

Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria

F. R. DUCH CAMPODARBE*, L. RUIZ DE PORRAS ROSSELLÓ*, D. GIMENO RUIZ DE PORRAS**, B. ALLUÉ TORRA***, I. PALOU VALL****

*Médico de Atención Primaria del Centro Médico de L'Espluga de Francolí. **Psicólogo Clínico del Centro Médico de L'Espluga de Francolí.

Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Valls. *Enfermera de Atención Primaria del Centro Médico de L'Espluga de Francolí. Tarragona

Semergen 25 (3): 209-225.

Una de las principales características de la Atención Primaria es el profundo conocimiento de sus pacientes, de sus necesidades y de su entorno cultural, social, familiar y laboral, no siendo raro, aun en nuestros días, que, al menos en el medio rural, el profesional conviva en dicho entorno con sus enfermos. En términos generales, podría decirse que mientras el especialista domina las técnicas diagnósticas y el tratamiento de las enfermedades del ámbito de su especialidad, el médico general atiende a la realidad bio-psico-social del usuario, con un amplio dominio de la anamnesis como procedimiento diagnóstico habitual. En este contexto, parecería que el uso de test psicométricos y escalas diagnósticas tenga poco porvenir en la asistencia primaria; no obstante, las necesidades de estandarización, así como la permanente autoexigencia de una mayor concreción diagnóstica, acreditan los citados cuestionarios como herramientas de fácil manejo, que no requieren un especial adiestramiento para su aplicación y que, en pocos minutos, nos concretan la patología del enfermo con una sistemática evaluatoria, nos ayudan en el diagnóstico diferencial y en el pronóstico, valorando la severidad del proceso, elementos indispensables a la hora de elegir la mejor opción terapéutica, cuya eficacia, en muchas ocasiones, ayudan también a evaluar. Evidentemente los test psicométricos no deben substituir una entrevista clínica completa y empática (1), atenta tanto a los aspectos verbalizados como a los de comunicación no verbal (2), cuyos fines psicoterapéuticos desaparecen con la fría aplicación de un cuestionario. El médico de Atención Primaria debe tomar conciencia de que es él, en sí mismo, el recurso terapéutico más sofisticado de cuantos dispone (3) y poner en práctica esta premisa desde el primer momento de la entrevista clínica.

No obstante debemos considerar que los síntomas psicológicos son siempre difíciles de describir espontáneamente por el enfermo, y un cuestionario elaborado puede facilitarnos el propio interrogatorio. De hecho, el

instrumento psicométrico ideal, sería una entrevista psicológicamente estructurada (4), con algoritmos de aproximación diagnóstica progresivos, potencialmente transferibles a bases informatizadas, pero su aplicación requiere un entreno excesivo, un tiempo pocas veces disponible en Atención Primaria, y un cúmulo de datos poco manejable en una historia clínica general (5).

Son innumerables los recursos psicométricos disponibles; por lo cual el clínico, deberá basarse en criterios de especificidad y selectividad cuando haya de escoger el más apropiado, que por otro lado, además debe haber acreditado su validez, deberá estar homologado transculturalmente (6) (la mayoría son traducciones validadas de test anglosajones) y con una fiabilidad que sólo la experiencia del uso puede otorgar (7).

■ Instrumentos para el diagnóstico de la ansiedad y de la depresión

Los trastornos que cursan con ansiedad y la depresión en sus múltiples facetas clínicas, constituyen unos de los diagnósticos más frecuentes en Atención Primaria; y ambas, por sí solas o por las somatizaciones que desencadenan, constituyen uno de los principales motivos de consulta del médico general, siendo éste, el responsable del tratamiento de la mayoría de estos problemas. La ansiedad como síntoma no suele ser difícil de detectar. Algo más complejo es indagar sobre el síndrome ansioso concreto y todos sus componentes (tensión nerviosa, síntomas neurovegetativos, hipervigilancia y componente psicossomático asociado) (8). En cuanto a la depresión, que aparentemente parece un proceso de fácil diagnóstico, resulta en la práctica diaria una entidad de difícil detección según reconocen los propios médicos, pues sólo el 28,7% de los psiquiatras no encuentra ninguna dificultad para diagnosticarla sin problemas; número que desciende al 9,5% en médicos generales. Ambos, curiosamente, utilizan muy poco las escalas psicométricas y los cuestionarios de diagnóstico, basando, mayoritariamente, sus detecciones en la entrevista y el

estudio de la sintomatología (9). El trastorno mixto de ansiedad y depresión tiende a considerarse una categoría diagnóstica propia, en el subepígrafe F-41.2 del gran texto taxonómico internacional CIE-10, siendo un trastorno por ansiedad (los catalogados en el epígrafe F-41, históricamente denominados neurosis) con sintomatología depresiva sobreañadida; que se diferencian de la depresión pura, en que son secundarios a la sobrecarga emocional del ansioso y al temor a enloquecer o a padecer una entidad somática grave, o secundarios al deterioro de la autoimagen, las dificultades de memoria, de atención o de concentración (10).

