

D. Jatuff¹
R. Montenegro¹
J.E. Mezzich²
J. González-Mora³
M.I. Zapata-Vega²

Estudio de Validación de la Escala de Salud Personal en Argentina y Venezuela

¹Instituto Superior de Formación Postgrado
Asociación de Psiquiatras Argentinos
Buenos Aires-Argentina

²Elmhurst Hospital Center
Mount Sinai School of Medicine
New York – Estados Unidos

³Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
Unidad Nacional de Psiquiatría Infantil
Caracas – Venezuela

Introducción. Estudios internacionales demuestran que la mayoría de pacientes con algún trastorno mental son frecuentemente vistos en servicios no-psiquiátricos y no son adecuadamente diagnosticados. El objetivo de este estudio realizado en Argentina y Venezuela es validar la Escala de Salud Personal (ESP), un instrumento de 10 ítems diseñado para detectar probables casos de trastorno mental.

Método. Se reclutó un total de 227 sujetos en ambos países. Se evaluó la facilidad de uso de la ESP y cuantificó el tiempo utilizado. Se evaluó su estructura interna (calculando el alfa de Cronbach) y su estructura factorial. Puntajes medios de pacientes psiquiátricos (n=127) e individuos sin patología psiquiátrica (controles, n=100) fueron comparados para determinar la validez discriminativa.

Resultados. El tiempo medio para completar la ESP fue menos de 3 minutos y la mayoría de sujetos lo calificó como fácil de usar. El alfa de Cronbach fue 0,77 en ambos países y el análisis factorial (extracción limitada a un factor) mostró que 8 (Venezuela) o 9 (Argentina) de los 10 ítems se representan en ese factor con una varianza explicada de 34%. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para los puntajes medios entre pacientes psiquiátricos y controles, siendo 6/7 el mejor punto de corte para discriminar entre grupos.

Conclusiones. Los resultados sugieren que la ESP es eficiente, fácil de usar, tiene alta consistencia interna, adecuada estructura factorial y capacidad de discriminar entre muestras de pacientes psiquiátricos y controles. Se propone su uso en atención primaria, investigación clínica y epidemiológica en países latinoamericanos.

Palabras clave:
Validación, Escala de Salud Personal, salud mental.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(4):189-195

Correspondencia:
Diego Jatuff
Instituto Superior de Formación Postgrado
Asociación de Psiquiatras Argentinos
1427 Buenos Aires
Telf.: +54 01 4555 11 95
Correo electrónico: diegojatuff@ibertel.com.ar

A validation study of the Personal Health Scale in Argentina and Venezuela

Introduction. International reports have shown that the majority of patients with a psychiatric disorder are most often seen in non-psychiatric services and are not effectively diagnosed. The objectives of this study, conducted in Argentina and Venezuela, was to validate the Personal Health Scale (PHS), a 10-item instrument developed for the detection of possible cases of mental disorders.

Method. A total of 227 subjects were recruited in both countries. The PHS's ease of use and the time required for completion was rated. Its internal structure (calculating the Cronbach's alpha) and factorial structures was analyzed. Mean total scores of psychiatric patients (n=127) and control subjects without psychiatric illness (n=100) were compared to determine its discriminant validity.

Results. Mean time for completion was less than 3 minutes and the majority of subjects judged it as easy to use. The Cronbach's alpha was 0.77 in both countries and the factorial analysis (extraction limited to one factor) showed that 8 (Venezuela) or 9 (Argentina) of the 10 items were represented in that factor; the variance explained by that factor was of 34%. A significant statistical difference ($p < 0.05$) was found for the mean total scores between the psychiatric patients and controls. The best cut-off score to discriminate between groups was 6/7.

Conclusions. The results suggest that the PHS is efficient, easy to use, has a high internal consistency, adequate factorial structure and ability to discriminate between samples of psychiatric patients and controls. We propose its use in primary care settings, clinical and epidemiological in Latin American countries.

Key words:
Validation, Personal Health Scale, Mental health.

INTRODUCCIÓN

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan cerca de un 12% de la carga global de las enfermedades y se estima que en el año 2020 representarán un 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad¹. Estudios en las últimas décadas demuestran que uno de cada cuatro pacientes que asisten a servicios de salud tiene al menos un problema mental, neurológico o del comportamiento, pero la mayoría de estos trastornos no son diagnosticados ni tratados².

