

Luis Agüera-Ortiz<sup>1</sup>  
 Carmen Montón<sup>2</sup>  
 Jesús Cuervo<sup>3</sup>  
 Esteban Medina<sup>4</sup>  
 Helena Díaz-Cuervo<sup>3</sup>  
 Jorge Maurino<sup>4</sup>

# Adaptación al castellano de la escala Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) para la evaluación de la depresión mayor desde la perspectiva del paciente

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría.  
 Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre  
 Centro de investigación Biomédica en Red de Salud Mental  
 (CIBERSAM)

<sup>2</sup>Centro de Salud Casablanca  
 Zaragoza, España

<sup>3</sup>BAP LA-SER Outcomes, LA-SER Group  
 Oviedo, España

<sup>4</sup>Departamento Médico, AstraZeneca  
 Madrid, España

**Objetivo:** Adaptar al castellano la escala CUDOS (*Clinically Useful Depression Outcome Scale*) y analizar sus propiedades psicométricas en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM).

**Método:** Se realizó un estudio multicéntrico transversal de dos etapas (adaptación cultural y validación psicométrica) en el que se evaluaron pacientes en Atención Primaria con TDM diagnosticado (criterios DSM-IV TR) en los últimos 3 meses. Junto a la escala CUDOS, se aplicaron los instrumentos: PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), HAMD-17 (*Hamilton Depression Rating Scale*), SOFAS (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*), SF-36 (Componentes Físico-PCS- y Mental-MCS-) y escalas CGI-SI y PGI-SI (Escala de Impresión Clínica Global de Gravedad según clínico o paciente, respectivamente). Se analizó la factibilidad, fiabilidad y validez de la versión adaptada.

**Resultados:** En la fase de validación, se incluyeron 305 pacientes (69,5% mujeres) con edad media (desviación típica) de 51,75(15,53) años. El tiempo medio de cumplimentación fue de 4,47(±2,4) minutos. Los efectos techo/suelo se encontraron en menos del 1% de los casos. La consistencia interna de la escala CUDOS fue adecuada ( $\alpha$  de Cronbach=0,88). Los coeficientes de correlación de Pearson de CUDOS con otras escalas fueron: 0,42 (SOFAS); 0,45 (HAMD-17); -0,22 (PCS); -0,65 (MCS);  $p < 0,001$ . La escala CUDOS discriminó adecuadamente entre los diferentes niveles clínicos de gravedad ( $p < 0,03$ ).

**Conclusiones:** La versión adaptada de la escala CUDOS muestra propiedades psicométricas adecuadas como instrumento de evaluación de la depresión mayor desde la perspectiva del paciente.

Palabras clave: Trastorno depresivo mayor, Propiedades psicométricas, Atención primaria, CUDOS

*Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(5):287-300

## Adaptation into spanish of the Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) for assessing major depressive disorder from the patient's perspective

**Objective:** To adapt the CUDOS scale (Clinically Useful Depression Outcome Scale) into Spanish and to test its psychometrical properties in a sample of patients with major depressive disorder (MDD).

**Methods:** A two-step cross-sectional, multicenter validation study was conducted (linguistic adaptation into Spanish and psychometric validation). The study evaluated patients attended in Primary Care with a MDD diagnosis within the last 3 months (DSM-IV TR criteria). The following scales were administered: CUDOS, PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), HAMD-17 (Hamilton Depression Rating Scale), SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale), SF-36 (Physical -PCS- and Mental -MCS- Component Summaries), and the CGI-S & PGI-S (Clinical Global Impression for Severity of Illness scales for clinicians and patients, respectively). Feasibility, reliability, and validity of the Spanish version were assessed.

**Results:** In the validation study, 305 MDD patients (69.5% female) with a mean age (standard deviation-SD-) of 51.75(15.53) were included. Mean completion time was 4.47(2.4) minutes. Floor or ceiling effects were found in less than 1% of the case scores. Internal consistency was adequate (Cronbach's  $\alpha = 0.88$ ). Pearson correlation coefficients with CUDOS were: -0.42 (SOFAS), 0.45 (HAMD-17), -0.22 (PCS), -0.65 (MCS); all  $p < 0.001$ . The CUDOS properly discriminated among clinical severity levels ( $p < 0.03$ ).

Correspondencia:  
 Luis Agüera-Ortiz  
 Servicio de Psiquiatría  
 Hospital Universitario 12 de Octubre  
 Av de Córdoba km 5,400  
 28041 Madrid  
 Correo electrónico: luis@aguera.es

**Conclusions:** The adapted Spanish version of the CUDOS shows adequate psychometric properties as an evaluation instrument of major depression from the patient's perspective.

**Key words:** Major depressive disorder, Psychometric validation, Primary care, CUDOS

## INTRODUCCIÓN

El trastorno depresivo mayor (TDM) es la enfermedad mental más frecuente en España, con una prevalencia poblacional estimada en adultos del 3,9% anual y del 10,6% a lo largo de la vida<sup>1,2</sup>. Aunque estos datos están sujetos a cierta variabilidad según la metodología empleada y el ámbito poblacional o asistencial de referencia, resulta evidente su relevancia desde el punto de vista epidemiológico<sup>3-5</sup>. Es conocido el sufrimiento personal de los pacientes con TDM, la morbilidad y probabilidad de recurrencia, el impacto en la vida familiar y socio-laboral, así como el riesgo de suicidio asociado<sup>6-11</sup>. Todos estos factores contribuyen a la elevada carga socio-sanitaria y económica del trastorno en nuestro país<sup>12-14</sup>.

La investigación clínica en la depresión mayor ha centrado sus esfuerzos en establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados con objeto de maximizar la efectividad de las intervenciones terapéuticas. De esta forma se reforzarían las posibilidades de alcanzar la remisión completa de los síntomas lo que ha sido asociado con un mejor pronóstico en términos de recaídas y morbi-mortalidad<sup>10,13,15,16</sup>. Con estos propósitos, las estrategias recientes de salud y las guías terapéuticas, recomiendan un primer abordaje del trastorno desde el ámbito de Atención Primaria (AP)<sup>13,15</sup>, pero es precisamente en ese contexto donde se han constatado las mayores dificultades<sup>17,18</sup>. Como ejemplo, se ha puesto de manifiesto que en este ámbito sólo el 34% de los pacientes llega a recibir tratamiento con antidepresivos<sup>19</sup>. Esto otorga aún mayor interés al hecho de poder identificar precozmente aquellos individuos con clínica de TDM y comenzar un enfoque terapéutico adecuado<sup>20,21</sup>.