Los procesos enumerados, junto con las somatizaciones, constituyen el gran grueso de la morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria. En orden decreciente: 33,8% para los trastornos de ansiedad, 23% para las depresiones, 19% para cuadros mixtos de ansiedad y depresión, y 9,4% para los trastornos somatoformes, constituyendo el resto de patología psiquiátrica sólo el 24,2% (11).

Estas cifras tan elevadas, junto al hecho de que el médico de familia sea el primer nivel al que recurre el enfermo con malestar psíquico, nos piden un esfuerzo en la detección activa (Case finding), al objeto de poder acceder a la importante morbilidad psiquiátrica oculta que subyace en la comunidad (12), siendo los test siguientes los mejores instrumentos para ello:

— *Test de screening del malestar psíquico en general:* Desde los años cincuenta se vienen utilizando varios cuestionarios para detectar casos psiquiátricos menores, en términos generales, con fines epidemiológicos o como una primera aproximación psicológica al objeto de evidenciar trastornos enmascarados. El tiempo ha ido seleccionando los que, siendo más sencillos y rápidos, mantengan su eficiencia; de entre los que destaca el cuestionario de salud mental de Goldberg, el de mayor difusión actualmente (13):

General Health Questionnaire (GHQ) (14). Ideado en 1972 por Goldberg, existen múltiples versiones, variables en cuanto a los ítems y traducidas (validadas) a diferentes idiomas, habiéndose impuesto la versión de 28 ítems, el denominado GHQ-28 (15), que en pocos minutos interroga al paciente sobre cuestiones de salud mental con similar validez y poder discriminativo que la versión original de 60. El GHQ-28, es un test autoadministrado, que puede, por tanto, ser valorado por enfermería. Contiene 4 subescalas: para síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión y disfunción social en la actividad diaria; con siete preguntas en cada una de ellas, a las cuales puede responderse con cuatro posibilidades, progresivamente peores, puntuando cualquiera de las dos más afectadas. Una puntuación superior a 5/6 es indicativa de "caso probable" con una especificidad del

82% y una sensibilidad del 84,6%, habiendo demostrado su rentabilidad en Atención Primaria cuando menos para fines epidemiológicos en el cribaje del malestar psíquico encubierto (16).

— *Tests de detección de ansiedad y depresión:* En lugar de indagar sobre la salud mental en general, se concentran en evidenciar las dos patologías psiquiátricas más frecuentes, la ansiedad y la depresión:

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) (17). Es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test heteroadministrado, que no sólo nos orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y especificidad del 81,8%; sino que nos discrimina entre ellos y nos dimensiona sus respectivas intensidades (18). En él, se pide al enfermo que reflexione sobre si durante las dos últimas semanas, ha presentado alguno de los síntomas que se citan, cuatro para la subescala de ansiedad y cuatro para la de depresión. En caso de obtenerse 2 o más puntos en la primera, se termina el interrogatorio con las nueve preguntas de ansiedad, mientras que en la segunda subescala continuaremos preguntando sobre depresión, también hasta el noveno ítem, ante tan sólo una respuesta afirmativa. Los puntos de corte (cut-off) se sitúan en 4 o más para el estudio de ansiedad y en dos o más en el de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (19). Aun cuando las preguntas son muy claras, las respuestas sólo admiten la dicotomía, de forma que a veces el enfermo duda cuando se trata de coincidencias de leve intensidad, siendo sólo el juicio del profesional el que puede valorar la significación clínica de la respuesta. Su utilización constituye una herramienta extraordinariamente eficaz y sencilla para el quehacer diario del médico de Atención Primaria (20).