La mayoría de individuos afectados por un trastorno mental son atendidos por primera vez en servicios de salud general, encontrándose que con frecuencia los médicos no-psiquiatras no reconocen correctamente los problemas mentales, en particular cuando se encuentran asociados a sintomatología somática³⁻⁶. Además, se reconoce que existe una relación compleja y recíproca entre los trastornos físicos y mentales, siendo que los trastornos mentales conllevan a un estado de salud somática deficiente y, a la inversa, las patologías somáticas crónicas tienen una probabilidad elevada de desarrollar un trastorno mental tal como la depresión¹.

Es por ello que el desarrollo de instrumentos para la detección de casos de salud mental continúa siendo un objetivo de interés en atención primaria. Este estudio presenta los resultados de la validación de un nuevo instrumento desarrollado para la detección de posibles casos de patología mental, la Escala de Salud Personal (ESP), en dos ciudades Latinoamericanas, Buenos Aires-Argentina y Caracas-Venezuela.

La estructura de la ESP, metodología de validación y datos sobre su facilidad de aplicación y tiempo requerido, estructura interna y validez discriminativa, se exponen a continuación.

La Escala de Salud Personal (ESP)

La ESP es un instrumento breve, compuesto por 10 ítems que incluyen: seis preguntas sobre quejas somáticas y psicológicas, tres sobre funcionamiento adaptativo y una de auto-evaluación sobre el reconocimiento de la presencia de problemas emocionales y la necesidad de ayuda profesional⁷. Los seis primeros ítems (sintomatología somática y psicológica) fueron derivados del análisis correlacional de una base de datos sobre evaluaciones realizadas con el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) en Nicaragua^{8, 9}, seleccionándose los ítems que correlacionaron altamente con la presencia de enfermedad mental. Los tres ítems sobre funcionamiento adaptativo evalúan áreas claves del funcionamiento ocupacional, familiar y social en general, derivados de un estudio observacional concerniente al funcionamiento como un

factor discriminante entre individuos con y sin enfermedad mental¹⁰. El último ítem, de autoevaluación, es consistente con teorías que dan importancia a la auto-percepción del individuo acerca de la presencia de problemas y su necesidad de atención^{11, 12}. Los ítems se califican de acuerdo a su frecuencia de presentación durante el último mes: 0= Nunca, 1= A veces y 2= Siempre. El puntaje total puede oscilar entre 0 y 20.

La versión en español de la ESP fue validada por primera vez en León-Nicaragua⁷ y luego en Lima-Perú¹³. Cuatro versiones idiomáticas; incluyendo inglés, español, chino y coreano han sido estudiadas en la ciudad de Nueva York-Estados Unidos¹⁴⁻¹⁷. De manera adicional, una versión en portugués fue estudiada en Brasil¹⁸.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

Se reclutaron pacientes en dos ciudades Latinoamericanas: Buenos Aires-Argentina, entre Enero y Diciembre del 2004, y Caracas-Venezuela, entre Febrero del 2004 y Febrero del 2005. Se procedió a enrolar a los sujetos luego de obtener la autorización de las instituciones locales para llevar a cabo el estudio, y durante la conducción del mismo, se siguieron las normas éticas internacionales para investigación en sujetos humanos.

En ambas ciudades se buscaron muestras similares de pacientes psiquiátricos que cumplieran criterios diagnósticos de algún trastorno mental en eje I del diagnóstico multiaxial según el DSM IV y de individuos sin patología psiquiátrica conocida (controles) compuestos de estudiantes y/o profesionales de salud. Los criterios de inclusión generales fueron los siguientes: Sujetos entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, y que fueran capaces de firmar el consentimiento informado desarrollado para la participación en este estudio. Fueron excluidos del estudio aquellos individuos incapaces de dar consentimiento debido a patología extrema, deficiencias cognitivas o iletrados.

En Argentina, la muestra de pacientes psiquiátricos se recolectó en los servicios ambulatorios del instituto de Asistencia Psicopatológica Integral (API), en colaboración con el personal profesional y estudiantes de la Universidad de Belgrano, e incluyó pacientes psiquiátricos ambulatorios, reclutados por el autor principal en su práctica privada y en el servicio de consulta ambulatoria de API (n=50, Edad media = 42,40 años, Desviación Estándar (DE)=14,22; 64% mujeres). La muestra control incluyó un subgrupo de estudiantes avanzados de Medicina de la Universidad de Belgrano y profesionales de la salud mental trabajando en consulta externa de API (n=50; Edad media = 33,66 años, DE = 9,94; 72% mujeres).