La medición de los resultados percibidos por el paciente interesa actualmente a las agencias reguladoras para valorar de forma comparada los beneficios de los fármacos<sup>15,22</sup>. Los elementos subjetivos son para el paciente tan importantes o más que los biológicos por lo que es necesaria una evaluación rigurosa de los mimos<sup>23</sup>. Instrumentos auto-aplicables fiables y sencillos son fundamentales para la recogida estructurada y sistemática de esta información y permiten además hacer al paciente más participe en el proceso terapéutico mejorando la eficiencia de la consulta médica<sup>23-25</sup>. En este sentido, la escala CUDOS (*Clinically Useful Depression Outcome Scale*) fue diseñada en EE.UU.<sup>26-28</sup>, bajo el proyecto MIDAS (*Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and*

*Service*) que perseguía desarrollar instrumentos útiles para la práctica clínica. Es un instrumento breve que consta de 18 preguntas con respuestas tipo Likert de 5 puntos y que se puede responder rápidamente<sup>29</sup>. Su corrección es sencilla y la puntuación total se calcula sumando las puntuaciones de los 16 primeros ítems (rango entre 0-mínima de sintomatología depresiva y 64 -máxima intensidad sintomática). Respecto a su validez de contenido, incluye todo el espectro de síntomas del TDM, definido por la clasificación DSM-IV y recoge además información de aspectos funcionales y de calidad de vida (ítems 17-18). En cuanto a sus propiedades psicométricas, se ha evidenciado que posee una fiabilidad y validez convergente adecuadas. Además, discrimina entre niveles clínicos de gravedad de depresión, siendo sensible a los cambios en el estado del paciente<sup>26,28</sup>.

Con el objeto de aportar evidencias que permitan a los profesionales sanitarios de nuestro país valorar el empleo de esta escala en su práctica clínica, el presente trabajo presenta la adaptación cultural de este instrumento, así como el análisis inicial de la fiabilidad y validez para la evaluación clínica del TDM en consulta de AP.

## METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, implementado en condiciones de práctica clínica habitual, en 44 centros de AP de distintas CCAA de nuestro país. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia.

## Muestra

Cada investigador incluyó, de forma consecutiva según llegada a consulta, los primeros pacientes que cumplieran los criterios de selección y prestaran su consentimiento informado. Se entrevistaron 338 pacientes adultos que habían recibido el diagnóstico de TDM (criterios DSM-IV TR)<sup>30</sup> durante los últimos 3 meses. Los pacientes debían presentar síntomas de TDM o TDM en remisión parcial de acuerdo a la escala PRIME-MD<sup>31,32</sup> y unas capacidades cognitivas que les permitieran responder a las preguntas del estudio. Se excluyeron pacientes que presentaban incapacidad para cumplimentar las escalas debido a enfermedad médica subyacente y aquéllos que hubieran participado en un ensayo clínico durante los 6 meses anteriores.

Tras el análisis de los criterios de selección, 33 casos tuvieron que ser excluidos, bien porque no habían recibido el diagnóstico de TDM durante los últimos 3 meses (N=14), o bien porque el diagnóstico no se ajustaba a los criterios DSM-IV TR, (N=19). En consecuencia, la muestra final válida para el estudio fue de 305 pacientes.

Debido a los propósitos del proyecto ya comentados, el estudio se realizó en dos etapas:

### *Etapa I. Adaptación lingüística a nuestro país de la versión original en inglés*

El trabajo desarrollado en esta fase se resume en la Figura 1. La adaptación lingüística se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas especiali-

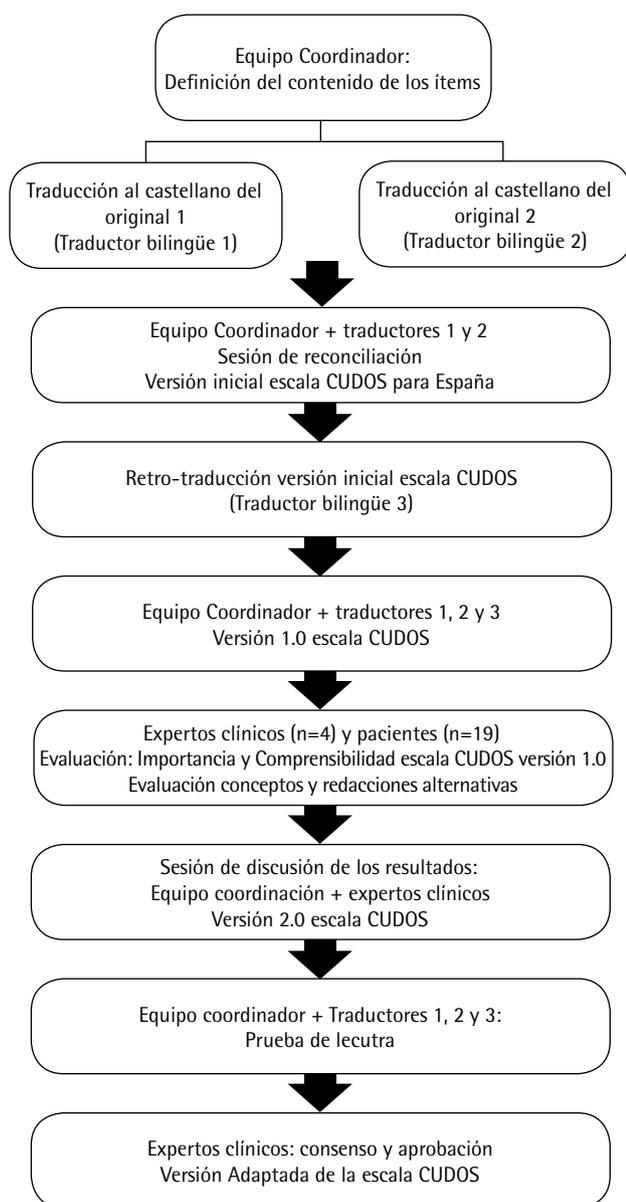


Figura 1

*Etapa I: Adaptación lingüística de la escala CUDOS*

zadas<sup>33</sup>. Se contó con un equipo coordinador multidisciplinar, compuesto por expertos en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y por expertos en el desarrollo de instrumentos para la evaluación de resultados en salud.

A partir de la armonización conceptual de las preguntas de la escala, se presentó la versión a un panel de médicos (n= 4) y pacientes con diagnóstico de TDM de acuerdo a los criterios DSM-IV-TR (n=19). Ambos grupos puntuaron la importancia y comprensibilidad de cada ítem en 2 escalas con rango: 0 -mínima importancia/nula comprensibilidad- hasta 4 -máxima importancia/óptima comprensibilidad-. También se les ofreció la oportunidad de presentar redacciones alternativas para abordar cada aspecto recogido. Tras el análisis de esta información (Figura 2), se consensó una versión final que fue revisada por los traductores y aprobada por todos los clínicos participantes. De esta forma, se completó la adaptación al castellano de la escala (Anexo).