— *Tests de diagnóstico de ansiedad:* Como hemos dicho, el diagnóstico sintomático de ansiedad es relativamente sencillo a través del interrogatorio de rutina (21); hecho que explica que el uso de instrumentos psicométricos específicos de este campo no haya prosperado, quedando las necesidades totalmente cubiertas con el EADG. Más difícil resulta la concreción nosológica (trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia y otras fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés agudo o post-traumático, panic attacks, ansiedad somatizada..., etc.), pero aquí, los test y escalas, de ámbito general, existentes no resultan satisfactorios e incluso son anteriores a las modernas clasificaciones. Citemos, no obstante, dos ejemplos de escalas diagnósticas de ansiedad, que se han venido utilizando: la de Taylor, versionada en español por Conde (22), autoaplicada, con 50 preguntas a las

que el paciente respondía con las posibilidades de verdadero o falso, y la de Hamilton (23), heteroaplicada, donde el examinador valoraba la intensidad de los 14 ítems en cuatro opciones, desde la ausencia, hasta la intensidad invalidante.

— *Tests de diagnóstico de la depresión:* En asistencia primaria la depresión sigue detectándose mayoritariamente de forma secundaria, constituyendo habitualmente, el motivo de la consulta, las quejas somáticas y anímicas que, a menudo, enmascaran el cuadro. Además, debemos hacer un esfuerzo en la detección de esta dolencia, pues se estima que sólo acuden a consulta entre el 35 y el 39% de los que la padecen (24). Por todo lo dicho, escalas que nos detecten la depresión, nos confirmen el diagnóstico y nos evalúen su gravedad, son de gran utilidad; existiendo varias, de complejidad variable, pudiendo ser auto o heteroaplicadas. Destaquemos las más acreditadas:

Escala de valoración psiquiátrica de la depresión de Hamilton (25). La más veterana, con versión española validada (26) y que sigue constituyendo una referencia para las demás. Se trata de una escala valorativa subjetiva, que requiere cierta experiencia por parte del explorador. Consta de 21 ítems, los 17 primeros, evalúan el estado de ánimo, el sentimiento de culpabilidad, la inhibición, la presencia de ideas suicidas y los cambios comportamentales, así como la ansiedad, el insomnio y los trastornos psicósomáticos asociados; los ítems del 18 al 21 valoran, además, rasgos neuróticos ajenos a la propia depresión; y da un último apartado abierto, para especificar otros síntomas no enumerados. Se usa, al menos la primera subescala de 17 síntomas, como medida de intensidad depresiva en sujetos ya diagnosticados y como indicador de la respuesta terapéutica. Sumas superiores a 14 puntos indican depresión de moderada a severa, mientras que valores de 8 a 14 puntos sugieren depresiones menores o distimia (27).

Escala de depresión de Zung (28). Ideada por Zung en 1965, fue traducida y validada al castellano por Conde (29). Mucho más sencilla de manejar y más objetiva que la anterior, por cuanto se trata de un cuestionario autoaplicado de 20 preguntas, a las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes, de 1 a 4 en los negativos (depresivos) o inversamente, de 4 a 1 en los positivos (de ánimo conservado). Valores inferiores a 28 se consideran normales mientras que los superiores indican depresión: leve de 28 a 41, moderada de 42 a 53 y grave por encima de este.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (30). Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, suele usarse en el screening general del enfermo geriátrico y en el diagnóstico diferen-

cial de la pseudodemencia por depresión, aunque, evidentemente, ante demencia establecida, sus resultados no son fiables. Bien aplicada tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. Existen dos versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15, que resulta más recomendable en Atención Primaria por su fácil y rápido manejo. Es un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales. En la versión breve, puntuaciones de 10 o más son sugestivas de depresión establecida y valores de 6 a 9 de depresión leve. Considerándose normales valores de 0 a 5.

■ Instrumentos para la valoración del alcoholismo

La patología derivada del consumo excesivo de bebidas alcohólicas es un problema de salud pública de primer orden, que incumbe al profesional de Atención Primaria en todos sus aspectos asistenciales, desde la prevención hasta la rehabilitación, sin descuidar el tratamiento; que aunque quede, a menudo, en manos de un especialista, debe ser seguido de cerca por el generalista, en cuestiones como el seguimiento del cumplimiento, el soporte psicológico y asesoramiento familiar, así como el diagnóstico y el control de patologías orgánicas derivadas del propio etilismo. En cuanto a la prevención, la educación sanitaria y la detección o diagnóstico precoz, son sus elementos más importantes y, sin duda, los más claramente atribuibles a la asistencia primaria (31).

El consumo elevado y reiterado de etanol, produce dos tipos de patologías, la dependencia alcohólica, que se trata de un síndrome homologable al producido por cualquier otra droga ilegal, y los denominados Trastornos Relacionados con el Alcohol, que incluyen tanto trastornos de carácter psíquico (psicóticos, mnésicos, cognoscitivos, de la esfera sexual, del comportamiento o del sueño, delirium tremens...), como físico (hepatopatía enólica, neuritis...), incluyendo, también, las consecuencias de la siniestralidad laboral o derivada de accidentes de tráfico y agresiones, que su consumo producen (32).