Tabla 1	Facilidad de uso para la ESP, percibida por el sujeto y por el entrevistador							
	ARGENTINA				VENEZUELA			
	Percibida por el sujeto		Percibida por el entrevistador		Percibida por el sujeto		Percibida por el entrevistador	
Gradación de la facilidad de uso	Pacientes (n=50)	Controles (n=50)	Pacientes (n=50)	Controles (n=50)	Pacientes (n=77)	Controles (n=50)	Pacientes (n=77)	Controles (n=50)
Muy fácil	70%	80%	80%	78%	99%	96%	100%	100%
Algo fácil	18%	20%	12%	22%	1%	4%	0%	0%
Algo difícil	12%	0%	8%	0%	0%	0%	0%	0%
Muy difícil	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

En Venezuela, la muestra de pacientes psiquiátricos incluyó adultos referidos para evaluación por orden judicial en el Servicio Social de los Tribunales de Protección del Niño y del Adolescente, la Unidad Nacional de Psiquiatría Infantil "Dra. Alecia Bello Peña" (UNPI) del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el Centro Integral para la Estimulación Cognitiva y Comunicativa (CIPECC), así como de la práctica privada del investigador principal (n = 77; Edad media = 40,69 años, DE = 11,12; 77% mujeres). La muestra control incluyó profesionales de salud mental y servicio social trabajando en servicios ambulatorios de los centros anteriormente listados (n=50; Edad media = 35,69 años, DE = 7,88; 78% mujeres).

Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos: un cuestionario para colección de datos demográficos, la ESP y un formato para documentar el tiempo requerido y evaluar la facilidad/dificultad para responder la ESP. Siendo la ESP un instrumento de auto-reportaje, los entrevistados actuaron únicamente como observadores durante su administración y respondieron a las preguntas que los sujetos del estudio pudieran tener sobre el contenido y marcado de los ítems.

Análisis de los datos

Se evaluaron y analizaron estadísticamente los siguientes parámetros:

- Tiempo requerido y aplicabilidad en pacientes y controles.
- Estructura interna: a) Consistencia interna: se analizó en términos del Coeficiente α de Cronbach para los 10 ítems del instrumento en ambos países. b) Análisis factorial: la estructura factorial se analizó utilizando el análisis de componentes principales como método de extracción limitándolo a un factor,

- Validez discriminativa: se analizó comparando las medias entre los puntajes de pacientes y controles. Se buscaron los mejores puntos de corte para determinar la probable presencia de un trastorno mental utilizando el área bajo la curva ROC y calculando el Número-Necesario-para-Diagnosticar (NND = $1/[\text{Sensibilidad}-(1-\text{Especificidad})]$)¹⁹.

Todos los análisis estadísticos se hicieron con el paquete estadístico SPSS. Se consideró como significancia estadística el $p < 0,05$.

RESULTADOS

Tiempo requerido y facilidad de uso

En Argentina, el tiempo promedio para completar la ESP fue de 3,42 minutos (DE=0,98) para la muestra de pacientes, 1,87 minutos (DE=1,41) para muestra control y 2,65 minutos (DE=1,44) para la muestra total. Mientras que en Venezuela, los pacientes necesitaron en promedio 2,2 minutos (DE=0,50), los profesionales 1,7 minutos (DE=0,62); siendo 2 minutos (DE=0,61) el promedio de tiempo requerido para el total de esa muestra.

La tabla 1 muestra los resultados de la variable facilidad de uso, percibido separadamente por los sujetos y los entrevistadores (como observadores del uso del instrumento). En ambos países, la gran mayoría de sujetos (88-100%) y los entrevistadores (92-100%), juzgó a la ESP como "algo fácil" o "muy fácil" de usar.

Estructura Interna

- Consistencia Interna: Se encontró que el α de Cronbach para los diez ítems de la ESP fue de 0,77 (siendo el máximo valor de 1) tanto en la muestra de Argentina

- (N=100) como en la de Venezuela (N=127).
- b. El análisis factorial (análisis de componentes principales, limitando la extracción a un factor) de los diez ítems para las muestras de ambos países, los resultados

de la estructura factorial y porcentaje de la varianza explicada por el factor se muestran en la tabla 2. Es de notar que 8 o más de los 10 ítems en cada muestra tienen cargas de más de 0,4 en el factor.