### *Etapa II. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión adaptada*

En esta segunda etapa, los investigadores recogieron información socio-demográfica y clínica básica de cada participante y confirmaron la adecuación diagnóstica de TDM según criterios DSM-IV-TR. Durante la visita contemplada en el protocolo, aplicaron también las siguientes medidas:

Instrumentos aplicados por investigadores

- Módulo de estado de ánimo del instrumento *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)*<sup>31,32</sup>: El módulo del estado de ánimo aplicado consta de 17 preguntas dicotómicas que permiten distinguir entre la presencia de un TDM, un estado de remisión parcial o recurrencia, la distimia, depresión menor, un trastorno afectivo bipolar o una depresión de etiopatogenia medicamentosa o por trastorno físico.
- Escala de Depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*), versión de 17 ítems (HAMD-17)<sup>34,35</sup>: Permite evaluar la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente a lo largo del tiempo. La puntuación total presenta un rango entre 0 a 52 puntos (a mayor puntuación, mayor gravedad). Se recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7; Depresión ligera/menor: 8-13; Depresión moderada: 14-18; Depresión grave: 19-22; Depresión muy grave:  $\geq 23$ <sup>35,36</sup>.
- Escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (CGI-SI)<sup>37</sup>: Evalúa la gravedad del cuadro clínico del paciente utilizando una escala Likert de 8 niveles (desde 0-no evaluado hasta 7-extremadamente enfermo).
- Escala de Evaluación de la Actividad Social y Ocupa-

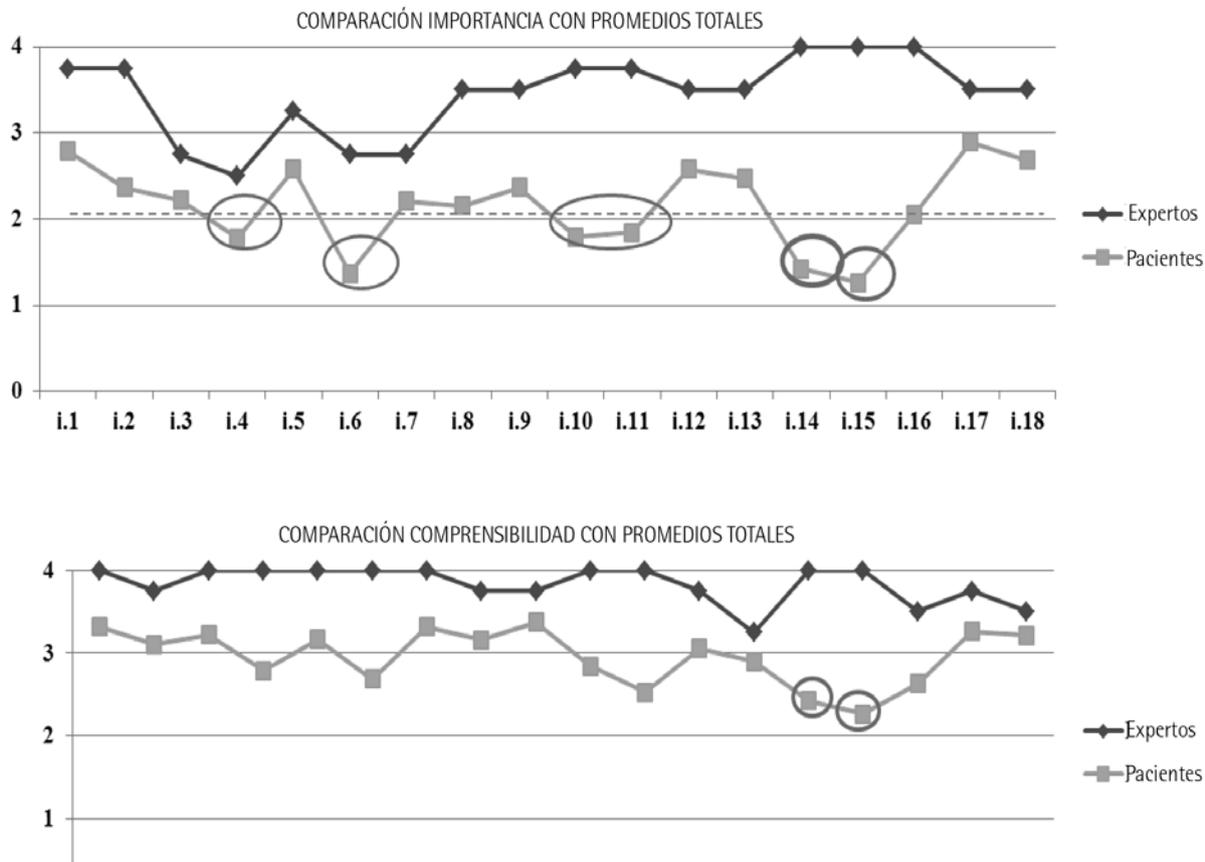


Figura 2

Importancia y comprensibilidad de la escala CUDOS según expertos clínicos (n=4) y pacientes (n=19)

cional (SOFAS)<sup>38</sup>: Se trata de una escala para valorar el nivel de funcionamiento social y ocupacional del paciente sin tener en cuenta la sintomatología presente. El rango de puntuaciones incluye desde 1 punto (sujeto con un desenvolvimiento social nulo o extremadamente limitado) a 100 (el mejor funcionamiento social). Se ha establecido recientemente que una puntuación superior o igual a 80 es un punto de corte válido para definir un funcionamiento social normalizado<sup>10</sup>.

Por su parte, los pacientes informaron sobre la presencia de situaciones personales que en la literatura científica se destacan como posibles factores de riesgo (antecedentes familiares, problemas graves en personas cercanas, problemas económicos o laborales y de convivencia)<sup>39,40</sup>. Además, cumplieron:

a. Cuestionario SF-36<sup>41,42</sup>: Instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud validado en nuestro país y de amplio uso en población general y diferentes

grupos de pacientes. Consta de 36 preguntas cuya puntuación se agrupa en dos componentes sumarios, físico (PCS) y mental (MCS) con puntuaciones estandarizadas para la población general española y normalizadas a una distribución  $50 \pm 10$ .

b. Escala de Impresión de Gravedad Global del Paciente (PGI-SI)<sup>37</sup>: Escala tipo Likert en la que el paciente valora su estado global con puntuaciones que oscilan entre 0 (no evaluado) y 7 puntos (extremadamente enfermo).

c. Versión adaptada al castellano de la escala CUDOS (Anexo)<sup>26-28</sup>: La puntuación total es el sumatorio de las respuestas a las 16 primeras preguntas. El rango teórico de las puntuaciones oscila entre 0 y 64 puntos. Mayores puntuaciones son indicativas de una mayor gravedad del cuadro depresivo. De acuerdo a los autores de la versión original, las puntuaciones globales se pueden clasificar en 5 niveles de gravedad: sin depresión (0-10 puntos), mínima (11-20), leve (21-30), moderada (31-45), grave ( $\geq 46$ ).

Tabla 1		Descripción de la muestra (n= 305)	
		n	%
Sexo	Mujer	212	69,5
Formación académica	Sin estudios	46	15,1
	Bachillerato superior	46	15,1
	Estudios de graduado escolar	101	33,1
	FP superior/ universitarios	59	19,3
	Educación secundaria	53	17,4
	Convivencia	Solo	37
	Acompañado en familia	267	87,5
	En institución	1	0,3
Episodios depresivos previos, (sí)		126	41,3
Antecedentes familiares de depresión, (sí)		116	38,0
Problemas graves en personas cercanas, (sí)		93	30,5
Problemas económicos o laborales, (sí)		119	39,0
Problemas de convivencia o familiares, (sí)		90	29,5
Medicaciones para estrés o ansiedad, (sí)		201	65,9
Tratamiento antidepresivo, (sí)		267	87,5
Resultado clasificación PRIME-MD	TDM	258	84,6
	TDM en remisión parcial	47	15,4

## Tamaño muestral

El número de casos a evaluar se estimó considerando el porcentaje de pacientes que respondían al tratamiento o se encontraban en remisión parcial después del mismo (33%, aproximadamente), según el trabajo original<sup>27</sup>. A partir de esta información, se consideró la inclusión de al menos 176 pacientes para poder llevar a cabo el análisis de las diferencias de medias entre grupos independientes con un poder estadístico del 80%, para un tamaño del efecto de 0,4 y un nivel de confianza (1- $\alpha$ ) del 95%. Adicionalmente se asumió que participaría en el estudio un porcentaje de pacientes (33%) para los que no habría transcurrido el tiempo mínimo requerido para poder valorar la respuesta al tratamiento (entre 6-12 semanas). Por tanto, y previendo un porcentaje de casos no válidos habitual en este tipo de estudios (10%), se estimó necesario un número mínimo de 290 pacientes.