Según el tiempo, la cantidad y los hábitos de consumo, el sujeto desarrollará un síndrome u otro, o ambos. Resultando, por todo lo dicho, imprescindible, constatar en la historia clínica del paciente los mencionados hábitos, tras indagar la edad de inicio y los consumos medios aproximados (33).

Aun cuando no existe un consenso internacional establecido, tiende a considerárseles peligrosas, ingestas superiores a los 40 gramos por día en hombres y 24

TABLA I
General Health Questionnaire (GHQ-28)

Por favor lea cuidadosamente:

Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las respuestas.

Muchas gracias por su colaboración.

Últimamente:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

No, en absoluto	No más de lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	-----------------------	------------------------------	---------------------------

TABLA I (Continuación)
General Health Questionnaire (GHQ-28)

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo		Peor que lo habitual	Mucho
peor que lo habitual				
4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos satisfecho	
5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual	
D. 1. ¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?				
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado	
5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual	
7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				
Claramente, no	Me parece que no	Se me ha pasado por la mente	Claramente lo he pensado	

TABLA II
Escala E.A.D.G.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- ¿Ha estado muy preocupado por algo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- ¿Se ha sentido muy irritable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

☐

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (síntomas vegetativos) | | |
| 8- ¿Ha estado preocupado por su salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL ANSIEDAD

☐

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- ¿Se ha sentido con poca energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Subtotal

☐

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TOTAL DEPRESIÓN

☐

TABLA III
Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión

Paciente Fecha

Edad Natural de Sexo Estado

Profesión Tratamiento

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente.

- | | |
|---|--|
| 1. Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad) | <p>0. Ausente.</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente.</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente; es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación de verbal y no verbal de forma espontánea.</p> |
| 2. Sensación de culpabilidad | <p>0. Ausente.</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.</p> <p>2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p> |
| 3. Suicidio | <p>0. Ausente.</p> <p>1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas.</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).</p> |
| 4. Insomnio precoz | <p>0. No tiene dificultad para dormir.</p> <p>1. Se queja de dificultades ocasionales para dormir, por ejemplo más de media hora.</p> <p>2. Se queja de dificultades para dormir cada noche.</p> |
| 5. Insomnio medio | <p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.</p> <p>2. Está despierto durante la noche —cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).</p> |
| 6. Insomnio tardío | <p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.</p> <p>2. No puede volver a dormir si se levanta de la cama.</p> |
| 7. Trabajo y actividades | <p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Ideas y pensamientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo —manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades).</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones.</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar 4 si el paciente no se compromete con otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.</p> |
| 8. Inhibición | <p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p> |
| 9. Agitación | <p>0. Ninguna.</p> <p>1. Juega con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.</p> |

TABLA III (Continuación)
Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión

10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática	0. Ausente Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales, 1. Ligera -boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. 2. Moderad Cardiovasculares -palpitaciones, cefalalgias. 3. Severa. Respiratorios -hiperventilación, suspiros. 4. Incapacitante Frecuencia urinaria. Sudación.
12. Síntomas somáticos gastro-intestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía o fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales	0. Ausente. Síntomas como: Pérdida de libido 1. Débil. Trastornos menstruales 2. Grave 3. Incapacitante.
15. Hipocondria	0. No la hay. 1. Preocupado de si mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondriacas.
16. Pérdida de peso	0. No hay. 1. Probable pérdida asociada a la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida.
17. Insight (Conciencia de si mismo)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.
18. Variación diurna	0. Ausente. Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde 1. Ligera. M (rodear M o T) 2. Grave. T
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad. 2. Moderada. Ideas nihilistas. 3. Grave. 4. Incapacitante.
20. Síntomas paranoides	0. Ninguno. 1. Sospechosos. 2. Leves. 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución.
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves
22. Otros síntomas (Especificar)	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.

Puntuación total

Puntuación total

TABLA IV
Escala de depresión de Zung

Nombre:
Sexo:..... Edad: Estado civil:..... Origen:.....
Residencia: Estudios:
Profesión: Fecha: / /

INSTRUCCIONES:

Rellene todos los datos anteriores. A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A = Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.
B = Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.
C = Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.
D = Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.