Tabla 2	Estructura Factorial de la ESP para las muestras en Argentina (N=100) y Venezuela (N=127), análisis de componentes principales con extracción limitada a 1 factor.	ARGENTINA ^A		VENEZUELA ^B	
		ÍTEMS		Factor 1	Factor 1
	1. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	0,602	0,382		
	2. ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?	0,339	0,522		
	3. ¿Se ha sentido nervioso o tenso?	0,640	0,608		
	4. ¿Se ha sentido triste?	0,654	0,633		
	5. ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?	0,780	0,682		
	6. ¿Se ha sentido cansado?	0,505	0,308		
	7. ¿Ha faltado a su trabajo o bajado su rendimiento? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa)	0,547	0,520		
	8. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse o hacer actividades con sus familiares?	0,482	0,735		
	9. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse con sus amigos y vecinos?	0,415	0,582		
	10. ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y requiere atención profesional?	0,700	0,688		
	Porcentaje de la varianza explicada por el factor	33,730 %	33,710 %		
^A KMO Método de suficiencia de muestreo: 0,752. Test de Esfericidad de Bartlett: Sig.= 0,000 ^B KMO Método de suficiencia de muestreo: 0,787. Test de Esfericidad de Bartlett: Sig.= 0,000					

Tabla 3	Validez discriminativa de la ESP, comparación de los puntajes medios para el puntaje total y ítems individuales.	ARGENTINA		VENEZUELA	
		ÍTEMS		Pacientes (n=50)	Controles (n=50)
	1. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	0,76*	0,62*	1,06	0,52
	2. ¿Se ha asustado o alarmado con facilidad?	0,56	0,30	0,56	0,28
	3. ¿Se ha sentido nervioso o tenso?	1,04*	0,94*	0,95	0,66
	4. ¿Se ha sentido triste?	0,92*	0,69*	0,71*	0,60*
	5. ¿Le ha sido difícil disfrutar de sus actividades diarias?	0,82	0,52	0,47	0,18
	6. ¿Se ha sentido cansado?	1,14	0,86	0,99*	1,04*
	7. ¿Ha faltado a su trabajo o bajado su rendimiento? (Como trabajador remunerado, estudiante o en casa)	0,46*	0,28*	0,27	0,10
	8. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse o hacer actividades con sus familiares?	0,64	0,34	0,52	0,14
	9. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse con sus amigos y vecinos?	0,66	0,26	0,25*	0,14*
	10. ¿Ha sentido que tiene problemas emocionales y requiere atención profesional?	0,94	0,60	0,62	0,30
	Puntaje total medio	7,84	5,40	6,44	4,02
* No se halló diferencia estadísticamente significativa (p<0,05) entre pacientes y controles.					

Tabla 4 Mejores puntos de corte para el puntaje total de la ESP. Sensibilidad, 1-Especificidad, Numero-Necesario-para-Diagnosticar (NND).

ARGENTINA (n=100)				VENEZUELA (n=127)				TOTAL (N=227)			
Punto de corte	Sens.	1 – Espec.	NND	Punto de corte	Sens.	1 – Espec.	NND	Punto de corte	Sens.	1 – Espec.	NND
0,50	0,940	0,980	-25,00	0,50	1,000	0,960	25,00	0,50	0,976	0,970	166,67
1,50	0,940	0,960	-50,00	1,50	0,974	0,880	10,64	1,50	0,961	0,920	24,39
2,50	0,880	0,800	12,50	2,50	0,857	0,780	12,99	2,50	0,866	0,790	13,16
3,50	0,820	0,700	8,33	3,50	0,766	0,580	5,38	3,50	0,787	0,640	6,80
4,50	0,800	0,560	4,17	4,50	0,649	0,360	3,46	4,50	0,709	0,460	4,02
5,50	0,700	0,440	3,85	5,50	0,506	0,240	3,76	5,50	0,583	0,340	4,12
6,50	0,620	0,320	3,33	6,50	0,390	0,080	3,23	6,50	0,480	0,200	3,57
7,50	0,560	0,260	3,33	7,50	0,325	0,040	3,51	7,50	0,417	0,150	3,75
8,50	0,420	0,140	3,57	8,50	0,273	0,040	4,29	8,50	0,331	0,090	4,15
9,50	0,320	0,100	4,55	9,50	0,234	0,020	4,67	9,50	0,268	0,060	4,81
10,50	0,260	0,040	4,55	10,50	0,143	0,020	8,13	10,50	0,189	0,030	6,29
11,50	0,180	0,020	6,25	11,50	0,104	0,020	11,91	11,50	0,134	0,020	8,77
12,50	0,140	0,020	8,33	12,50	0,065	0,000	15,39	12,50	0,094	0,010	11,91
13,50	0,120	0,020	10,00	14,00	0,039	0,000	25,64	13,50	0,071	0,010	16,39
14,50	0,060	0,020	25,00	16,00	0,026	0,000	38,46	14,50	0,047	0,010	27,03
15,50	0,040	0,020	50,00	18,00	0,013	0,000	76,92	15,50	0,031	0,010	47,62
17,00	0,020	0,000	50,00	20,00	0,000	0,000		16,50	0,024	0,000	41,67
19,00	0,000	0,000						17,50	0,016	0,000	62,50
								18,50	0,008	0,000	125,00
								20,00	0,000	0,000	

Validez discriminativa

Los resultados del estudio de validez discriminativa de la ESP se muestran en la tabla 3. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa, entre las sub-muestras de pacientes psiquiátricos y controles, para la media de los puntajes totales ($p=0,001$) en ambos países. En cuanto a los ítems individuales, se encontró también una diferencia estadísticamente significativa para la mayoría de ellos ($p<0,05$), con excepción de los ítems 1, 3, 4 y 7 en Argentina y los ítems 4, 6 y 9 en Venezuela.