## Análisis estadístico

En primer lugar, se describieron las características clínicas y socio-demográficas del conjunto de la muestra incluida en la segunda etapa mediante estadísticos de tendencia central y de dispersión en las variables cuantitativas y por

medio de frecuencias y porcentajes en el caso de variables cualitativas. En segundo lugar, se analizaron las propiedades psicométricas de la escala:

- Distribución de las puntuaciones y factibilidad de la escala: se calcularon los Estadísticos descriptivos de cada ítem y de la puntuación total (media, desviación típica -DT-, mediana, valor mínimo y máximo y coeficiente de curtosis), el porcentaje de no respuesta y el tiempo de cumplimentación de la escala CUDOS (media recortada al 5%). Junto a esto, se comprobó el efecto techo (porcentaje de pacientes con puntuación máxima) y efecto suelo (porcentaje de pacientes con puntuación mínima).
- Funcionamiento diferencial de los ítems (DIF): se analizó de forma preliminar la existencia de sesgo en las puntuaciones, en función del género de los pacientes. A tal fin, se calculó el estadístico de Mantel-Haenszel. Este índice expresa la razón o el cociente entre la probabilidad de puntuar bajo *versus* alto en cada ítem en el grupo de varones y la probabilidad de puntuar bajo *versus* alto en el grupo de mujeres. Valores estadísticamente distintos de 1 serían indicadores de un DIF no uniforme (la probabilidad de puntuar alto o bajo en depresión sería mayor en mujeres o varones).

Tabla 2		Puntuación en las medidas de gravedad sintomática y de afectación de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes				
	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.	
HAMD-17	305	3	43	16,75	7,32	
Escala SOFAS	305	0	90	62,53	16,77	
Componente sumario física estandarizada (PCS)	304	21,45	63,59	44,05	9,12	
Componente sumario mental estandarizada (MCS)	304	2,64	58,19	28,02	9,94	
Numero de episodios previos	126	1	30	2,80	3,70	
Índice de comorbilidad de Charlson	305	0	6	0,57	1,09	
Gravedad de la Enfermedad	CGI-SI (n=305)		PGI-SI (n=304)			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
No evaluado	0	0,0	3	1,0		
Normal	2	0,7	14	4,6		
Dudosamente enfermo	9	3,0	21	6,9		
Levemente enfermo	75	24,6	63	20,7		
Moderadamente enfermo	137	44,9	101	33,1		
Marcadamente enfermo	74	24,3	74	24,3		
Gravemente enfermo	5	1,6	23	7,5		
Entre los pacientes más extremadamente enfermos	3	1,0	5	1,6		

- Consistencia interna, capacidad de discriminación de los ítems y validez de constructo: en términos de fiabilidad, se calculó el alfa de Cronbach como indicador de la consistencia interna y se analizó la capacidad de discriminación de los ítems que componen la escala con el cálculo de la correlación ítem-total corregida. Finalmente, se aplicó un Análisis de Componentes Principales (ACP) con el fin de aportar evidencias de la estructura interna de la escala CUDOS, descrita en el trabajo original como unidimensional<sup>27</sup>.
- Validez de criterio y discriminante: se evaluaron las diferencias en las puntuaciones en la escala CUDOS en función de la gravedad, variables sociodemográficas, clasificación PRIME-MD y factores de riesgo. La gravedad sintomática se definió de acuerdo a la HAMD-17 y las escalas CGI-SI y PGI-SI y se contrastaron las diferencias con la prueba Anova (contraste de Scheffé) en caso de distribuciones paramétricas y Kruskal-Wallis y Mann-Whitney con corrección de Bonferroni en diferencias 2 a 2 como pruebas no paramétricas.
- Validez convergente: Se analizó la correlación de Pearson entre las escalas CUDOS y la HAMD-17. También se comprobó la relación de la escala CUDOS con el cuestionario SF-36 (PCS y MCS) y la escala SOFAS mediante el mismo estadístico.

Finalmente, se aplicó un análisis multivariado de regresión (método de pasos sucesivos con criterio de entrada 0,05

y salida 0,1), considerando la puntuación en la escala CUDOS como variable dependiente. Las puntuaciones en los instrumentos HAMD-17, SF-36, SOFAS junto a la edad, el índice de comorbilidad de Charlson y los factores de riesgo, fueron contrastadas como variables independientes (controlando el efecto del sexo de los pacientes como posible variable moduladora).

En todas las pruebas estadísticas se empleó un nivel de significación estadística ( $\alpha$ ) de 0,05. El software empleado en los análisis fueron el STATA v.10 y el SPSS (16.0).

## RESULTADOS

### Etapa I: Adaptación lingüística

Todos los ítems de la versión inicial del CUDOS fueron valorados positivamente en importancia y comprensibilidad por los expertos (Figura 2). En cambio, en el caso de los pacientes se encontraron discrepancias, referidas fundamentalmente a la importancia de algún ítem. No obstante, debe precisarse que estos ítems se mantuvieron ya que no presentaban problemas de comprensión y su importancia era alta para los expertos. Cabe señalar que cuatro enunciados fueron discutidos y ligeramente modificados durante la sesión de presentación de los resultados para mejorar su