Plantilla de
corrección

	A	B	C	D		A	B	C	D
1. Me siento triste y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
8. Estoy estreñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
11. Mi cabeza está tan despejada como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
14. Tengo esperanza y confío en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		4	3	2	1

TABLA V
Escala de depresión geriátrica de Yesavage (reducida)

Nombre:

Fecha:

	SÍ	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho de su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buenos ánimos?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Es difícil para Ud. poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?	1	0

TABLA VI
CAGE

Nombre:

Fecha:

	SÍ	NO
1. ¿Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos? (Cutdown)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? (Annoyed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? (Guilty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para librarse de una resaca? (Eye Opener)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLA VII
Cuestionario Audit

Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3 ó 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida alcohólica”?

Nunca Menos de 1 al mes 2 ó 3 veces al mes 2 ó 3 veces semana 4 o más por semana

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” suele tomar durante un día de consumo normal?

1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 ó 9 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia tomas seis o más “bebidas” en una sola ocasión?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que le sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca Menos de 1 vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

TABLA VIII
Cuestionario Malt

MALT-S

1.	Últimamente me tiemblan las manos.....	Sí	No
2.	A temporadas tengo la sensación de náuseas y ganas de vomitar, especialmente por las mañanas.....	Sí	No
3.	Alguna vez he intentado calmar la resaca, los temblores o las náuseas por mis problemas	Sí	No
4.	Ahora me encuentro amargado por mis problemas	Sí	No
5.	No es extraño que beba alcohol antes de desayunar o comer.....	Sí	No
6.	Después de las primeras copas de una bebida alcohólica siento unas ganas irresistibles de seguir bebiendo	Sí	No
7.	A menudo pienso en alcohol	Sí	No
8.	A veces he bebido alcohol, aunque me lo hubiera prohibido el médico	Sí	No
9.	Cuando bebo como menos	Sí	No
10.	En el trabajo me han llamado la atención por mi consumo de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido mucho el día antes	Sí	No
11.a	Últimamente me gusta más beber sólo, sin que me vean	Sí	No
11.b	Bebo de un golpe y más deprisa que los otros	Sí	No
1.	Desde que bebo más soy más activo	Sí	No
2.	A menudo tengo remordimientos después de haber bebido	Sí	No
3.	He ensayado un sistema para beber (p.e. no beber antes de una hora determinada)	Sí	No
4.	Creo que debería limitar la cantidad de alcohol que bebo	Sí	No
5.	Sin alcohol tendría más problemas	Sí	No
6.	Cuando estoy excitado bebo para calmarme	Sí	No
7.	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida	Sí	No
8.	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no	Sí	No

MALT-O

1.	Enfermedad hepática, cuyo origen alcohólico es seguro o muy verosímil	Sí	No
2.	Polineuropatía (si se han excluido las causas conocidas, como diabetes o intoxicación) crónicas	Sí	No
3.	Delirium tremens (actualmente o en el pasado)	Sí	No
4.	Consumo de alcohol superior a 150 ml (de alcohol puro) al menos una vez al mes (en mujeres 120 ml)	Sí	No
5.	Consumo de alcohol superior a 300 ml (de alcohol puro) al menos una vez al mes (en mujeres 240 ml)	Sí	No
6.	Hedor alcohólico (en el momento de la visita)	Sí	No
7.	Los familiares han pedido, al menos una vez, consejo en relación con el problema alcohólico del enfermo (al médico, asistente social o instituciones pertinentes)	Sí	No

gramos por día en mujeres (por su menor concentración de alcoholodeshidrogenasa gástrica y la consecuente mayor absorción del alcohol ingerido) (34). En bebedores de hábito discontinuo, deberán valorarse los equivalentes semanales de 280 gramos y 168 gramos, respectivamente. Considerándose bebedores de riesgo, también, aquellos que consumen, en cortos espacios de tiempo (en cuestión de horas) más de 80 gramos, al menos una vez al mes (35). La cuantificación exacta del etanol ingerido se calcula mediante una simple regla de tres, según la graduación de la bebida; como quiera que la graduación es un porcentaje volumétrico, obtendremos el resultado en gramos, multiplicándolo por 0,8, que corresponde a la densidad del alcohol (36). En consumidores de varios tipos de bebidas, procederemos a un cálculo rápido y aproximado, contabilizando las unidades de bebida, teniendo en cuenta que las unidades de consumo pueden ser de 20 gramos de alcohol, las de mayor graduación o volumen, como un vaso grande de vino (200 ml), una copa de cerveza, una copa de licor o combinado (cubalibre, gintonic,...), las consideradas unidades estándar en nuestro país (37), de unos 10 gramos, un chato de vino, una copa pompadur de cava, un vaso de sidra, una caña de cerveza, un carajillo, etc.; existiendo formas intermedias de 15 gramos (vinos generosos en vaso pequeño, vermut en vaso corriente, cerveza en botellín mediano o lata) o formas light como los modernos chupitos de licor de fruta, que contienen unos 5 gramos de alcohol o algo más, según el recipiente que los contenga.

