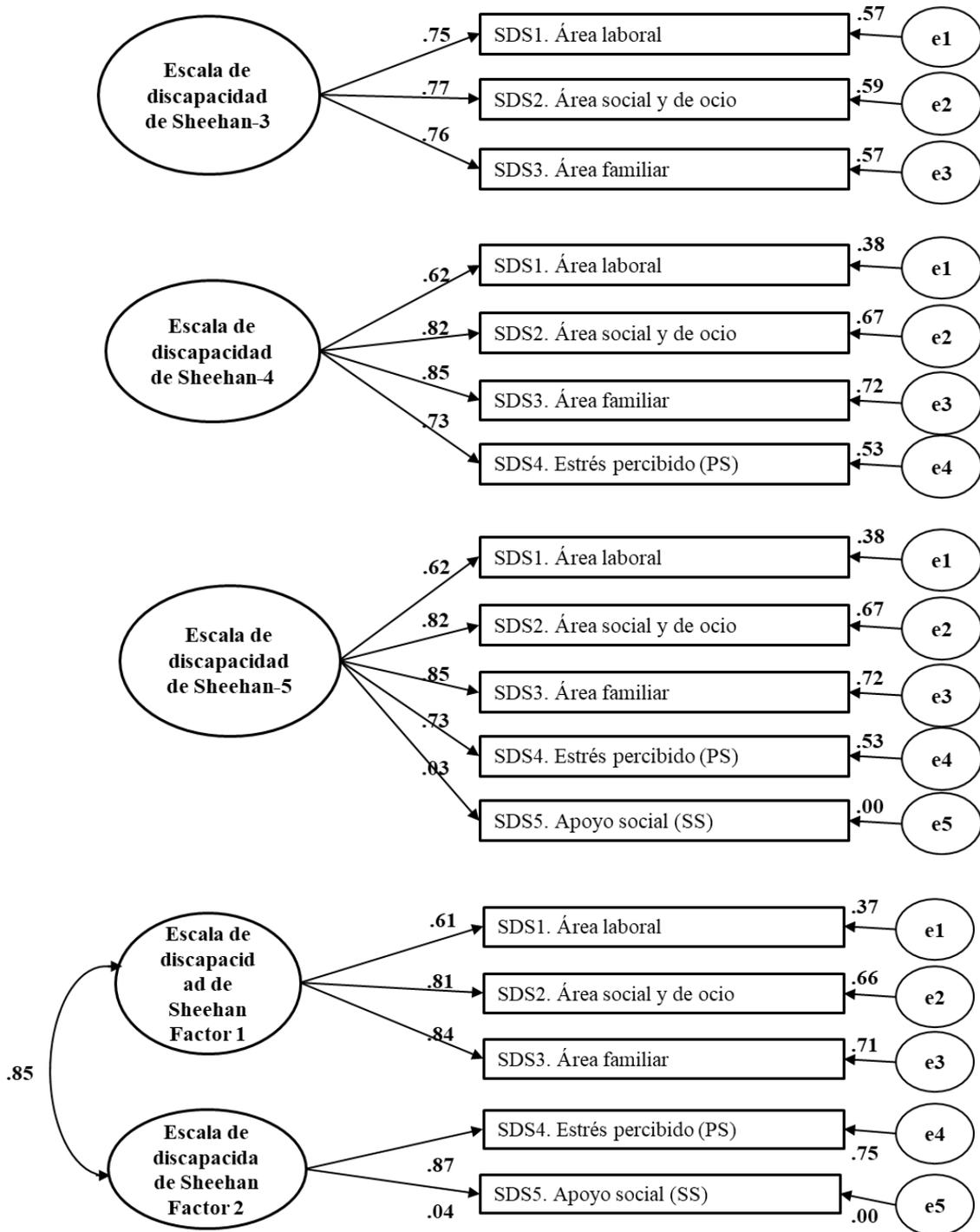
Tabla 4

Índices de ajuste CFA

	χ^2	df	CFI	GFI	TLI	RMSEA (90% IC)	χ^2 dif	AIC
Modelo 1 (3 ítems)	174.70*	2	0.94	0.94	0.86	0.23 (.19 - .25)		182.70
Modelo 2 (4 ítems)	40.06*	2	0.99	0.99	0.96	0.10 (.08 - .14)	134.64	56.06
Modelo 3 (5 ítems)	58.93*	5	0.98	0.99	0.96	0.08 (.06 - .10)	115.77	78.93
Modelo 4 (2 factores)	39.08*	4	0.98	0.99	0.96	0.08 (.06 - .10)	135.62	61.08

* $p < 0.05$

Figura 1 Ajuste de los modelos y representación



4.2. Invariancia medida a través del género.

Para determinar si el género afectó el modelo de medición, la muestra se dividió en hombres y mujeres y se introdujeron restricciones para probar si los parámetros podrían restringirse en ambos grupos. Ambos modelos se compararon en términos de $\Delta\chi^2$ y por ΔCFI . Todos los niveles de invariancia hasta la invariancia estricta se pueden suponer en todos los géneros, como lo demuestra una caída no significativa en el ajuste del modelo ($\Delta\text{CFI} < .01$) para los modelos sucesivamente más restringidos. Ver tabla 5.

Tabla 5.

Invarianza de genero del SDS-4

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	ΔCFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
Invarianza configural	41.94	4	0.98	0.96	0.075	--	--	--
Invarianza débil	42.79	7	0.98	0.97	0.055	0.00	0.85	3
Invarianza fuerte	42.80	8	0.98	0.98	0.051	0.00	0.01	1
Invarianza estricta	59.95	12	0.98	0.98	0.048	0.00	17.15	4

4.3. Consistencia interna.

Después de obtener la solución de un factor (SDS-4) descrita anteriormente, realizamos varios análisis descriptivos para evaluar la consistencia interna de este SDS-4. Los puntajes en esta escala de cuatro ítems varían de 0 a 40, con una media (DE) de 18,4 (10,4); elemento corregido: el rango de las correlaciones totales del ítem corregido osciló entre 0,56 y 0,67. La puntuación media de AS fue de 53.23 (32.74), con una correlación ítem-total corregida de 0.042, lo que indica una baja correlación con los otros ítems. La consistencia interna para el SDS-4 fue aceptable ($\omega = 0.84$), con un buen AVE

(0.86) y CR (0.93). La puntuación media para los ítems de PHQ-9 fue 13.3 (8.2). Las correlaciones totales del ítem corregido variaron de 0.52 a 0.73 en esta escala, con muy buena consistencia interna ($\alpha = 0.87$).

4.4. Puntuaciones medias de PHQ-9 en función del diagnóstico depresivo.

En los pacientes que cumplieron con los criterios de PHQ-9 para TDM, las puntuaciones medias (DE) en esta herramienta fueron 19.0 (3.72), en comparación con 8.40 (3.72) para aquellos sin diagnóstico de TDM. Esta diferencia fue significativa en el ANCOVA unidireccional [$F(1,1) = 3438.95$; $p < 0,0001$]. En el análisis post hoc, los pacientes con TDM obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el PHQ-9 que los pacientes sin TDM con un tamaño de efecto grande ($d = 2,84$). Ver la Tabla 6 para más detalles.

Tabla 6. Valores de validez discriminante de acuerdo con la presencia o no de TDM y los diferentes niveles de intensidad de síntomas.

PHQ-9 ítems Group	PHQ-9					SDS-4					SS ítem				
	n	M	SD	p	d	n	M	S D	α	p	d	M	SD	p	d
PHQ-9 Sin depression mayor	914	8.40	3.72			914	14.2	9.3	0.83			54.9	32.7		
PHQ-9 Depresión mayor	790	19.0	3.72	0.0001	2.84	790	23.4	9.3	0.77	0.0001	0.99	51.3	32.7	.04	-0.11
PHQ-9 Sin síntomas (0-4)	150	2.7	1.32			150	7.6	7.6	0.81			56.8	35.8		
PHQ-9 Síntomas leves (5-9)	394	7.2	1.35	0.0001	3.33	394	13.0	8.7	0.81	0.0001	0.64	56.4	32.7	n.s	-0.01
PHQ-9 Síntomas moderados (10-14)	426	11.9	1.44	0.0001	3.41	426	17.9	8.6	0.75	0.0001	0.57	52.2	31.3	n.s	-0.13
PHQ-9 Síntomas moderados severos (15-20)	513	17.7	1.93	0.0001	3.39	513	22.8	9.3	0.78	0.0001	0.55	52.0	32.0	n.s	-0.01
PHQ-9 Síntomas severos (21-27)	221	23.8	1.62		3.25	221	26.4	8.7	0.74	0.0001	0.40	49.9	34.4	n.s	-0.06

n: tamaño de la muestra; M: media; SD: desviación típica; α : alfa de Cronbach; p: valor p; d: sensibilidad

4.5. Puntuaciones medias de PHQ-9 según la gravedad de los síntomas depresivos.

Las puntuaciones medias de PHQ-9 presentaron diferencias significativas para todas las categorías de gravedad de los síntomas [$F(1,4) = 6557.137$; $p < 0,0001$], con una mayor gravedad asociada a puntuaciones más altas de PHQ-9 y tamaños de efecto muy grandes (> 3) cuando la gravedad de los síntomas se comparó con síntomas anteriores. La Tabla 6 muestra todos los valores.

4.6. Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con y sin TDM.