Tabla 3	Características de los ítems de la escala CUDOS y su puntuación total										
	% E. suelo	% E. techo	% No válido	media	DT	Mediana	Min	Max	$g_2$	ID	<sup>a</sup> DIF
CUDOS total (Ítems 1-16)	0,35	0,00	6,56	29,86	12,12	29,00	0,00	58,00	-0,42	-----	1,31
Ítem 1	1,64	30,82	0,00	2,69	1,09	3,00	0,00	4,00	-0,94	0,64	0,91
Ítem 2	4,93	29,93	0,33	2,64	1,19	3,00	0,00	4,00	-0,73	0,66	1,15
Ítem 3	30,13	18,21	0,98	1,76	1,48	2,00	0,00	4,00	-1,35	0,41	1,08
Ítem 4	57,33	8,33	1,64	0,91	1,30	0,00	0,00	4,00	0,32	0,21	1,41
Ítem 5	11,80	35,74	0,00	2,61	1,37	3,00	0,00	4,00	-0,84	0,47	1,25
Ítem 6	61,13	6,98	1,31	0,77	1,21	0,00	0,00	4,00	1,32	0,15	0,92
Ítem 7	11,88	16,17	0,66	2,14	1,23	2,00	0,00	4,00	-0,89	0,47	1,10
Ítem 8	8,88	21,38	0,33	2,37	1,22	2,00	0,00	4,00	-0,79	0,50	0,92
Ítem 9	5,59	29,93	0,33	2,69	1,16	3,00	0,00	4,00	-0,41	0,63	1,45
Ítem 10	25,00	21,05	0,33	1,93	1,49	2,00	0,00	4,00	-1,42	0,65	0,99
Ítem 11	30,49	17,70	0,00	1,72	1,49	2,00	0,00	4,00	-1,36	0,67	1,30
Ítem 12	6,58	18,75	0,33	2,37	1,14	2,00	0,00	4,00	-0,62	0,64	1,29
Ítem 13	9,24	14,52	0,66	2,15	1,16	2,00	0,00	4,00	-0,67	0,64	0,82
Ítem 14	61,51	8,55	0,33	0,89	1,33	0,00	0,00	4,00	0,24	0,60	1,10
Ítem 15	79,67	3,28	0,00	0,42	0,96	0,00	0,00	4,00	5,13	0,48	0,69
Ítem 16	27,63	14,80	0,33	1,64	1,40	1,00	0,00	4,00	-1,14	0,63	1,20
Ítem 17	3,72	17,57	2,95	2,49	1,09	3,00	0,00	4,00	-0,64	-----	1,12
Ítem 18	0,00	8,30	5,25	2,51	0,77	3,00	1,00	4,00	-0,36	-----	1,32

*g*<sub>2</sub>: curtosis; ID: Índice de discriminación del ítem (correlación ítem-total corregida); DIF: funcionamiento diferencial de los ítems en función de la variable sexo (prueba de Mantel-Haenszel). <sup>a</sup>En ninguno de los contrastes planteados, el DIF fue estadísticamente significativo (DIF:  $p \geq 0,2$ )

comprensión. De forma general, no hubo concordancia entre las puntuaciones otorgadas por los grupos participantes en este proceso (coeficientes de correlación intraclase  $<0,35$ ;  $p > 0,5$ ). La versión final de la escala CUDOS a validar en la segunda etapa del estudio se presenta en el Anexo.

## Etapa II. Análisis de las propiedades psicométricas de la versión adaptada CUDOS

### Perfil de los pacientes TDM evaluados

La muestra final incluida fue de 305 pacientes (69,5% mujeres) con una edad media (DT) de 51,75 (15,53) años. Las variables descriptivas socio-demográficas y clínicas se presentan en las Tablas 1 y 2. El 87,5% de los pacientes estaban siguiendo un tratamiento antidepresivo y el 15,4% de los pacientes presentaba TDM en remisión parcial según la clasificación PRIME-MD. De acuerdo a la clasificación de gravedad empleada en HAMD-17, el 7,9% de los pacientes no presentaban síntomas depresivos (0-7 puntos), 29,8% su-

frían depresión menor (8-13 puntos), 22,0% depresión moderada (14-18 puntos), 21% depresión grave (19-22) y un 19,3%, depresión muy grave ( $\geq 23$  puntos).

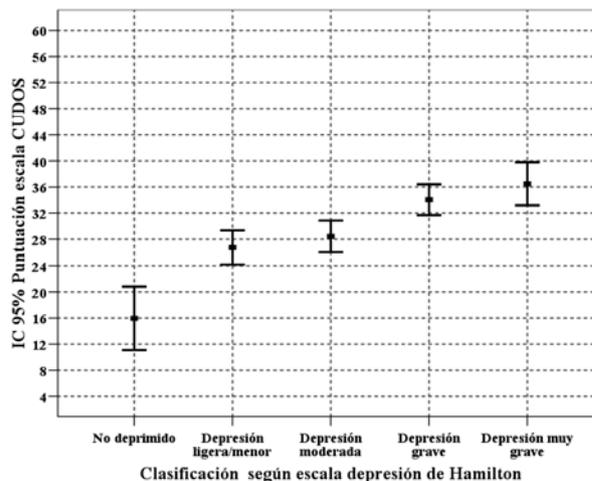
### Factibilidad de la escala CUDOS y distribución de las puntuaciones

El tiempo medio de cumplimentación (recortado al 5%) fue de 4,47 ( $\pm 2,40$ ) minutos. Por otro lado, el porcentaje de no respuesta en los ítems 1-16 fue inferior al 3% siendo posible obtener la puntuación total en el 93,44% de los pacientes (Tabla 3). En la muestra evaluada, no se encontraron pacientes con puntuación máxima y el 0,35% de los mismos presentaron una puntuación mínima. Respecto a la distribución de las puntuaciones, el coeficiente de curtosis ( $g_2$ ), el estadístico de asimetría ( $-0,07$ ) y su error típico (0,14) fueron en este caso indicadores de una distribución simétrica de las puntuaciones en la muestra del estudio, que además se ajustó a una curva normal (Z de Kolmogorov-Smirnov=0,84;  $p=0,48$ ).

Tabla 4				
Análisis Componentes Principales (ACP): varianza explicada y matriz de componentes				
Componentes	ACP ítems 1-16		ACP eliminando ítems 4 y 6	
	Total	% de la varianza	Total	% de la varianza
1	6,11	38,19	6,03	43,10
2	1,80	11,27	1,77	12,67
3	1,5	9,81	1,04	7,41
4	1,057	6,61	0,92	6,54
Matriz de Componentes				
Ítems	Componente 1	Componente 1		
1	0,724	0,733		
2	0,745	0,750		
3	0,521	0,538		
4	0,236	-----		
5	0,548	0,545		
6	0,168	-----		
7	0,541	0,531		
8	0,571	0,574		
9	0,697	0,699		
10	0,702	0,696		
11	0,726	0,720		
12	0,722	0,724		
13	0,719	0,722		
14	0,662	0,664		
15	0,536	0,531		
16	0,698	0,689		
Correlación entre componentes 1 y 2	0,450	0,453		
$\alpha$ de Cronbach	0,878	0,893		

### Funcionamiento diferencial de los ítems

En la Tabla 3, se presentan los valores de Mantel-Haenszel. En ningún ítem se encontró un DIF no uniforme que fuera estadísticamente significativo, indicando por tanto que los varones y las mujeres tenían una probabilidad similar de indicar puntuaciones altas o bajas en cada puntuación analizada.



Entre las categorías no deprimidos/depresión ligera-moderada/depresión grave-muy grave:  $\chi^2=54,165$ ;  $p<0,001$  (Kruskal-Wallis). Contraste Bonferroni  $p<0,03$  en todas las pruebas 2a2

**Figura 3** Diferencias de medias en la escala CUDOS en función de la gravedad de la depresión (escala de depresión de Hamilton)

### Fiabilidad y validez de constructo

Los indicadores de consistencia interna de la escala CUDOS reflejaron unos niveles adecuados en este criterio (Tabla 4). Respecto al ID, todos los ítems presentaron valores superiores a 0,4 con 2 excepciones: "he dormido demasiado" y "he tenido mucho más apetito de lo normal", que parecen tener un poder de discriminación muy bajo, al menos en la muestra evaluada (Tabla 3).