Con el fin de valorar el grado de dependencia, se han ideado una serie de cuestionarios que nos pueden ayudar, el primero en la detección y los otros en el diagnóstico y cuantificación del problema:

CAGE (38). Se denomina haciendo referencia a la cuestión fundamental de cada una de las cuatro preguntas que formula, correspondiendo a las siglas en inglés de Cutdown, Annoyed, Guilty y Eye opener. Validado en España por Rodríguez Martos a partir de la versión original de Ewing, quien lo ideó para fines de screening general, consta de 4 preguntas que se recomienda que se hagan, eludiendo un abordaje frontal, interespaçadas, en el contexto de una primera entrevista, de manera que el enfermo no se sienta acosado y resulte más colaborador (39). Las respuestas son dicotómicas, contabilizándose las afirmativas, considerándose que el valor predictivo positivo y negativo ascienden a niveles aceptables, cuando se exigen dos o más, para el diagnóstico de alcoholismo (40). El CAGE deberá usarse sistemáticamente como un test de cribaje en cualquier primera visita y seguirse de un breve consejo médico (41).

A pesar de ser un test sencillo, rápido y para el que

no se requiere un entrenamiento especial por parte del entrevistador, sí que debe existir una clara motivación por parte de este, lo cual explica los resultados tan dispares, en diferentes estudios, en cuanto a sensibilidad y especificidad, que oscilan entre 49-97% (42, 43) y 79-96% (44, 45), respectivamente.

AUDIT. El cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (46), es un cuestionario, con validación reciente al español por parte de Gabriel Rubio (47), para la detección precoz, no sólo de la dependencia, sino también de los denominados consumos de riesgo; habiendo demostrado una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90% (48). Se trata de un interrogatorio semiestructurado, que mediante sus 10 ítems, analiza los hábitos de consumo en el último año, la cantidad ingerida en un día corriente y su frecuencia, con cuatro posibles respuestas, a la mayoría de sus preguntas: nunca, menos de una vez al mes, mensualmente, semanalmente o casi a diario; destinando los dos últimos ítems a interrogar acerca de consecuencias desagradables del consumo sobre sí mismo o sobre terceros, y sobre las sugerencias recibidas para dejar el hábito, con tres posibilidades: nunca, hace más de un año o en el último año.

Puntuando de 0 a 4 las respuestas a las 8 primeras preguntas y 0, 2 ó 4 las de las dos últimas, valores entre 8 y 20 puntos nos sugieren un consumo perjudicial, mientras que son indicativos de dependencia, los superiores a 20. Los consumos nos los determinan los ítems 2 y 3 que preguntan acerca de las cantidades bebidas, mediante los cuales podemos detectar "bebedores de riesgo", que ponen, ocasionalmente en peligro sus vidas o las de los demás, aun con valores inferiores a 8.

MAST. Michigan Alcohol Screening Test (49). En su versión completa, consta de 25 ítems (existe una versión reducida y otra geriátrica) y detecta la dependencia alcohólica con gran sensibilidad y especificidad para Estados Unidos, el país que fue creado; pero su uso en países con amplia cultura vitivinícola ha resultado decepcionante, por lo que no se le considera validado en España (50).

MALT. Müncher Alcoholismus Test (51). Rodríguez Martos (52) validó esta escala, de origen alemán, para el diagnóstico del alcoholismo, que consta de un test de autoevaluación que cumplimenta el propio enfermo, de 20 ítems (MALT-S); y otra parte que objetiva el médico (MALT-O) según datos de la exploración o de la anamnesis (siete ítems), ambas de respuestas dicotómicas, cuyos síes se valoran en un punto en la primera subescala, y en cinco en la segunda. Valores inferiores a 6 se consideran normales y superiores a 11 confirman la dependencia enólica, quedando como sospechosos los intermedios. Tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad superior al 82% (53).