Las puntuaciones medias en el SDS-4 se evaluaron en pacientes con y sin TDM utilizando el algoritmo de diagnóstico PHQ-9. Como muestra la Tabla 6, los valores medios (SD) SDS-4 fueron 23.4 (9.3) para pacientes con TDM versus 14.15 (9.3) en aquellos sin TDM. Los análisis post hoc del ANCOVA realizado para comparar los dos grupos mostraron que estas diferencias fueron significativas [$F(1,1) = 417.313$; $p < 0,0001$]. Los pacientes con TDM tenían puntuaciones de discapacidad significativamente más altas en el SDS-4 que los pacientes sin TDM, con un tamaño de efecto grande ($d = 0.99$). La consistencia interna del PHQ-9 para el SDS-4 fue aceptable para pacientes con TDM (0.77) y buena para pacientes sin diagnóstico de depresión (0.83). Ver la Tabla 6 para más detalles.

4.7. Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con TDM y diferentes grados de gravedad de los síntomas.

Encontramos que los puntajes de SDS-4 aumentaron en función de la gravedad de los síntomas [$F(1,4) = 173.516$; $p < 0,0001$]. Los análisis post hoc mostraron que había diferencias significativas en todos los niveles, lo que indica que los pacientes con síntomas depresivos más graves presentaban una mayor discapacidad. En este caso, se encontraron tamaños de efectos medios cuando las puntuaciones de discapacidad se compararon con síntomas anteriores. La consistencia interna varió de aceptable a buena (0.74-0.81). Todos los valores para el SDS-4 se muestran en la Tabla 6.

4.8. Relación entre el ítem de apoyo social, diagnóstico de depresión y severidad de los síntomas.

Los pacientes sin TDM en el PHQ-9 tuvieron una puntuación media (DE) en el ítem AS de 54.9 (32.7) versus 51.3 (32.7) en aquellos que cumplieron con los criterios de PHQ-9 para TDM, con una diferencia significativa (ANOVA unidireccional: [$F(1,1) = 3,373$; $p < 0,05$]). Los análisis post hoc mostraron que los pacientes con TDM informaron menos apoyo social que los pacientes sin TDM, pero con un tamaño de efecto bajo ($d = -0.11$). En términos de la asociación entre las puntuaciones de los ítems AS con diferentes niveles de gravedad de los síntomas, no encontramos diferencias significativas dentro de ningún nivel ($p > 0.05$). Ver la Tabla 6 para más detalles.

4.9. Validez predictiva del SDS-4 para discriminar la depresión mayor.

La precisión de la SDS para discriminar entre casos con y sin TDM fue aceptable (AUC = 0.76, error estándar (SE) = 0.012, $P < 0.0001$, IC 95%, 0.73–0.78). Según el análisis ROC, una puntuación de corte de 19 arrojó el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad (índice de Youden) para el SDS-4 ($J = 0,39$). Además, una puntuación de

corte de 16 también arrojó un buen índice de Youden para el SDS-4 ($J = 0.38$). Vea en la tabla 7 todos los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, y razones de probabilidad positivas y negativas.

Tabla 7

Características operacionales del SDS para la depresión mayor.

Punto de corte	SE	SP	+ PV	- PV	+ LR	- LR	<i>J</i>
SDS-4 \geq 15	0.79	0.56	0.61	0.76	1.79	0.56	0.35
SDS-4 \geq 16	0.77	0.61	0.63	0.75	1.96	0.51	0.38
SDS-4 \geq 17	0.74	0.63	0.63	0.74	2.01	0.50	0.37
SDS-4 \geq 18	0.70	0.67	0.65	0.72	2.11	0.47	0.37
SDS-4 \geq 19	0.68	0.70	0.67	0.72	2.30	0.43	0.39
SDS-4 \geq 20	0.63	0.74	0.68	0.70	2.44	0.41	0.37

Nota: Sensibilidad (SE), Especificidad (SP), Valor predictivo positivo (+ PV) y Valor predictivo negativo (- NP), Cocientes de probabilidad positiva (+ LR) y Cocientes de probabilidad negativa (- LR) y el Índice de Youden (J).

4.10. Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos leves.

En el análisis ROC, el AUC del SDS-4 fue de 0,83 (SE = 0,017; $P < 0.0001$; IC del 95%, 0,80-0,86), lo que indica una buena capacidad para detectar síntomas depresivos leves. El mejor puntaje del índice de Youden ($J = 0,52$) sugirió un puntaje de 12 como el punto de corte óptimo, pero también un puntaje de corte de 10 arrojó un buen índice de Youden para el SDS-4 ($J = 0,50$). La Tabla 8 muestra otros posibles puntos de corte e IC.

Tabla 8*Características operacionales del SDS para síntomas depresivos leves*

Punto de corte	SE	SP	+ PV	- PV	+ LR	- LR	<i>J</i>
SDS-4 \geq 8	0.84	0.65	0.96	0.27	2.36	0.42	0.48
SDS-4 \geq 9	0.81	0.69	0.96	0.26	2.58	0.39	0.50
SDS-4 \geq 10	0.78	0.71	0.96	0.23	2.64	0.38	0.48
SDS-4 \geq 11	0.75	0.76	0.97	0.23	3.14	0.32	0.51
SDS-4 \geq 12	0.73	0.79	0.97	0.22	3.52	0.28	0.52
SDS-4 \geq 13	0.71	0.81	0.97	0.21	3.65	0.27	0.51

Nota: Sensibilidad (SE), Especificidad (SP), Valor predictivo positivo (+ PV) y Valor predictivo negativo (- NP), Cocientes de probabilidad positiva (+ LR) y Cocientes de probabilidad negativa (- LR) y el Índice de Youden (J).

4.11. Validez predictiva de la SDS-4 para discriminar por síntomas depresivos moderados.

El análisis ROC mostró que el AUC de la SDS fue 0.78 (SE = .012, $P < .0001$, IC 95%, 0.76–0.81), lo que indica una buena capacidad para detectar síntomas depresivos moderados. El mejor índice de Youden ($J = .44$) sugirió un puntaje de corte de 16 como el punto de corte óptimo, pero un puntaje de corte de 14 ofreció un buen índice de Youden para el SDS-4 ($J = .43$). Todas las diferencias en estos valores ROC se pueden observar en la Tabla 9.

Tabla 9*Características operacionales del SDS para síntomas depresivos moderados*

Punto de corte	SE	SP	+ PV	- PV	+ LR	- LR	<i>J</i>
SDS-4 \geq 11	0.84	0.57	0.80	0.62	1.93	0.52	0.40
SDS-4 \geq 12	0.81	0.60	0.81	0.60	2.04	0.49	0.42
SDS-4 \geq 13	0.80	0.63	0.82	0.59	2.13	0.47	0.42
SDS-4 \geq 14	0.76	0.66	0.83	0.53	2.27	0.44	0.43
SDS-4 \geq 15	0.74	0.68	0.83	0.55	2.33	0.43	0.42
SDS-4 \geq 16	0.71	0.73	0.85	0.54	2.63	0.38	0.44

Nota: Sensibilidad (SE), Especificidad (SP), Valor predictivo positivo (+ PV) y Valor predictivo negativo (- NP), Cocientes de probabilidad positiva (+ LR) y Cocientes de probabilidad negativa (- LR) y el Índice de Youden (J).

4.12. Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos moderadamente severos.

El AUC para la SDS fue de 0.77 (SE = 0.011, P <0.0001, IC 95% 0.74-0.79), lo que indica una buena capacidad para detectar síntomas depresivos moderadamente severos. El mejor índice de Youden (J = 0.39) sugirió un puntaje de corte de 19 como el punto de corte óptimo para el SDS-4, pero un puntaje de corte de 16 en el SDS-4 proporcionó un índice de Youden igualmente bueno (J = 0,39). Consulte la Tabla 10 para ver otros posibles puntos de corte e IC.

Tabla 10

Características operacionales del SDS para síntomas depresivos moderadamente severos.

Punto de corte	SE	SP	+ PV	- PV	+ LR	- LR	<i>J</i>
SDS-4 \geq 14	0.83	0.53	0.57	0.80	1.75	0.57	0.36
SDS-4 \geq 15	0.81	0.55	0.57	0.79	1.79	0.56	0.36
SDS-4 \geq 16	0.79	0.60	0.60	0.79	1.97	0.51	0.39
SDS-4 \geq 17	0.76	0.63	0.61	0.77	2.02	0.49	0.38
SDS-4 \geq 18	0.72	0.66	0.62	0.76	2.12	0.47	0.38
SDS-4 \geq 19	0.70	0.69	0.63	0.75	2.26	0.44	0.39

Nota: Sensibilidad (SE), Especificidad (SP), Valor predictivo positivo (+ PV) y Valor predictivo negativo (- NP), Cocientes de probabilidad positiva (+ LR) y Cocientes de probabilidad negativa (- LR) y el Índice de Youden (J).

4.13. Validez predictiva del SDS-4 para discriminar los síntomas depresivos severos.

En el análisis de las curvas ROC, el AUC para el SDS-4 fue de 0,75 (SE = 0.017, $P < 0.0001$, IC 95% 0.72–0.79), lo que indica una buena capacidad para detectar síntomas depresivos severos. El mejor índice de Youden ($J = 0.38$) sugirió un puntaje de corte de 19 y 22 en el SDS-4. La tabla 11 muestra las diferencias entre los valores ROC en este, proporcionado puntajes y otros posibles puntos de corte.