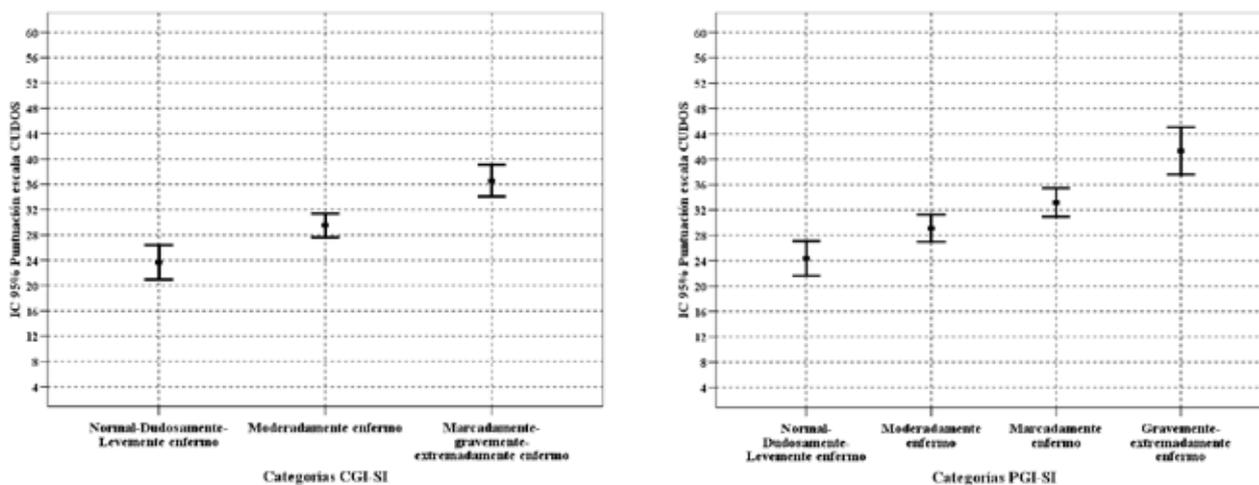
En el ACP llevado a cabo con los 16 ítems de la puntuación sumaria (Tabla 4), se contrastó, en primer lugar, la adecuación muestral para el análisis (Kaiser-Meyer-Olkin=0,86,  $p<0,001$ ). A continuación, en el gráfico de sedimentación (figura no mostrada) se reflejó la existencia de un primer componente dominante (autovalor=6,11) que explicaba el 38,2% de la varianza total frente al 11,3%, 9,8% y 6,6% del resto de componentes con autovalores mayores que 1. Tras aplicar la rotación (Normalización Oblimin con Kaiser), en la matriz de configuración se pudo comprobar que 6 ítems presentaban pesos significativos ( $>0,3$ ) en múltiples componentes. Esos ítems referían además a contenidos diferenciados (ítems 1, 3, 6-7, 10-11) y la solución matricial era difícilmente interpretable. En consecuencia, se forzó el análisis para la extracción de los 2 componentes principales (que explicarían en torno al 50% de la varianza) con rotación ortogonal pero la correlación entre estos 2 componentes fue importante (0,45) y 7 preguntas presentaban pesos significativos en ambos factores (ítems: 5, 7, 10-13,

Tabla 5		Validez discriminante escala CUDOS				
Variables		Puntuación escala CUDOS				
		N	Media	DT	ETM	*p
Sexo	Varón	87	29,03	11,87	1,27	0,482
	Mujer	198	30,22	12,24	0,87	
Convivencia	Solo	34	29,74	13,52	2,32	0,837
	Acompañado en familia	250	29,91	11,96	0,76	
Edad	<40 años	67	29,58	12,62	1,54	0,150
	40-65 años	157	30,92	12,24	0,98	
	>65 años	61	27,43	11,04	1,41	
Formación	Ninguna/básica	135	29,76	12,44	1,07	0,519
	Superior	56	27,84	11,95	1,60	
Resultado en escala PRIME-MD	Síntomas de TDM	243	30,79	11,80	0,76	0,003
	Remisión parcial	42	24,48	12,70	1,96	
Episodios depresivos previos	Sí	121	31,01	12,23	1,11	0,228
	No	164	29,01	12,01	0,94	
Antecedentes familiares depresión	Sí	110	31,85	10,88	1,04	0,022
	No	152	28,29	13,21	1,07	
Problemas graves en personas cercanas	Sí	85	33,61	11,19	1,21	0,001
	No	191	28,26	12,40	0,90	
Problemas económicos o laborales	Sí	113	32,50	11,68	1,10	0,002
	No	172	28,12	12,13	0,92	
Problemas de convivencia/familiares	Sí	87	35,09	11,06	1,19	0,001
	No	196	27,55	11,91	0,85	

\*Prueba de Mann-Whitney

Tabla 6		Correlación entre las puntuaciones de la escala CUDOS, SF-36 y escala SOFAS de funcionamiento social del paciente			
	SF-36: PCS	SF-36: MCS	Escala CUDOS	Escala SOFAS	
SF-36: MCS	-0,074				
Escala CUDOS	-0,224(**)	-0,650(**)			
Escala SOFAS	0,351(**)	0,368(**)	-0,423(**)		
Ítem 17 CUDOS	-0,219(**)	-0,588(**)	0,645(**)	-0,456(**)	
Ítem 18 CUDOS	-0,145(*)	-0,559(**)	0,604(**)	-0,464(**)	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)



$F_{2,284}=25,447$ ;  $p<0,001$ . Contraste Scheffé  $p<0,002$  en todas las pruebas 2a2

$\chi^2=47,208$ ;  $p<0,001$  (Kruskal-Wallis). Contraste Bonferroni  $p<0,05$  en todas las pruebas 2a2

Figura 4

Puntuación de la escala CUDOS en función de las escalas de Impresión Clínica de Gravedad (CGI-SI) e Impresión de Gravedad de los Pacientes (PGI-SI)

16), generando igualmente problemas de interpretación. A partir de estos datos, se realizó la extracción de un único componente observándose que todos los ítems de la escala correlacionaban de forma moderada-alta con el mismo (con la excepción de las preguntas 4 y 6). Debido a que estos ítems de la escala con baja capacidad de discriminación deberían ser propuestos para su eliminación, se recalcularon los índices de la consistencia interna y el ACP (Tabla 4). Debe señalarse que cuando se analizaron los residuos de la matriz de correlaciones (entre observadas y reproducidas), en ningún caso una solución multidimensional fue claramente superior en el porcentaje de residuales no redundantes frente a la unidimensional.

#### Validez de criterio y discriminante

Para la evaluación de estas propiedades, se contrastaron las diferencias de las puntuaciones en la escala CUDOS en función de distintos criterios. En relación a la clasificación de gravedad de la HAMD-17, la escala CUDOS discriminó entre tres categorías: no deprimidos / depresión ligera-moderada / depresión grave-muy grave ( $p<0,03$  con corrección de Bonferroni; Figura 3). También se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala CUDOS en relación a las categorías definidas en las escalas CGI-SI y PGI-SI ( $p<0,002$  y  $p<0,05$ ; Figura 4). En suma a estas evidencias, en la Tabla 5 se presentan contrastes adicionales considerando variables socio-demográficas y relativas a situaciones personales que pudieran constituir un factor de riesgo para la aparición o el mantenimiento de trastornos depresivos.