En definitiva, la anamnesis es el método de detección más simple, barato y eficaz, sobretodo cuando se efectúa con tiento, evitando que el paciente se sienta censurado sobre una cuestión socialmente estigmatizada y procurando ganarse su confianza al objeto de superar su propensión a minimizar los consumos (54). Una buena metodología en el interrogatorio, con la ayuda de los test que hemos comentado nos resultará mucho más

útil que los marcadores bioquímicos, que sólo sirven de guía con el enfermo que no quiere o no puede colaborar (inconscientes, accidentados, etc.) o como medio para valorar complicaciones orgánicas ante consumos altos (55); y, en el caso especial de la determinación de la alcoholuria, como método para el seguimiento de la prescripción de abstinencia y control de engaños por parte del paciente (56).

Bibliografía

- 1.- RUDEBECK CE. Empatía corporal en el diálogo clínico. Libro de Ponencias XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 1994; 125-127.
- 2.- STILES WB, PUMAN SM, MHP, ET AL. Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical interviews. *Med Care* 1979; 17: 667-681
- 3.- TURABIÁN JL. Entrevista médica en Atención Primaria. *Fomeco* 1996; 4 (5): 248-259.
- 4.- WING JK, COOPER JE, SARTORIUS N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press, 1974.
- 5.- ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J, RATCLIFFE KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiat* 1981; 38: 381-389.
- 6.- PATRICK DL, ERICKSON P. Health status and health policy: allocating resources to health care. New York: Oxford University Press, 1993.
- 7.- MC DOWELL I, NEWELL C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press, 1987.
- 8.- LOBO A, CAMPOS R. Ansiedad. Concepto. *Epidemiología clínica. Etiopatogenia. Medicine* 1996; 7: 3-14.
- 9.- GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS BERNARD KRIEF. La calidad asistencial de la depresión en España. Madrid: Juste, S.A.Q.F., 1997; 44-46.
- 10.- CRESPO MD, MARTÍN MJ. Manifestaciones clínicas de la ansiedad. Criterios diagnósticos. *Medicine* 1996; 7: 15-24
- 11.- LOBO A, MONTÓN C, CAMPOS R, GARCÍA-CAMPAYO JJ, PÉREZ ECHEVARRÍA MJ, GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento EADG. Editorial Luzán. España, 1994
- 12.- GOLDBERG DP, HUXLEY P. Common mental disorders. London: Tavistock Publications, 1992.
- 13.- LOBO A, CAMPOS R. Cribaje práctico de trastornos psíquicos en Atención Primaria En: Métodos diagnósticos en la consulta en Atención Primaria. Ed. Mosby/Doyma Libros, 1994.
- 14.- GOLDBERG D, HILLIER VF. A scaled version of the general Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.
- 15.- LOBO A, PÉREZ-ECHEVARRÍA MJ, ARTAL J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986; 16: 135-140.
- 16.- ÁLVAREZ E, CRESPO MD. Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28 de Goldberg. *Rev Med Univ Navarra* 1995; XL (1): 6-14.
- 17.- GOLDBERG D, BRIDGES K, DUNCAN-JONES P, GRAYSON D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 297: 897-899.
- 18.- MONTÓN C, PÉREZ-ECHEVARRÍA MJ, CAMPOS R, GARCÍA-CAMPAYO J, LOBO A y el GZEMPP. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg. Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12(6): 345-349.
- 19.- PÉREZ-ECHEVARRÍA MJ y el GZEMPP. Evaluación multiaxial de pacientes en Atención Primaria: El estudio epidemiológico de Zaragoza. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática. Zaragoza, 1993.
- 20.- ÁLVAREZ E. Los trastornos afectivos en el ámbito de la asistencia primaria. *Centro de Salud* 1997; 5(1): 37-50.
- 21.- BERNARDO M, CUBI R. Detección de trastornos psicopatológicos en atención primaria. Ed. Soc. Catalana de Med Psicosomática, 1989.
- 22.- CONDE V, FRANCH J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. *Upjohn. Madrid*, 1985.
- 23.- MORENO E. Manual de Protocolos en Salud Mental para Atención Primaria. Madrid, 1994.
- 24.- GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS BERNARD KRIEF. La calidad asistencial de la depresión en España. Madrid: Juste, S.A.Q.F., 1997; 39-50.
- 25.- HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23: 56-62.
- 26.- RAMOS-BRIEVA JJ, CORDERO A. La escala de Hamilton para la depresión (versión castellana). *Dossier de Psiquiatría* 1985; 7.
- 27.- HAMILTON M. Development of rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-296.
- 28.- ZUNG WWK. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr* 1965; 12: 63-70.
- 29.- CONDE V, SÁNCHEZ J. La escala autoaplicada para las depresiones de Zung. *Arch Neurobiol* 1969; 33 (4): 335-358.
- 30.- YESAVAGE JA, BRINK TL, ROSE TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res* 1983; 173 37-49.
- 31.- ANDERSON P. Alcohol and primary health care. Copenhagen: Regional office for Europe; WHO Regional Publications European Series nº 64, 1996.
- 32.- ROBLEDÓ DE DIOS T, RUBIO J, EPIGA I, GIL E. Políticas de alcohol y salud: la intervención en el campo del alcohol en atención primaria de salud. *JANO* 1998; 1241: 53-60.