Tabla 11*Características operacionales del SDS para síntomas depresivos severos*

Punto de corte	SE	SP	+ PV	- PV	+ LR	- LR	<i>J</i>
SDS-4 \geq 18	0.81	0.54	0.21	0.95	1.75	0.57	0.34
SDS-4 \geq 19	0.81	0.657	0.22	0.95	1.89	0.53	0.38
SDS-4 \geq 20	0.75	0.62	0.23	0.94	1.95	0.51	0.37
SDS-4 \geq 21	0.72	0.64	0.23	0.94	2.00	0.50	0.36
SDS-4 \geq 22	0.71	0.67	0.24	0.94	2.17	0.46	0.38
SDS-4 \geq 23	0.67	0.71	0.26	0.94	2.30	0.44	0.38

Nota: Sensibilidad (SE), Especificidad (SP), Valor predictivo positivo (+ PV) y Valor predictivo negativo (- NP), Cocientes de probabilidad positiva (+ LR) y Cocientes de probabilidad negativa (- LR) y el Índice de Youden (J).

5. Discusión.

Tras analizar los resultados de 1704 pacientes repartidos en 28 centros de AP de toda España encontramos que el modelo más efectivo en uso e interpretación de la SDS es el que incluye tanto la evaluación de la discapacidad en el ámbito familiar, social y laboral, como el estrés percibido en la última semana (modelo 2, SDS-4).

Si bien es cierto que el modelo compuesto por los 5 ítems obtiene un ajuste ligeramente superior, el ítem referido al apoyo social no consiguió cargar de manera significativa en el modelo. A diferencia del modelo de 4 ítems, la mayoría de estudios anteriores encuentran una estructura de un solo factor con solo tres ítems (referidos a discapacidad en el ámbito social, familiar y laboral), encontrando que los otros dos ítems son independientes (Arbuckle et al., 2009; Hambrick et al., 2004; Hodgins, 2013; a C. Leon et al., 1997; A. C. Leon et al., 1992; Luciano et al., 2010). De hecho, este último autor encuentra con la escala constituida por tres ítems un buen modelo

Los trastornos emocionales tienen una alta presencia en AP, especialmente aquellos relacionados con la desregulación del estado de ánimo (Roca et al., 2009), si a ello le sumamos la relación establecida entre el estrés y la depresión-agotamiento (Bianchi et al., 2015; Koutsimani et al., 2019), los cambios en la prevalencia de los desórdenes mentales correlacionados con estresores psicosociales derivados de la crisis económica que comenzó en 2008 (Navarro-Mateu et al., 2015), y que la capacidad para manejar el estrés correlaciona con el bienestar emocional (Puigbó et al., 2019). Todo ello nos orienta hacia la necesidad de una evaluación lo más precisa posible del estrés percibido en atención primaria; si los MAP desean evaluar la discapacidad que presentan los pacientes con sintomatología depresiva, usando el SDS-4 podrán obtener una

valoración subjetiva de la demanda percibida por el paciente del contexto. Contra más elevada sea dicha demanda percibida, mayor parte de la discapacidad que presenten será explicada por la depresión.

En términos de consistencia interna, el SDS-4 presentó un aceptable alfa de Cronbach ordinal ($\alpha = 0.84$). Además, cuando la muestra se dividió en grupos según la presencia o no de TDM o se clasificó por gravedad de los síntomas, el SDS-4 tuvo una buena consistencia interna para todos los niveles. El SDS-4 fue aceptable con una buena capacidad discriminativa para todos los niveles de gravedad de los síntomas. Todos estos hallazgos respaldan aún más el uso de la versión SDS-4.

Cuando comparamos pacientes con y sin TDM (según el algoritmo de diagnóstico PHQ-9), encontramos que los pacientes con TDM obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el SDS-4 (tamaño de efecto medio). Las puntuaciones en el SDS-4 también aumentaron en función de una mayor gravedad de los síntomas (tamaños de efecto medio) en comparación con los síntomas anteriores. Además, las puntuaciones medias de PHQ-9 fueron más altas en pacientes con síntomas depresivos más severos (ver Tabla 6), un hallazgo que es consistente con investigaciones previas (Luciano et al., 2010; Mitchell et al., 2016).

Las puntuaciones medias en el SDS-4 fueron más altas en pacientes con TDM en comparación con aquellos que no lo presentaban, lo que indica un mayor nivel de discapacidad. Este hallazgo fue válido para todos los niveles de gravedad de los síntomas. En general, estos hallazgos respaldan investigaciones anteriores que sugieren que los pacientes con depresión que tienen un mayor deterioro y una mayor gravedad de los síntomas tienen más discapacidad (Friedrich, 2017; World Health Organization, 2017). Por el contrario, los pacientes sin depresión informaron más apoyo social que los pacientes con depresión, pero con un tamaño de efecto muy bajo. No encontramos

asociación entre la gravedad de los síntomas y el grado de apoyo social, lo que sugiere que el apoyo social percibido no tuvo ningún efecto sobre la gravedad de los síntomas.

La validez predictiva (análisis ROC) del SDS-4 para discriminar la depresión fue buena (Hanley, 1982), con una puntuación de corte óptima (según el índice de Youden) de 19. Aunque un corte de 16 proporcionó una mejor sensibilidad (0,77), este punto de corte podría conducir a una mayor tasa de falsos positivos (39% en nuestra muestra; especificidad = 0.61). Varias puntuaciones de corte arrojaron resultados similares de sensibilidad y especificidad para síntomas depresivos leves, moderados, moderadamente severos y severos; sin embargo, los puntos de corte más sensibles fueron, respectivamente, 9, 14, 16 y 19, aunque todos estos puntos de corte también dieron como resultado una alta tasa de falsos positivos (que van del 43 al 31%, respectivamente). Aunque el SDS-4 es más preciso para detectar síntomas depresivos leves, su capacidad para discriminar los otros niveles de depresión fue aceptable. En consecuencia, los médicos deben seleccionar las puntuaciones de corte que se alineen más estrechamente con sus objetivos clínicos (por ejemplo, mayor sensibilidad frente a mayor especificidad). Con todo ello, la herramienta que se presenta podría implicar un uso ventajoso dentro del ámbito de AP, ya que permitiría en un breve espacio de tiempo que diferentes profesionales de la salud tengan una misma escala que permita evaluar con precisión la discapacidad relacionada con la desregulación emocional, y que facilitaría la capacidad de los profesionales para brindar el tratamiento óptimo (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Ruiz-Rodríguez, et al., 2017).

En cuanto a las limitaciones del estudio, topamos con la falta de una entrevista clínica estructurada “*Gold Standard*” para el diagnóstico definitivo de la depresión, sin embargo, esta limitación se encuentra atenuada por la amplia validación del PHQ en la literatura científica y, en particular, la validación del PHQ-9 en pacientes de atención

primaria en diferentes puntos del territorio nacional (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017), además el algoritmo de diagnóstico del PHQ-9 arrojó buenas tasas de sensibilidad y especificidad (0,88 y 0,80). Otra limitación de importancia es la no evaluación de la validez convergente del SDS-4.

De hecho, una de las propuestas para futuras investigaciones de este trabajo es precisamente el estudio de la validez convergente del SDS-4. Otras líneas de trabajo serían, además, replicar el proceso realizado con el PHQ-9 con el módulo GAD-7 (que evalúa la ansiedad) y el PHQ15 (que evalúa somatizaciones), de forma que estarían estudiados los trastornos de regulación emocional más prevalentes en atención primaria. Por último, otra de las propuestas que podrían derivar del presente estudio como línea de investigación sería la asociación entre el apoyo social percibido y sintomatología emocional, puesto que los resultados hallados contradicen la hipótesis de que el apoyo social sea un amortiguador de la gravedad sintomatológica.

6. Conclusiones

Los trastornos mentales representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial (WHO, 2012) y un tercio de la población adulta mundial sufre algún trastorno mental y/o del comportamiento (Campion, 2018; Kessler et al., 2009; Kessler & Üstün, 2000; Steel et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Aunque diferentes estudios muestran diferentes cifras tanto por países (p.ej.; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en 2015) como a nivel Europeo, suelen coincidir en que una parte importante de la población europea sufrió o sufrirá algún trastorno mental (Andlin-Sobocki, et al., 2005; Wittchen & Jacobi, 2005) y que su coste económico es muy significativo (OECD/EU, 2018). Son trastornos altamente prevalentes y se relacionan con una alta discapacidad. La discapacidad es parte de la condición humana, y alrededor de un 15% de la población mundial la sufre en alguno de sus tipos (Aduen et al., 2013; Ruiz Moreno, 2017) y puede afectar tanto a aspectos corporales, como a aspectos funcionales como actividades o participación en el contexto (relaciones sociales, familiares o laborales).

Los estudios epidemiológicos nos muestran una alta prevalencia de trastornos de regulación emocional (ansiedad, depresión y somatizaciones) en atención primaria y muchas investigaciones señalan que la prevalencia de problemas psicopatológicos en AP se mueve entre un 22 y un 29%, pudiendo llegar incluso al 53% en algún estudio (Cardila Fernández et al., 2015; Latorre Postigo et al., 2012; Roca et al., 2009; Vindel et al., 2012), además de estar presentes de forma comórbida en diferentes alteraciones médicas (Cano-Vindel, 2011b, 2011c; Gabilondo et al., 2010; Serrano-Blanco et al., 2010) y en personas en edad laboral, arrastrando un gran impacto económico (Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Ruiz-Rodríguez, Cano-Vindel, Muñoz Navarro, et al., 2017). Por

todo ello, hace ya años que la OMS indica la necesidad de integrar la salud mental en Atención Primaria (WHO, 2008a).