#### Validez convergente

El coeficiente de correlación de Pearson para la CUDOS y la escala HAMD-17 fue moderado, positivo y significativo ( $r=0,451$ ;  $p<0,001$ ). Junto a esto, la puntuación total en la escala CUDOS (ítems 1-16) así como las preguntas relativas al grado de interferencia en la vida del paciente y la CVRS general (ítems 17 y 18, respectivamente) se asociaron de forma moderada y significativa respecto la puntuación del componente mental del SF-36 (MCS) y la escala SOFAS (Tabla 6).

#### Factores asociados a la puntuación CUDOS

Las variables independientes incluidas en el modelo multivariado explicaron el 50% de las diferencias en las puntuaciones en la escala CUDOS ( $R^2=0,495$ .  $F_{3,252}=82,34$ ;  $p<0,001$ ). Los pesos relativos de cada variable incluida en el modelo final fueron los siguientes (coeficientes estandarizados): MCS ( $\beta=-0,526$ ;  $p<0,001$ ), HAMD-17 ( $\beta=0,260$ ;  $p<0,001$ ) y problemas de convivencia ( $\beta=-0,121$ ;  $p=0,01$ ). Por último, precisar que ninguna de estas variables en el modelo final presentó problema alguno de colinealidad, tras analizar los índices de condición y las proporciones de varianza.

#### DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue la adaptación cultural y el análisis de las propiedades psicométricas de la escala

CUDOS, un instrumento auto-aplicado breve cuya versión original demostró ser de utilidad en la práctica clínica para la evaluación eficiente de los pacientes con depresión<sup>26-29,43</sup>.

Si bien las escalas de depresión de Hamilton y de Montgomery-Åsberg son las más frecuentemente utilizadas para la evaluación clínica de los pacientes con TDM<sup>35,44</sup>, están diseñadas para recoger información estrictamente desde el punto de vista del clínico. Como ya se ha indicado, la perspectiva de los pacientes es un complemento esencial para identificar síntomas relevantes y evaluar cómo afectan a su vida diaria<sup>13,15,22,25</sup>. Entre otros, ejemplos de instrumentos autoaplicados disponibles en nuestro país son el ampliamente utilizado Inventario de Depresión de Beck (BDI)<sup>45</sup>, el PHQ-15<sup>46</sup> (centrado en síntomas somáticos asociados a depresión y ansiedad) y el método basado en escalas visuales analógicas, empleado con éxito en pacientes ambulatorios evaluados en un centro de salud mental<sup>47</sup>. Frente a estos últimos más recientes, la escala CUDOS ofrece una descripción más completa de los síntomas asociados al TDM de acuerdo al DSM-IV y permite además evaluar otros aspectos importantes como la capacidad funcional del paciente y su afectación en la calidad de vida relacionada con la salud.

Respecto a factibilidad de uso de la escala, el tiempo medio de cumplimentación de la versión adaptada (4,5 minutos, DT=2,4) fue mayor al indicado por los autores de la versión original (3 minutos)<sup>29</sup>. Aún así, resultó un tiempo razonable en el contexto de AP.

En relación a su estructura interna, los resultados del ACP presentados junto a los índices de consistencia interna y discriminación permiten asumir la unidimensional de la misma. No obstante, hay limitaciones que deben ser consideradas. Entre otras, aunque la escala CUDOS (ítems 1-16) presenta alta consistencia interna con valores similares a los publicados previamente en la versión original<sup>27</sup> ( $\alpha$  de Cronbach de 0,88 y 0,9, respectivamente), los ítems 4 y 6 deberían ser analizados de nuevo en trabajos posteriores con el objeto de valorar su posible eliminación, al menos en el cálculo de la puntuación de la escala CUDOS.

A pesar de lo anterior, la validez de criterio y discriminante de la escala CUDOS se confirmó, en primer lugar, mediante las diferencias de medias encontradas entre tres categorías en función de la HAMD-17: no deprimidos / depresión ligera-moderada / depresión grave-muy grave. También se contrastaron como estadísticamente significativas las diferencias de acuerdo a diversas medidas de severidad de afectación o síntomas (CGI-SI y PRIME-MD). En suma a esto, la validez convergente de la versión que presentamos parece razonable: sus puntuaciones se asociaron de forma significativa y moderada con la escala de Hamilton (0,45 en la versión española y 0,69 en la original; ambas  $p < 0,001$ ). En función de estas diferencias en la HAMD-17, las puntuaciones en la escala CUDOS para pacientes TDM podrían agruparse en torno a 3 clústeres: 0-24-no deprimidos / 24-32-depresión leve o moderada / >32: depresión grave o muy grave. Esta primera aproximación, distinta de la facilitada por los autores originales, deberá ser analizada en detalle en próximos estudios con diversas muestras y grupos con el fin de precisar mejor los baremos. Entendemos que lo mismo es aplicable al funcionamiento diferencial de los ítems y la escala. Aunque se ha podido contrastar que no se producía sesgo por DIF en relación al sexo, es necesario realizar estos análisis (u otros más completos, aunque menos intuitivos como los Logit o análisis de Rasch) respecto a nuevos contextos y variables.

Por último, en el modelo multivariado de regresión, las variables independientes significativamente asociadas con la puntuación CUDOS fueron el componente mental del SF-36 (MCS), la HAMD-17 y los problemas de convivencia de los pacientes. Estos resultados están en armonía con los publicados recientemente en nuestro país también en AP<sup>40</sup>.

Dentro de las limitaciones de este estudio, debemos señalar que la información presentada procede de una única visita de evaluación, sin seguimiento, por lo que no se ha podido presentar información sobre la sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos en la situación de los pacientes<sup>48</sup>. También debe indicarse que la población analizada corresponde a pacientes de AP y las puntuaciones podrían ser diferentes en pacientes más graves y crónicos como los asistidos en atención especializada.

En conclusión, la versión española de la escala CUDOS, presenta buenas capacidades psicométricas, con una fiabilidad y un rendimiento descriptivo y discriminativo adecuados. Adicionalmente es fácilmente cumplimentada por los pacientes. Estos hechos, junto a la posibilidad de obtener una puntuación sumaria de forma muy rápida, facilitan su uso en la evaluación del TDM durante práctica clínica en Atención Primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

#### CONFLICTO DE INTERESES

El estudio ha sido financiado por el Departamento Médico de AstraZeneca España. E.M y J.M son empleados de AstraZeneca España. J.C y H.D-C son empleados de BAP LA-SER Outcomes España. L.A y C.M no tienen conflictos de intereses que declarar.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51.
2. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010;120(1-3):76-85.
3. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J.

- Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(1):21-35.
4. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;252(5):201-9.
  5. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):201-10.
  6. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. One year prevalence of mental disorders comorbidity and associated socio-demographic risk factors in the general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(Suppl 2):4-11.
  7. Charlson FJ, Stapelberg NJ, Baxter AJ, Whiteford HA. Should global burden of disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? *BMC Med.* 2011;9:47.
  8. Ten Doesschate MC, Bockting CL, Koeter MW, Schene AH. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(8):984-91.
  9. Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsa ET. Course and outcome of depressive disorders in primary care: a prospective 18-month study. *Psychol Med.* 2009;39(10):1697-707.
  10. Romera I, Perez V, Menchon JM, Delgado-Cohen H, Polavieja P, Gilaberte I. Social and occupational functioning impairment in patients in partial versus complete remission of a major depressive disorder episode. A six-month prospective epidemiological study. *Eur Psychiatry.* 2010;25(1):58-65.
  11. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de GR, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):27-34.
  12. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Gutierrez-Nicuesa L, Salvatella-Pasant J, Navarro-Artieda R. Impact of morbidity, resource use and costs on maintenance of remission of major depression in Spain: a longitudinal study in a population setting. *Gac Sanit.* 2010;24(1):13-9.
  13. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid, 2008.
  14. Valladares A, Dilla T, Sacristan JA. La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(1):49-53.
  15. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009.
  16. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jonsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract.* 2006;60(7):791-8.
  17. Agüera L, Failde I, Cervilla JA, Diaz-Fernandez P, Mico JA. Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract.* 2010;11:17.
  18. Fernandez A, Pinto-Meza A, Bellon JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(2):201-9.
  19. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med.* 2004;34(4):331-43.
  20. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *Am J Psychiatry.* 2006;163(11):1905-17.
  21. Lester H, Howe A. Depression in primary care: three key challenges. *Postgrad Med J.* 2008;84(996):545-8.
  22. Willkie R, Burke L, Rickson P. Measuring treatment impact: a review of patient-reported outcomes and other efficacy endpoints in approved product labels. *Control Clin Trials.* 2009;25:535-52.
  23. Rey E. Using patient report outcomes in the office: a challenge for the physician. *An Med Interna.* 2007;24(9):413-4.
  24. Montejo AL, Lauffer JC, Cuervo J, Rebollo P, Cordero L, Diez T, et al. Validation of a specific measure to assess health-related quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder: the 'Tolerability and quality of life' (TOOL) questionnaire. *Ann Gen Psychiatry.* 2011;10:6.
  25. Maurino J, Sanjuan J, Haro JM, Diez T, Ballesteros J. Impact of depressive symptoms on subjective well-being: the importance of patient-reported outcomes in schizophrenia. *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:471-4.
  26. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *Am J Psychiatry.* 2004;161(10):1911-3.
  27. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Posternak MA. A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry.* 2008;49(2):131-40.
  28. Zimmerman M, Martinez J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al. Determining remission from depression on two self-report symptom scales: a comparison of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Clinically Useful Depression Outcome Scale. *Compr Psychiatry.* 2012;53(7):1034-8.
  29. Zimmerman M, McGlinchey JB. Depressed patients' acceptability of the use of self-administered scales to measure outcome in clinical practice. *Ann Clin Psychiatry.* 2008;20(3):125-9.
  30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2000.
  31. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, III, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA.* 1994;272(22):1749-56.
  32. Baca E, Saiz J, Agüera L, Caballero L, Fernandez-Liria A, Ramos J, et al. Validación de la versión española del PRIME-MD: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999;27(6):375-83.
  33. Wild D, Eremenco S, Mear I, Martin M, Houchin C, Gawlicki M, et al. Multinational trials-recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: the ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force report. *Value Health.* 2009;12(4):430-40.
  34. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
  35. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Re R, Ballesteros J, Ibarra N. A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Med Clin (Barc).* 2003;120(18):693-700.
  36. Romera I, Perez V, Menchon JM, Polavieja P, Gilaberte I. Optimal cutoff point of the Hamilton Rating Scale for Depression according to normal levels of social and occupational functioning. *Psychiatry Res.* 2011;186(1):133-7.
  37. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Revised). Rockville: National Institute of Mental Health, Dept of

- Health, Education and Welfare publication (ADM), 1976.
38. Spitzer R, Gibbon M, Endicott J. Global Assessment Scale (GAS), Global Assessment of Functioning (GAF), Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS). Mental Health Status, Functioning and Disability Measures. In: First M, editor. Handbook of psychiatric measures (1st ed.). Washington DC: American Psychiatric Association, 2000; p. 96-100.
  39. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, et al. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(12):1368-76.
  40. Bellon JA, de Dios LJ, King M, Moreno-Kustner B, Nazareth I, Monton-Franco C, et al. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychol Med*. 2011;41(10):2075-88.
  41. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135-50.
  42. Rebollo P. Use of health-related quality of life "SF Group" questionnaires (SF-36, SF-12 and SF-6D) in the framework of clinical trials and routine clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2008;130(19):740-1.
  43. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Boerescu D, Attiullah N. Differences between minimally depressed patients who do and do not consider themselves to be in remission. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(9):1134-8.
  44. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493-9.
  45. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303-18.
  46. Ros MS, Comas VA, Garcia-Garcia M. Validación de la Versión Española del Cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):345-57.
  47. Cordero-Villafafila A, Ramos-Brieva JA, Gutierrez LR, Arranz ML. A brief and rapid procedure to measure the intensity of depressive symptoms in Primary Care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(1):45-8.
  48. Revicki D, Hays RD, Cella D, Sloan J. Recommended methods for determining responsiveness and minimally important differences for patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(2):102-9.

ANEXO I		Versión en castellano de la escala CUDOS (Clinically Useful Depression Outcome Scale)				
Durante la SEMANA PASADA, INCLUYENDO HOY.....		No es cierto en absoluto (0 días)	Rara vez cierto (1-2 días)	A veces cierto (3-4 días)	A menudo cierto (5-6 días)	Casi siempre cierto (cada día)
1.	Me he sentido triste o deprimido	0	1	2	3	4
2.	He perdido interés en mis actividades cotidianas	0	1	2	3	4
3.	He tenido poco apetito y no me apetecía comer	0	1	2	3	4
4.	He tenido mucho más apetito de lo habitual	0	1	2	3	4
5.	He tenido dificultades para dormir	0	1	2	3	4
6.	He dormido demasiado	0	1	2	3	4
7.	Me he sentido muy nervioso, resultándome difícil permanecer quieto	0	1	2	3	4
8.	Me he sentido físicamente más lento o pesado	0	1	2	3	4
9.	He tenido poca energía	0	1	2	3	4
10.	Me he sentido culpable	0	1	2	3	4
11.	He pensado que era un fracasado	0	1	2	3	4
12.	He tenido problemas de concentración	0	1	2	3	4
13.	He tenido más problemas para tomar decisiones que habitualmente	0	1	2	3	4
14.	He deseado estar muerto	0	1	2	3	4
15.	He pensado en suicidarme	0	1	2	3	4
16.	He pensado que no había esperanza en el futuro	0	1	2	3	4
17.	En general, ¿en qué medida los síntomas de depresión han interferido o le han causado problemas en su vida diaria durante la semana pasada?					
	0: Nada	1: Un poco	2: Moderadamente	3: Bastante	4: Mucho	
18.	Durante la semana pasada, ¿cómo calificaría su calidad de vida en general?					
	0: Muy buena, mi vida no podría ser mejor	1: Bastante buena, la mayoría de mis cosas están yendo bien	2: Las partes buenas y malas están más o menos igualadas	3: Bastante mala, la mayoría de mis cosas están yendo mal	4: Muy mala, mi vida no podría ser peor	