- 33.- U.S. Preventive Services Task Force Guide to Clinical Preventive Services An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
- 34.- GUAL A, COLOM J. Alcohol, consejo médico y promoción de la salud desde la atención primaria. JANO 1998; 1241: 40-46.
- 35.- PICATOSTE J. Protocolos. Alcoholismo. Barcelona: IDEP-SA, 1996.
- 36.- RUBIO O. Abordaje del alcoholismo en Atención Primaria. El Médico 1998; 660: 30-45.
- 37.- GUAL A. Unidad de bebida estándar. Resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. XXIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, 1996; 237-249.
- 38.- EWING JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
- 39.- FONSECA DEL POZO FJ, PÉRULA DE TORRES LA, MARTÍNEZ DE LA IGLESIA J. Detección del alcoholismo en una población general a través de la aplicación del test de CAGE. Aten Primaria 1993; 11: 393-399.
- 40.- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM: Screening for Alcoholism in primary care setting. US Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland 1987.
- 41.- BLAY C, FERNÁNDEZ E, GARCÍA E, LEDESMA A. Abordaje del consum de begudes alcohòliques des de l'atenció primària. Forum 1996; 5: 95-105.
- 42.- HAYS JT, SPICKARD WA. Alcoholism: Early diagnosis and intervention. J Gen Intern Med 1987; 2: 240-247.
- 43.- KING M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. Psychol Med 1996; 16: 213-217.
- 44.- BERNADT MW, MUMFORD J, TAYLOR C, ET AL. Comparison between questionnaire and laboratory test in the detection of excessive drinking and alcoholism. Lancet 1982; 1: 325-328.
- 45.- BUSH B, SHAW S, CLEARY P, ET AL. Screening of alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Am J Med 1987; 82: 231-235.
- 46.- BABOR TF, DE LA FUENTE JR, SAUNDERS J, ET AL. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: WHO, 1989.
- 47.- MORALES A, RUBIO G. Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. Medifam 1997; 7 (4): 211-225.
- 48.- MAC KENZIE DM, LANGA A, BROW TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. Alcohol 1996; 31: 591-599.
- 49.- SELZER ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychia 1971; 127: 1653-1658.
- 50.- Cribatge del consum excessiu d'alcohol. En: Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Benestar Social, 1993: 183-200.
- 51.- FEUERLEIN W, RINGER CH, KUFNER KA. Diagnose des alkoholismus: der münchener alkoholismus test. Munch Med Wochenschr 1977; 119: 1275-1282.
- 52.- RODRÍGUEZ-MARTOS A, SUÁREZ R. MALT: validación española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. Rev Psiq y Psicol Med de Eur y Am Lat 1984; 16 (86): 421-432.
- 53.- DÍEZ MANRIQUE JF, MENÉNDEZ ARANGO J, LEQUE-RICA J, PEÑA C, ET AL. Validación de un instrumento de despistaje de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol (MALT). Anales de psiquiatría 1986; 2: 134-140.
- 54.- DEAN JL, POREMBA GA. The alcoholic stigma and the disease concept. Int J Addict 1983; 18: 739-751.
- 55.- GARCÍA A. Alcoholismo. Fomeco 1995; 1: 16-22.
- 56.- CABALLERIA J, TORRES M, CAMPS J, PARES A, REIXACH M, RODÉS J. Urine ethanol assessment: a helpful method for controlling abstinence in alcoholic liver disease. Alcohol and Alcoholism 1988; 23: 403-407.

Correspondencia: Francesc Ramon Duch Campodarbe. Centro de L'Espluga de Francolí. Pl. Sant Isidre, s/n. 43440 L'Espluga de Francolí (Tarragona).

Pensamiento

El que dice una mentira no sabe que tarea ha asumido, porque estará obligado a inventarse veinte más para sostener la certeza de la primera.

(Alexander Pope)

Proverbio

Cuanto más se sabe, menos se asegura.

Refrán

Gran corsario es el tiempo; siempre llevando y siempre trayendo.

(Robus)