Precisamente, uno de los principales trastornos que nos encontramos en AP, que es la principal causa mundial de discapacidad y una de las principales de morbilidad (De Aquino, JP, Londono, A., & Carvalho, 2018; Friedrich, 2017; Kessler & Bromet, 2013; Kroenke et al., 2002; OMS, 2017; Theo Vos et al., 2012; WHO, 2017a, 2017b, 2017c, 2019b) es la depresión. Su frecuencia está ampliamente estudiada en diversos entornos (Avila Espada et al., 2009; Belloso Roperó & Espín Jaime, 2007; Berto et al., 2000; Botella et al., 2006; Cordero-Andrés et al., 2017; Espin & Belloso, 2009; Estupiñá et al., 2012; Estupiñá & Labrador, 2013; García-Vera & Sanz, 2009; García-Vera, 2004; Montilla, 2002; Roca et al., 2009; Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Salaberría et al., 2016; Tejedo, 2019; Tejedo & López, 2009; Valero & Ruiz-Moreno, 2003).

Obviamente, como menciona Sheehan en 2011, la depresión y la ansiedad no están excluidas de la generación de discapacidad. De hecho, la depresión, en muchas ocasiones, no disminuye hasta su cuarta o sexta semana de tratamiento y, en algunos casos, hasta la octava semana (Weissman et al., 1974). La remisión funcional no siempre va a la par con la remisión sintomática, dado que la sincronía entre ambas remisiones dependerá del trastorno en cuestión (Sheehan & Sheehan, 2008; Sheehan et al., 1996b). En 2011 Sheehan y sus colaboradores obtuvieron resultados en su investigación que indican que en el trastorno depresivo mayor la tasa de remisión sintomática fue mayor que la remisión funcional, mientras que, en el trastorno de ansiedad generalizada, ocurrió al revés, la tasa de remisión funcional fue mayor que la remisión sintomática.

Dada la interrelación entre ambas entidades (depresión y discapacidad), se escogieron para este trabajo dos de las pruebas de más uso para su medición. Para la depresión es el PHQ-9 cuestionario autoadministrado en base a DSM-IV (Spitzer et al., 1999), en España se validó en diferentes poblaciones (por ejemplo Diez-Quevedo et al., 2001), entre ellas, en atención primaria (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017; Pinto-Meza et al., 2005);, junto a este cuestionario, se escogió la escala de discapacidad de Sheehan, un breve útil validado originalmente por Sheehan en 1996, y adaptado y validado en población española por Bobes y su equipo en 1999. Es una escala que puede ser auto/heteroaplicada que consta de cinco ítems que resultan en la medición de la discapacidad global (valorada en una puntuación de 0 a 50), la medición de la discapacidad total (agrupa las valoraciones para el trabajo, la vida social y familiar), el estrés percibido y el apoyo social percibido en la cual no existe un punto de corte.

En este estudio se usaron ambas escalas en una muestra de 1704 pacientes de atención primaria, experimentándose con diferentes modelos de la SDS con los siguientes resultados:

1. Se analizó la estructura factorial de los diferentes modelos (y se seleccionó aquel con mejor ajuste) así como la invariancia a través del género de dicho modelo, la consistencia interna, validez discriminativa y predictiva para el diagnóstico de depresión y diferentes niveles sintomatológicos, así como la relación entre el apoyo social, la depresión y la severidad de la sintomatología.
2. En el análisis de la estructura factorial se encontró que el Modelo 2 (que contenía los dominios de trabajo, familia, vida social y estrés percibido) es unifactorial y presenta un buen ajuste ($\chi^2 = 40.06$; $p < 0.05$; CFI = 0.99; IFI = 0.99; y RMSEA = 0.10).

3. En cuanto a la invariancia a través del género, todos los niveles de invariancia se pueden suponer en todos los géneros, como lo demuestra una caída no significativa en el ajuste del modelo ($\Delta\text{CFI} < .01$) para los modelos sucesivamente más restringidos.
4. En cuanto a la consistencia interna, encontramos que para la escala de cuatro ítems las correlaciones totales del ítem corregido variaron de 0.52 a 0.73, con muy buena consistencia interna ($\alpha = 0.87$).
5. En cuanto a la validez discriminativa en pacientes con sin/ TDM, Los análisis post hoc del ANCOVA realizado para comparar los dos grupos mostraron que estas diferencias fueron significativas [$F(1,1) = 417.313$; $p < 0,0001$], con un tamaño de efecto grande ($d = 0.99$), habiendo una consistencia interna el PHQ-9 para el SDS-4 fue aceptable para pacientes con TDM (0.77) y buena para pacientes sin diagnóstico (0.83).
6. Validez discriminativa de la SDS-4 en pacientes con TDM y diferentes grados de gravedad de los síntomas puntajes de SDS-4 aumentaron en función de la gravedad de los síntomas [$F(1,4) = 173.516$; $p < 0,0001$], encontrando diferencias significativas para todos los niveles, con tamaños del efecto medios en referencia a niveles anteriores de síntomas, la consistencia interna varió de aceptable a buena (0.74-0.81).
7. En cuanto a la relación entre el ítem AS, diagnóstico de depresión y severidad de los síntomas con una diferencia significativas entre pacientes con y sin TDM en SS (ANOVA unidireccional: [$F(1,1) = 3,373$; $p < 0,05$]), pero con un tamaño del efecto bajo ($d = -0.11$), no existiendo diferencias significativas entre niveles.
8. Sobre la validez predictiva para discriminar la depresión mayor y sus niveles, encontramos en el SDS-4 una aceptable precisión para discriminar casos con/ sin TDM (AUC = 0.76, error estándar (SE) = 0.012, $P < 0.0001$, IC 95%, 0.73–0.78), el

mejor punto de corte fue de 19 ($J = 0,39$); una buena capacidad para detectar síntomas leves ($AUC = 0,83$, $SE = 0,017$; $P < 0,0001$; IC del 95%, 0,80-0,86) siendo mejor punto de corte 12 ($J = 0,52$); una buena capacidad para detectar síntomas moderados ($AUC = 0,78$, $SE = .012$, $P < .0001$, IC 95%, 0,76–0,81) siendo mejor punto de corte 14 ($J = .44$); una buena capacidad para detectar síntomas moderadamente severos ($AUC = 0,77$, $SE = 0,011$, $P < 0,0001$, IC 95% 0,74-0,79), siendo los mejores puntos de corte 19 y 16 ($J = 0,39$); y una buena capacidad para detectar síntomas severos ($AUC = 0,75$, $SE = 0,017$, $P < 0,0001$, IC 95% 0,72–0,79), siendo los mejores puntos de corte 19 y 22 ($J = 0,38$)

9. Para concluir, el presente estudio muestra que agregar un elemento adicional (estrés percibido, PS) para crear el SDS-4 mejora las propiedades psicométricas de esta herramienta tan breve.
10. Con base en estos hallazgos, el SDS-4 parece ofrecer a los profesionales sanitarios una herramienta confiable para evaluar la discapacidad en pacientes con depresión mayor.

7. Resumen

La alta prevalencia de trastornos emocionales (ansiedad, depresión y somatizaciones) generan un alto impacto en el contexto social, familiar y laboral del individuo, además de suponer una alta carga nivel económico y social por la discapacidad que generan. Uno de los trastornos que mayor contribuye a la discapacidad generada por los trastornos emocionales es la depresión.

Para poder reducir la presión que este trastorno provoca, es necesario tener herramientas validadas empíricamente, rápidas y eficaces que puedan discriminar la discapacidad generada por la presencia de distintos niveles de sintomatología depresiva. Por tanto, en este trabajo se plantea un análisis de las propiedades psicométricas de la escala de discapacidad de Sheehan (SDS) en pacientes de Atención Primaria con depresión y una reinterpretación de dicha escala en base a los análisis.

1704 pacientes de atención primaria, completaron la SDS y el PHQ-9, con el objetivo de estudiar las propiedades psicométricas de la SDS en pacientes con depresión. Se realizó un análisis de la estructura factorial de diferentes modelos, la invariancia a través del género, la consistencia interna, validez discriminativa y predictiva para el diagnóstico de depresión y diferentes niveles sintomatológicos, así como la relación entre el apoyo social, la depresión y la severidad de la sintomatología.

Los resultados muestran que agregar el estrés percibido a la interpretación tradicional de la SDS mejora sus propiedades psicométricas, brindando al personal sanitario un utensilio confiable para valorar la discapacidad en depresión.

8. Conclusions

Quality of life, social participation, disability and the absence of stress are concepts that are intrinsically related. Mental disorders represent 13% of the total global disease burden (WHO, 2012) and a third of the world's adult population suffers from some mental and / or behavioral disorder (Campion, 2018; Kessler et al., 2009; Kessler & Üstün, 200; Steel et al., 2014; Whiteford et al., 2013). Although different studies show different figures both by country (for example, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en 2015) and at the European level, they tend to agree that a significant part of the European population suffered or will suffer from a mental disorder (Andlin-Sobocki, et al., 2005; Wittchen & Jacobi, 2005) and that its economic cost is very significant (OECD/EU, 2018).

Epidemiological studies show us a high prevalence of emotional regulation disorders (anxiety, depression and somatizations) in primary care and many investigations indicate that the prevalence of psychopathological problems in PC ranges between 22 and 29%, and can even reach 53%. in some study (Cardila Fernández et al., 2015; Latorre Postigo et al., 2012; Roca et al., 2009; Vindel et al., 2012), in addition to being present in a comorbid way in different medical disorders (Cano-Vindel, 2011b, 2011c; Gabilondo et al., 2010; Serrano-Blanco et al., 2010) and in people of working age, dragging a great economic impact (Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Ruiz-Rodríguez, Cano-Vindel, Muñoz Navarro, et al., 2017). For all these reasons, the WHO has been indicating for years the need to integrate mental health in Primary Care for years (WHO, 2008a).

Precisely, one of the main disorders that we find in PC, which is the main global cause of disability and one of the main causes of morbidity (De Aquino, Londono, &

Carvalho, 2018; Friedrich, 2017;. Kessler & Bromet, 2013; Kroenke et al., 2002; OMS, 2017; Vos et al., 2012; WHO, 2017a, 2017b, 2017c, 2019b) is depression. Its frequency is extensively studied in various settings (Avila Espada et al., 2009; Belloso Ropero & Espín Jaime, 2007; Berto et al., 2000; Botella et al., 2006; Cordero-Andrés et al., 2017; Espin & Belloso, 2009; Estupiñá et al., 2012; Estupiñá & Labrador, 2013; García-Vera & Sanz, 2009; García-Vera, 2004; Montilla, 2002; Roca et al., 2009; Ruíz-Rodríguez, 2019; Ruiz-Rodríguez et al., 2018; Salaberría et al., 2016; Tejado, 2019; Tejado & López, 2009; Valero & Ruiz-Moreno, 2003).

Disability is part of the human condition, and about 15% of the world population suffers it in one of its types (Aduen et al., 2013; Ruiz Moreno, 2017). The disabled can affect both bodily aspects and functional aspects such as activities or participation in the context (social, family or work relationships).

Obviously as Sheehan mention on 2011, depression and anxiety are not excluded from the generation of disability, depression specifically in many cases does not diminish until the fourth or sixth week of treatment and, in some cases, until the eighth week (Weissman et al., 1974). Functional remission does not always go hand in hand with symptomatic remission, since the synchrony between both remissions will depend on the disorder in question. (Sheehan & Sheehan, 2008; Sheehan et al., 1996b). On 2011, Sheehan and his collaborators obtained results in their research that indicate that in major depressive disorder the rate of symptomatic remission was greater than functional remission, while in generalized anxiety disorder it occurred the other way around, the rate of functional remission was greater than symptomatic remission.

Given the interrelationship between both entities (depression and disability), two of the most widely used tests were chosen for this study. For depression is the PHQ-9

self-administered questionnaire based on DSM-IV (Spitzer et al., 1999), in Spain it was validated in different populations (for example Diez-Quevedo et al., 2001), among them, in primary care (Muñoz-Navarro, Cano-Vindel, Medrano, et al., 2017; Pinto-Meza et al., 2005);, Along with this questionnaire, the Sheehan disability scale was chosen, a brief tool originally validated by Sheehan in 1996, and adapted and validated in the Spanish population by Bobes and his research group in 1999. It is a scale that can be self-applied / hetero-applied that consists of five items that result in the measurement of global disability (valued with a score from 0 to 50) and the measurement of total disability (groups the evaluations for work, social life and family), perceived stress and perceived social support in which there is no cut-off point. In this study, both scales were used in a sample of 1704 primary care patients, experimenting with different SDS models with the following results:

1. The factorial structure of the different models was analyzed (and the one with the best fit was selected), as well as the invariance through the gender of said model, internal consistency, discriminatory and predictive validity for the diagnosis of depression and different symptomatic levels, as well as the relationship between social support, depression and the severity of symptoms. In the analysis of the factorial structure it was found that Model 2 (which contained the domains of work, family, social life and perceived stress) is unifactorial and presents a good fit ($\chi^2 = 40.06$; $p < 0.05$; CFI = 0.99; IFI = 0.99; and RMSEA = 0.10).
2. Regarding gender invariance, all levels of invariance can be assumed for all genders, as evidenced by a non-significant drop in the model fit (FICFI $< .01$) for successively more restricted models.

3. Regarding internal consistency, we found that for the four-item scale the total correlations of the corrected item ranged from 0.52 to 0.73, with very good internal consistency ($\alpha = 0.87$).
4. Regarding the discriminatory validity in patients with / without MDD, ANCOVA post hoc analyzes performed to compare the two groups showed that these differences were significant [$F(1,1) = 417,313$; $p < 0.0001$], with a large effect size ($d = 0.99$), having an internal consistency, the PHQ-9 for SDS-4 was acceptable for patients with MDD (0.77) and good for patients without diagnosis (0.83).
5. Discriminative validity of SDS-4 in patients with MDD and different degrees of severity of symptoms. SDS-4 scores increased as a function of symptom severity [$F(1,4) = 173,516$; $p < 0.0001$], finding significant differences for all levels, with mean effect sizes referring to previous levels of symptoms, the internal consistency ranged from acceptable to good (0.74-0.81).
6. Regarding the relationship between the item SS, diagnosis of depression and severity of symptoms with a significant difference between patients with and without MDD in SS (one-way ANOVA: [$F(1,1) = 3,373$; $p < 0.05$]), but with a low effect size ($d = -0.11$), there are no significant differences between levels.
7. Regarding the predictive validity to discriminate major depression and its levels, we found in SDS-4 an acceptable precision to discriminate cases with / without MDD (AUC = 0.76, standard error (SE) = 0.012, $P < 0.0001$, 95% CI, 0.73–0.78), the best cut point was 19 ($J = 0.39$); a good ability to detect mild symptoms (AUC = 0.83, SE = 0.017; $P < 0.0001$; 95% CI, 0.80-0.86) with a better cut-off point of 12 ($J = 0.52$); a good ability to detect moderate symptoms (AUC = 0.78, SE = .012, $P < .0001$, 95% CI, 0.76–0.81) with a better cut-off point of 14 ($J = .44$); a good ability to detect

moderately severe symptoms (AUC = 0.77, SE = 0.011, P <0.0001, 95% CI 0.74-0.79), with the best cut-off points 19 and 16 (J = 0.39); and a good ability to detect severe symptoms (AUC = 0.75, SE = 0.017, P <0.0001, 95% CI 0.72–0.79), with the best cut-off points being 19 and 22 (J = 0.38).

8. To conclude, the present study shows that adding an additional element (perceived stress, PS) to create the SDS-4 improves the psychometric properties of this short tool. Based on these findings, SDS-4 appears to offer healthcare professionals a reliable tool to assess disability in patients with major depression.

7. Abstract

The high prevalence of emotional disorders (anxiety, depression and somatizations) generate a high impact on the social, family and work domain's context, as well as being a high economic and social level burden due to the disability they generate. One of the disorders that most contributes to the disability generated by emotional disorders is depression.

In order to reduce the pressure that this disorder causes, it is necessary to have empirically validated, fast and effective tools that can discriminate the disability generated by the presence of different levels of depressive symptomatology and for this reason, an analysis of the psychometric properties of the Sheehan disability scale (SDS) in Primary Care patients with depression and a reinterpretation of said scale based on the analyzes.

In order to achieve this objective, the SDS and module 9 of the PHQ have been passed to 1,700 primary care patients, conducting an analysis of the factor structure of the different models, of invariance through gender, internal consistency, discriminatory validity and predictive for the diagnosis of depression and different symptom levels, as well as the relationship between social support, depression and the severity of symptoms.

The results show that adding perceived stress to the traditional interpretation of the SDS improves its psychometric properties, providing healthcare personnel with a reliable tool to assess disability in depression.

8. Referencias

- (IHME), I. for H. M. and E. (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. In *The Lancet* (WA: IHME).
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf
- Aduen, A., Melendez, R., Peñas, P., Rueda, T., & Núñez, N. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos mentales. *Revista Salud En Movimiento*, 5(1), 5–14.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2019). *Informes de utilización de medicamentos*. <https://www.aemps.gob.es/>
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. DSM-IV-TR. In *American Journal of Critical Care*.
<https://doi.org/10.1176/dsm.10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- American Psychiatric Association. (2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MENTAL DISORDERS MANUAL OF FIFTH EDITION DSM-5. In *American Psychiatric Publishing*.
- Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H. U., & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (Suppl.), 1–27.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2005.01202.x>
- CG-COP (2013a). *Cambios que incluye el DSM-5*. Infocop Online.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4578
- CG-COP (2013b). Intervención psicológica en AP: una experiencia piloto – Entrevista a Antonio Cano Vindel. *Infocop Online*.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4377

- CG-COP (2016a). La presencia de Psicólogos en Atención Primaria garantiza la detección de cualquier dificultad conductual o psicológica-Susan McDaniel, presidenta de la APA. *Infocop Online*.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6298
- CG-COP (2016b). Se aprueba incorporar psicólogos clínicos en atención primaria en la comunidad de Madrid. *Infocop Online*.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6291
- CG-COP (2017). Cada vez más Comunidades Autónomas se suman a la demanda de psicólogos en AP. *Infocop Online*.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6563
- APA. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. DSM-IV-TR. In *American Journal of Critical Care*. <https://doi.org/10.1176/dsm.10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- Aragonés, E., Piñol, J. L., & Labad, A. (2007). Depression and physical comorbidity in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(2), 107–111.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.008>
- Aragonés, E., Piñol, J. L., Labad, A., Masdú, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(1), 21–35.
<https://doi.org/10.2190/C25N-W4NY-BN8W-TXN2>
- Arbuckle, R., Frye, M. A., Brecher, M., Paulsson, B., Rajagopalan, K., Palmer, S., & Degl' Innocenti, A. (2009). The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 165((1-2)), 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.11.018>
- Avila Espada, A., Herrero Sánchez, J. R., & Fernández Martín, L. C. (2009). Más allá

- de la docencia: la unidad de atención psicológica y salud mental del universitario (UAPSMU) en la Universidad de Salamanca (1996-2004). *Beyond Teaching: The University Mental Health and Psychological Assistance Unit (UAPSMU) at University of Salamanca (1996-2004)*. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:AccionPsicologica2009-numero1-0004>
- Barbaglia, G., Adroher, N. D., Vilagut, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Hinkov, H., Kovess-Masfety, V., Matschinger, H., & Alonso, J. (2017). Health conditions and role limitation in three European Regions: a public-health perspective. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.008>
- Barbaglia, G., Duran, N., Vilagut, G., Forero, C. G., Haro, J. M., & Alonso, J. (2013). Effects of common mental disorders and physical conditions on role functioning in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.006>
- Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., & Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415–418. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F., (eds.). (n.d.). *Manual de Psicopatología. Volumen 1* (F. Belloch, A., Sandín, B., y Ramos (ed.); 2ª Edición). McGraw-Hill Interamericana de España.
- Belloso Roper, J. J., & Espín Jaime, J. C. (2007). Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352007000100004>
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Virgilio, R. Di, & Rizzo, F. (2000). Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The Journal of Mental*

Health Policy and Economics. <https://doi.org/10.1002/1099->

176x(200003)3:1<3::aid-mhp68>3.0.co;2-h

Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. In *Clinical Psychology Review* (pp. 28–41).

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R.,

Fathima, S., B., F. A., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K.,

Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*.

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>

Bobes, J., Badía, X., Luque, A., Garcia, M., González, M. P., Dal-Ré, R., Soria, J.,

Martínez, R., De La Torre, J., Domènech, J. R., González-Quirós, P., González-

Quirós, M., Bascarán, M. T., González De Rivera, J. L., & Martinez De La Cruz,

F. M. (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 Clinica*.

Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., & Quero, S. (2006). El Servicio de

Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I. *Acción Psicológica*, 6(1), 87–96.

<https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030761007.pdf>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N.,

& Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce

it: rapid review of the evidence. In *The Lancet*. <https://doi.org/10.1016/S0140->

6736(20)30460-8

Campion, J. (2018). Public mental health: key challenges and opportunities. *British*

Journal of Psychiatry International, 15(3), 51–54.

<https://doi.org/10.1192/bji.2017.11>

- Cano-Vindel, A. (2011a). 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.
- <https://recyt.fecyt.es/index.php/ANSI/article/view/14705>
- Cano-Vindel, A. (2011b). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*.
- Cano-Vindel, A. (2011c). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*, *17*(1), 75–97.
- Cano-Vindel, A. (2013). Intervención psicológica en AP: Una experiencia piloto. Entrevista a Antonio Cano Vindel. *Infocop*, *60*, 7–9.
- http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4377
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, I., Chacón, F., & Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, *5*(4). <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., & Gázquez Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *5*(2), 267–279.
- <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i2.118>
- Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Esteban-Hernández, J., Álvaro-Meca, A., López-De Andrés, A., Delbarrio-Fernández, J. L., & Jiménez-

- García, R. (2016). Time trend in psychotropic medication use in Spain: A nationwide population-based study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12), 1177. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121177>
- Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J. I., Tenas-López, M. J., Martínez-Munñoz, P., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine*, 62(5), 375–378. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs043>
- Catalina-Romero, Carlos, Martínez-Munñoz, P., Quevedo-Aguado, L., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.008>
- Catalina Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Márquez, M., & Haro, J. M. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (Suppl.), 29–36. <http://public-files.prbb.org/publicacions/bfde4eb0-0b5e-012e-a84a-000c293b26d5.pdf>
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Usall, J., Dolz, M., & Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*.

- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Hernández-de Hita, F., Pérez-Poo, T., & Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.004>
- Davidson, J. R. T., Tupler, .A., & PottsN, L. S. (1994). Treatment of social phobia with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 13(6), 423–428.
- De Aquino, JP, Londono, A., & Carvalho, A. (2018). An update on the epidemiology of major depressive disorder across cultures. In Y. Kim (Ed.), *Understanding Depression* (pp. 309–315). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-6580-4>
- Diez-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. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Egea, C., & Sarabia, A. (2011). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín Del Real Patronato Sobre Discapacidad*, 50, 15–30.
- Espin, J., & Belloso, J. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 329-354.
- Estupiñá, F. J., & Labrador, F. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment for Major Depressive Disorder in a University Psychology Clinic. *The Spanish Journal 138 of Psychology*, 15(03), 1388–1399. https://doi.org/https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37334
- Estupiñá, F. J., Labrador, F., & Garcia-Vera, M. (2012). A study of patients who go to a psychology clinic seeking treatment. *The Spanish Journal of Psychology.*, 15(1),

275–285.

- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: La clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 38(6), 775–783. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272009000600002>
- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J. L., Fullana, M. A., & Alonso, J. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Fernández, A., Haro, J. M., Martínez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., De Girolamo, G., Bernert, S., Lépine, J. P., & Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 172–173. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023507>
- Fernández, A., Mendive, J. M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palao, D. J., Bellón, J. A., & Serrano-Blanco, A. (2012). Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 137–142. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>
- Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J. A., Roura-Poch, P., Haro, J. M., Autonell, J., Palao, D. J., Peñarrubia, M. T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J. V., & Serrano-Blanco, A. (2010). Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.11.015>

- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. In *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. In *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
- Fraile-Guedón, R. (2019). *El gasto farmacéutico en España, 2018. Evolución internacional, nacional y por Comunidades Autónomas*. http://marketing.eae.es/prensa/SRC_GastoFarmaceutico.pdf
- Friedrich, M. J. (2017). Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA*, *317*(15), 1517. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3826>
- Furukawa, T. A., Azuma, H., Takeuchi, H., Kitamura, T., & Takahashi, K. (2010). 10-year course of social adjustment in major depression. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(5), 501–508. <https://doi.org/10.1177/0020764010371273>
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of Affective Disorders*, *120*(1–3), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.04.016>
- García-Pedrajas, C., Marsó-Bayona, E., Pérez-Ibáñez, O., Ochoa, S., & Ventura, C. (2018). Longitudinal descriptive study of diagnostic concordance between primary care and psychology support program in primary care. *Anales de Psicología*, *34*(1), 23–29. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.251451>
- García-Vera, M., & Sanz, J. . (2009). La clínica universitaria de psicología de la Universidad Complutense de Madrid: historia, características y situación actual. *Acción Psicológica*, *6*(1), 123–134. <https://doi.org/https://doi.org/10.5944/ap.6.1.451> .

- García-Vera, MP. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de postgrado en psicología clínica y psicoterapia. La unidad de psicología clínica y de la salud de la UCM. . *Apeles Del Psicólogo*, 25(87), 59–66. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1143>
- Gili, M., Comas, A., García-García, M., Monzón, S., Antoni, S. B., & Roca, M. (2010). Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.01.013>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 103–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- 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. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Giller, E., Bialos, D., Riddle, M. A., & Waldo, M. C. (1988). MAOI treatment response: multiaxial assessment. *Journal of Affective Disorders*, 14(2), 171–175. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90060-2](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90060-2)
- Gogorcena, M. A. (2017). La adopción de la CIE10ES en España o cómo hacer de la necesidad virtud. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.12.001>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jenum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European*

Neuropsychopharmacology, 21(10), 718–779.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>

Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R.

(2004). Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(6), 825–839.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.10.004>

Hanley, J. A., & McNeil, B. J. (1982). *The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve*. *Radiology*, 143(1), 29–

36. doi:10.1148/radiology.143.1.7063747

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M.,

Dolz, M., & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12),

445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

Haro, M. M., Tyrovolas, S., Garin, N., Diaz-Torne, C., Carmona, L., Sanchez-Riera, L.,

Perez-Ruiz, F., & Murray, C. J. L. (2014). The burden of disease in Spain: Results from the global burden of disease study 2010. *BMC Medicine*, 12:236.

<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0236-9>

Hay, S. I., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F.,

Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J.,

Ackerman, I. N., Adedeji, I. A., Adetokunboh, O., Afshin, A., Aggarwal, R.,

Agrawal, S., Agrawal, A., Kiadaliri, A. A., ... Bryane, C. E. G. (2017). Global,

regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories,

1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016.

- The Lancet*, 390, 1260–1344. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). “Equivalence” and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6, 237–247. <https://doi.org/10.1023/A:1026410721664>
- Herrera-Castanedo, S., Vázquez-Barquero, J. L., & Gaité Pindado, L. (2008). La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). *Rehabilitación*, 42(6), 269–275. [https://doi.org/10.1016/s0048-7120\(08\)75662-7](https://doi.org/10.1016/s0048-7120(08)75662-7)
- Hodgins, D. C. (2013). Reliability and validity of the Sheehan disability scale modified for pathological gambling. *BMC Psychiatry*, 13(1), 177–186. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-177>
- Horwitz, A., Wakefield, J., & Lorenzo, L. (2016). History of depression. In R. DeRubeis & D. Strunk (Ed.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>
- INE. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). In *Instituto Nacional de Estadística*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2009). Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. In *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*. <https://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf>
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y de la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Turner. [https://es.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W- %0AJackson-Historia-de-La-](https://es.scribd.com/doc/223750865/Stanley-W-%0AJackson-Historia-de-La-)

Melancolia-y-La-Depresion

- Jackson, Stanley W. (1989). Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times. In *The American Historical Review*. Yale University Press.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018a). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018b). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 Diseases and Injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392, 1859–1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Jimenez-Fernandez, S., Gurpegui, M., Diaz-Atienza, F., Perez-Costillas, L., Gerstenberg, M., & Correll, C. U. (2015). Oxidative stress and antioxidant parameters in patients with major depressive disorder compared to healthy controls before and after antidepressant treatment: Results from a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09179>
- Jiménez-Lara, A., y Huete, A. (Coords. . (2015). *Informe Olivenza 2015 sobre la*

situación general de la discapacidad en España.

<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2015/12/Informe-Olivenza-2015-v4.3-baja.pdf>

Jiménez-Lara, A., y Huete, A. (Coords. . (2016). *Informe Olivenza 2016 sobre la situación general de la discapacidad en España.*

<https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Olivenza-2016.pdf>

Jimenez-Lara, A., & Huete, A. (2017). Informe Olivenza 2017 , sobre la situación general de la discapacidad en España. In *Observatorio Estatal de la Discapacidad.*

<https://drive.google.com/file/d/1XRzRVnfoH9BHl0PpftprKv2TnVDDyGMq/view>

Jiménez Lara, A., & Huete García, A. (2018). Personas con discapacidad en España: análisis estadístico. In *Informe Olivenza 2018, sobre la situación general de la discapacidad en España.* <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/2019/04/OED-INFORME-OLIVENZA-2018.pdf>

Jones, W. H. S. (1931). *The Works of Hippocrates. Harvard Univ.Press.Cambridge, 1931.*

Kennis, M., Gerritsen, L., van Dalen, M., Williams, A., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2019). Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry.* <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0585-z>

Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 Suppl 2, 10–9.

Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & 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(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001421>
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kessler, R., & Üstün, T. (2008). *The WHO world mental health surveys. Global perspectives on the Epidemiology of mental disorders.* (Cambridge).
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The relationship between burnout, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10(284). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, T. S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., Sevilla-Dedieu, C., Bernert, S., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Katz, S. J., Kessler, R. C., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., & Vilagut, G. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric Services*, 58(2), 213–220. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.2.213>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Latorre Postigo, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Montañés Rodríguez, J., & Parra Delgado, M. (2005). Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Atencion Primaria*, 36(2), 85–

92. <https://doi.org/10.1157/13076608>

- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C., & 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. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2012000100007>
- Leon, a C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., Sheehan, D. V., Utility, C., & Properties, P. (1997). Sheehan Disability Scale (SDS) - Overview. *Work*, 27(2), 93–105. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(2), 78–82. <https://doi.org/10.1007/BF00788510>
- Leon, Andrew C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1996). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. <https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W., Hegerl, U., Levav, I., Munk Laursen, T., Ma, H., Maj, M., Elena Medina-Mora, M., Nordentoft, M., Prabhakaran, D., ... Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1), 30–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
- López-Gil, B., & Santiago-Domingo, M. (2017). *Gasto Farmacéutico en España, 2017*. <https://www.eae.es/conoce-eae/repositorio/gasto-farmaceutico-en-espana-20177>

- Lopez Bernal, J. A., Gasparri, A., Artundo, C. M., & McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health, 23*(5), 732–736.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>
- López, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., & López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología, 26*(2), 325–334.
- Luciano, J. V., Bertsch, J., Salvador-Carulla, L., Tomás, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palao, D. J., & Serrano-Blanco, A. (2010). Factor structure, internal consistency and construct validity of the Sheehan Disability Scale in a Spanish primary care sample. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16*(5), 895–901. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01211.x>
- Maier, W., Heuser, I., Philipp, M., Frommberger, U., & Demuth, W. (1988). Improving depression severity assessment-II. Content, concurrent and external validity of three observer depression scales. *Journal of Psychiatric Research, 22*(1), 13–19.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90023-4)
- Márquez-Calderón, S., Villegas-Portero, R., Gosalbes Soler, V., & Martínez-Pecino, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: El rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. In *Gaceta Sanitaria*.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.012>
- Matud Aznar, M. P., García Pérez, L., Bethencourt Pérez, J. M., & Rodríguez-Wangüemert, C. (2017). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies, 5*, 23–31.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15366/jfgws2017.5>

- McDowell, I. (1987). Measuring Health. In *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford Scholarship Online. <https://doi.org/>
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- Ministerio de Sanidad, C. y B. S. (2018). Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad (Informe a 31/12/2017). In *Base Estatal De Datos De Personas Con Valoración Del Grado De Discapacidad*.
https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2017.pdf
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. (2018). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. In *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*.
https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011a). *Estrategia en Salud mental del Sistema nacional de Salud 2009-2013*.
<http://www.aepcp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011b). *Evaluación (y actualización) de la estrategia en Salud mental del Sistema nacional de Salud 2009-2013*.
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
https://www.aen.es/docs/Informe-de-Evaluacion_Salud-Mental_CISNS.pdf.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. Actualización 2015/19, borrador*.
[https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto 17-1-Actualización Estrategia Salud Mental.pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Punto%2017-1-Actualización%20Estrategia%20Salud%20Mental.pdf).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. In *Ministerio de Sanidad y Consumo*.

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work. *Archives of General Psychiatry*, *49*(10), 761–768. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100005001>

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)

Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J., & Stubbs, B. (2016). Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*, *2*(2), 127--138. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.001685>

Montilla, J. (2002). Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *21*(84), 25–47. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15817/15676> .

Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, *35*(4), 315–328. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n4/v35n4a7.pdf>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M. A., & Hermsilla-Pasamar, A. M. (2017). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Bonet, A. C., & Dongil-Collado, E. (2017). Modelo

- jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.002>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Limonero, J. T., Tomás-Tomás, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, M. I., Moriana, J. A., Ochando, F. S., Bonet, A. C., Castillo, M. D. G., Fuertes, F. C., Cabré, G. J., Kvedaras, E. S., González, J. P., Maeso, C. A., ... Hidalgo, L. Y. (2016). The PHQ-PD as a screening tool for panic disorder in the primary care setting in Spain. *PLoS ONE*, 11(8), e0161145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161145>
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., ... Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., Escámez, T., Júdez, J., Martínez, S., Kessler, R. C., & Alonso, J. (2015). Prevalence of mental disorders in the South-East of Spain, one of the European regions most affected by the economic crisis: The cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLoS ONE*, 10(9), e0137293. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>
- NICE. (2011). *Common mental health problems: identification and pathways to care*. Clinical Guideline. <https://doi.org/10.1021/cm0493546>

- OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 - State of Health in the EU Cycle. In *OECD Publishing* (OECD Publi). <https://doi.org/10.1787/9789264012639-en>
- OECD. (2015). *OECD Health Data: Pharmaceutical market, OECD Health Statistics (database)*. Doi: 10.1787/Data-00545-En. <http://stats.oecd.org/index.aspx?r=512151#>.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, *19*(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03590.x>
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., & Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, *10*(4), 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10198-008-0135-0>
- OMS. (n.d.). *Discapacidades*. Retrieved May 5, 2020, from <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- OMS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Panamericana de La Salud*. <https://doi.org/WHO/MSD/MER/2017.2>
- Ophuis, R. H., Lokkerbol, J., Heemskerk, S. C. M., van Balkom, A. J. L. M., Hilgsmann, M., & Evers, S. M. A. A. (2017). Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *210*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.005>
- Organizacion para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE). (2017). Health at a glance 2017. OECD indicators. In *Revista de Investigacion Clinica*. https://doi.org/dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994).

- Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22), 1741–8.
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Pérez-Ibáñez, O., García-Pedrajas, C., Grases, N., Marsó, E., Cots, I., Aparicio, S., Ochoa, S., & Ventura, C. (2015). Programa de soporte a la primaria: un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 257–266. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000200002>
- Pinilla, J., Barber, P., & González López-Valcárcel, B. (2017). *El coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España*. [https://imagenes.inese.es/BDS/FOTOS_2017/F.MAPFRE_Informe Coste de la enfermedad.pdf](https://imagenes.inese.es/BDS/FOTOS_2017/F.MAPFRE_Informe%20Coste%20de%20la%20enfermedad.pdf)
- Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Peñarrubia, M. T., Blanco, E., & Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0144.x>
- Puigbó, J., Edo, S., Rovira, T., Limonero, J. T., & Fernández-Castro, J. (2019). Influence of the perceived emotional intelligence on the coping of the daily stress. *Ansiedad y Estrés*, 25(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.003>
- RAE. (2017). Real Academia Española. In *Madrid*.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica;, Instituto de Salud Carlos III; Ministerio de Economía y Competitividad;, & Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2018). *Salud*

mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención (J. de P. Cuesta, I. N. Zambrano, F. G. López, & C. R. Blázquez (eds.)).

<http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>

Rivière, M., Plancke, L., Leroyer, A., Blanchon, T., Prazuck, T., Prouvost, H., Sobczak, B., De Pauw, C., Ferreira Carreira, L., Toullic, Y., Lerouge, P., Melchior, M., & Younès, N. (2018). Prevalence of work-related common psychiatric disorders in primary care: The French Héraclès study. *Psychiatry Research*, *259*, 579–586. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.008>

Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1-3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>

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. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9503-4>

Rubio-valera, M., Fernández, A., Luciano, J. V., Hughes, C. M., Pinto-meza, A., Moreno-küstner, B., Palao, D. J., Haro, J. M., & Serrano-blanco, A. (2012). Psychotropic prescribing in catalonia: Results from an epidemiological study. *Family Practice*, *29*(2), 154–162. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm078>

Ruiloba, J. V. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. In *Elsevier* (6ª).

Ruíz-Rodríguez, P. (2019). *Análisis de coste-efectividad y coste-utilidad del tratamiento cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales en atención primaria frente al tratamiento convencional*. Universidad Complutense de Madrid.

- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Medrano, L. A., Moretti, L. S., Castillo, M. D. G., Tomás, P. T., Cabré, G. J., Moriana, J. A., Bonet, A. C., Pizà, M. R., Ramírez-Manent, I., Agüero, L., Rodríguez-Enríquez, M., Kvedaras, E. S., González, J. P., Schmitz, F., Maeso, C. A., ... Hidalgo, L. Y. (2018). Cost-effectiveness and cost-utility analysis of the treatment of emotional disorders in primary care: PsicAP clinical trial. Description of the sub-study design. *Frontiers in Psychology, Clinical and Health Psychology*, 9:218.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00281>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza Aguado, C., Jiménez Cabré, G., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 118–123.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Navarro, R. M., Medrano, L., Moriana, J. A., Aguado, C. B., Cabré, G. J., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: Una revisión sistemática y crítica. In *Ansiedad y Estres* (Vol. 23, Issues 2–3, pp. 118–123).
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Ruiz Moreno, A. (2017). Hábitos Saludables, Discapacidad y Calidad de Vida en Personas con Ansiedad y Depresión tras el Terremoto de Lorca. Un Estudio Caso-Control [Universidad de Murcia]. In *Pnas*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2171.2482>
- Salaberría, K., Polo, R., Ruiz, M., Cruz, S., & Echeburúa, E. (2016). Análisis de la demanda en una unidad universitaria de asistencia psicológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 299–308.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416009.pdf>

Santolaya-Prego de Oliver, J., Modrego, M., Alonso, G., Medrano, L. A., & Muñoz-Navarro, R. (2018). Depresión, discapacidad y sus costes. Propuestas de mejora de asistencia en Atención Primaria. *Informació Psicològica*, *115*, 54–65.

<https://doi.org/http://dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.115.6>

Santos-Ruiz, J., Sanz-Rodriguez, L. y Alvarez-Calderon, M. (2016). *Psicología clínica*. (5a ed.). Centro Documentación de Estudios y Oposiciones.

Seguí Diaz, M., Linares Pou, L., Blanco López, W., Ramos Aleixades, J., & Torrent Quetglas, M. (2004). Tiempos durante la visita médica en atención primaria.

Atencion Primaria, *33*(9), 496–502. <https://doi.org/10.1157/13061607>

Sempere Verdú, E., Salazar Fraile, J., Palop Larrea, V., & Vicens Caldentey, C. (2014).

Evolución de la utilización de antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos en la Comunitat Valenciana. Período 2000-2010. *Atencion Primaria*, *46*(8), 416–425.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.006>

Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández,

A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>

Sheehan, K. H., & Sheehan, D. V. (2008). Assessing treatment effects in clinical trials

with the Discan metric of the Sheehan Disability Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, *23*(2), 70–83.

<https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6>

Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996a). The measurement of

- disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(3), 89–95.
- Sheehan, D. V., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. A. (1996b). The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(SUPPL. 3), 89–95.
- Sheehan, David V., Harnett-Sheehan, K., Spann, M. E., Thompson, H. F., & Prakash, A. (2011). Assessing remission in major depressive disorder and generalized anxiety disorder clinical trials with the discan metric of the Sheehan disability scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 26(2), 75–83.
<https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328341bb5f>
- Spitzer, R L, Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744.
- Spitzer, Robert L., Kroenke, K., & Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *Journal of the American Medical Association*. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Spitzer, Robert L., Williams, J. B. W., Johnson, J. G., Kroenke, K., Linzer, M., Degruy, F. V., Brody, D., & Hahn, S. R. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*.
<https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Taylor, M. A., & Fink, M. (2006). Melancholia: The diagnosis, pathophysiology, and

treatment of depressive illness. In *Melancholia: The Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment of Depressive Illness*. Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511544330>

Tejedo, A. (2019). Condicionantes del Diagnóstico en la Demanda de Ayuda Psicológica en una Unidad de Atención Psicológica en un Campus Universitario. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 213-237.

<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.279> .

Tejedo, A., & López, C. (2009). Presentación y descripción de la Unidad de Psicología del Servei Assistencial de Salut de la UAB. *Acción Psicológica*, 6(1), 97–105.

<https://doi.org/10.5944/ap.6.1.448> .

Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*, 17(9), 1245–1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>

Ustün, T. B. (1999). The global burden of mental disorders. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1315–1318. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1315>

Valero, L., & Ruiz-Moreno, M. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*, 24(1), 11–18.

<https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/70826> .

Vicente Sánchez, M. P., Saint-Gerons, D. M., De La Fuente Honrubia, C., Bermejo, D. G., Corominas, D. M., & Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 247–255.

<https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>

Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La

- depresión en atención Primaria: Prevalencia, diagnóstico y Tratamiento. *Papeles Del Psicologo*, 33(1), 2–11. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2030.pdf>
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coggeshall, M., Cornaby, L., Dandona, L., Dicker, D. J., Dilegge, T., Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Forouzanfar, M. H., ... Zuhlke, L. J. (2016a). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388, 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coggeshall, M., Cornaby, L., Dandona, L., Dicker, D. J., Dilegge, T., Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Forouzanfar, M. H., ... Zuhlke, L. J. (2016b). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388, 1603–1658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Vos, Theo, Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abate, K. H., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Ackerman, I. N., Adamu, A. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Afshin, A., Agarwal, S. K., Aggarwal, R., Agrawal, A., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390, 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Vos, Theo, Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M.,

- Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., Almazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., ... Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *380*(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- Weissman, M. M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Feder, A., & Fuentes, M. (2001). A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 460–466. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.460>
- Weissman, Myrna M. (1975). The Assessment of Social Adjustment: A Review of Techniques. *Archives of General Psychiatry*, *32*(3), 357–365. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760210091006>
- Weissman, Myrna M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of Social Adjustment by Patient Self-Report. *Archives of General Psychiatry*, *33*(9), 1111–1115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090101010>
- Weissman, Myrna M., Klerman, G. L., Paykel, E. S., Prusoff, B., & Hanson, B. (1974). Treatment Effects on the Social Adjustment of Depressed Patients. *Archives of General Psychiatry*, *30*, 771–778. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760120033006>
- Weissman, Myrna M., Prusoff, B. A., Douglas Thompson, W., Harding, P. S., & Myers, J. K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*(5), 317–326. <https://doi.org/10.1097/00005053-197805000-00002>
- Weissman, Myrna M., Sholomskas, D., & John, K. (1981). The Assessment of Social

Adjustment: An Update. *Archives of General Psychiatry*, 38(11), 1250–1258.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780360066006>

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2), e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>

Whiteford, H., Ferrari, A., & Degenhardt, L. (2016). Global burden of disease studies: Implications for mental and substance use disorders. *Health Affairs*, 35(6), e0116820. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0082>

WHO; Fountain House. (2015). *Meeting report on Excess mortality in persons with severe mental disorders* (World Heal). https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf

WHO. (2001a). Atlas of mental health resources in the world 2001. In *World Health Organization*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66910/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf?sequence=1

WHO. (2001b). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In *World Health Organization*. <https://www.who.int/classifications/icf/en>. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1338283>

WHO. (2001c). The World Health Report: Mental Health Report: New understanding,

- new hope. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1007/s001270170010>
- WHO. (2004). *Invertir en salud mental*.
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- WHO. (2005). *Mental Health Atlas 2005*.
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf
- WHO. (2008a). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*.
[http://www.who.int/mental_health/policy/Mental health + primary care- final low-res 140908.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/Mental_health_plus_primary_care_final_low-res_140908.pdf)
- WHO. (2008b). Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders.
In *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme* (World Heal).
<https://doi.org/ISBN:9789241596>
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. In *World Health Organization*.
<https://doi.org/10.1093/bja/aes067>
- WHO. (2012). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país.
Asamblea Mundial de La Salud. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.09.002>
- WHO. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Informe de Secretaría. In *World Health Organization*. <https://doi.org/9789243506029>
- WHO. (2015). *Mental Health Atlas 2014*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf
- WHO. (2017a). Depression and other common mental disorders: global health estimates. In *World Health Organization*. [https://doi.org/CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://doi.org/CC-BY-NC-SA-3.0-IGO)
- WHO. (2017b). Depression and other common mental disorders: global health estimates. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
<https://doi.org/10.1002/mas>

WHO. (2017c). *Mental Disorders. Key facts.*

https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

WHO. (2018). Mental Health Atlas 2017: Completion Guide. In *World Health*

Organization (World Heal).

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/en/

WHO. (2019a). *Mental health: Fact sheet* (World Heal).

[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_EN
G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_EN_G.pdf?ua=1)

WHO. (2019b). *Mental Health: Fact sheet. Regional Office for Europe.*

[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_EN
G.pdf?ua=1.](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_EN_G.pdf?ua=1)

WHO. (2019c). WHO | International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-

11). In *World Health Organization*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B.,

Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P.,

Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., &

Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other

disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*,

21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Wittchen, Hans Ulrich, & 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.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders:

global health estimates. *World Health Organization*. <https://doi.org/CC BY-NC->

SA 3.0 IGO

9. Anexos

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:



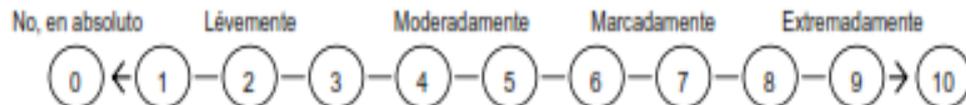
Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:



Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:



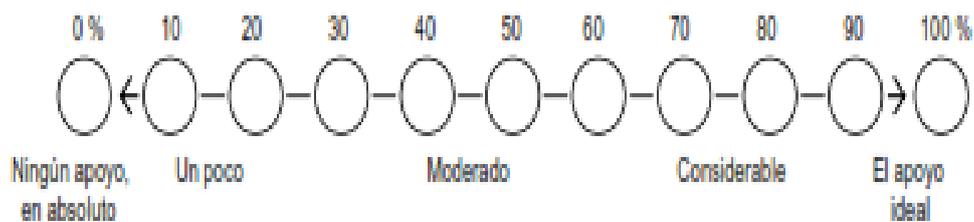
Estrés percibido

Durante la última semana ¿Cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?



Apoyo social percibido

Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?



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