El área bajo la curva ROC fue calculada para las muestras de cada país y para la muestra total, encontrándose 0,683 en Argentina, 0,691 en Venezuela y 0,671 para la suma de sujetos en ambos países. La selección de los mejores puntos de corte basados en el menor NND se muestran en la tabla 4, donde se observa que el mejor punto de corte para discriminar entre posibles casos de trastornos mentales e individuos sanos sería 6/7.

DISCUSIÓN

La ESP fue desarrollada tomando en cuenta tres aspectos importantes de la salud mental: sintomatología frecuente, funcionamiento adaptativo y la opinión del individuo sobre la presencia de problemas y de sentirse en necesidad de ayuda profesional⁷; con el objetivo de ser un instrumento de tamizaje breve para ser utilizado en múltiples lenguajes y en diferentes servicios de atención médica.

Su utilización exitosa en Nicaragua⁷ y Perú¹³, así como en muestras de diferentes grupos étnicos en Nueva York¹⁴⁻¹⁷ y la versión en portugués en Brasil¹⁸ ha sido documentada en estudios previos. Este estudio presenta los datos psicométricos de la ESP en dos muestras de países latinoamericanos.

Se documenta la facilidad de aplicación de la ESP en Argentina y Venezuela, encontrándose que la mayoría de sujetos entrevistados (88-100%) encuentran al instrumento como "algo" o "muy fácil" de utilizar. Así mismo, los entre-

vistadores juzgaron al instrumento también como fácil de usar (92-100%). Adicionalmente, se encontró que el tiempo promedio requerido para su aplicación es menor de 3 minutos. Otros estudios también documentan su brevedad, encontrando, en general, tiempos de aplicación promedios menores a 3 minutos en las muestras en Nueva York¹⁴⁻¹⁷ y de la versión en portugués¹⁸.

La estructura interna de la ESP mostró un alto α de Cronbach (0,77) en ambos países, demostrando la coherencia de los ítems del instrumento alrededor del concepto de salud mental. Los resultados en los estudios anteriormente mencionados reportan valores del alfa entre 0,75 - 0,94¹⁴⁻¹⁷. Escalas breves como la versión de 12 ítems del *General Health Questionnaire* (GHQ-12), usada en poblaciones y lenguas diversas, reportan coeficientes α de Cronbach de 0,85 - 0,89 (20-23). El análisis factorial (componentes principales) de los 10 ítems de la ESP limitado a un factor muestra que la mayoría de ítems están representados en el componente extraído.

Para estudiar la validez discriminativa de la ESP en ambas muestras, un grupo de pacientes psiquiátricos se comparó con un grupo de controles (estudiantes y profesionales de salud) sin patología mental conocida. El presente estudio demostró su capacidad para discriminar entre ambos grupos con diferentes niveles de salud mental en cada país; siendo estos resultados similares a los estudios realizados en Nueva York y Brasil¹⁴⁻¹⁸, donde se incluyeron también muestras de pacientes psiquiátricos y estudiantes/profesionales de la salud. En Nicaragua⁷ y Perú¹³ se utilizó un diseño similar, pero como controles se utilizaron, respectivamente, trabajadores varones recibiendo servicios en una clínica ambulatoria y personal hospitalario no-médico, documentándose en ambos casos resultados similares en cuanto a su capacidad discriminativa. El análisis del área bajo la curva ROC permitió escoger los mejores puntos de corte para discriminar los posibles casos de trastorno mental de individuos sanos, siendo que un puntaje igual o mayor a 7 tiene aproximadamente una Sensibilidad de casi 50% y una Especificidad del 80%, analizado en la totalidad de la muestra.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que la ESP es un instrumento eficiente, fácil de usar, breve (menos de 3 minutos para completarlo), tiene una alta consistencia interna, adecuada estructura interna, y es capaz de discriminar entre muestras de pacientes psiquiátricos e individuos sin patología mental

Los resultados documentados en la validación de este instrumento lo proponen para su uso en atención primaria, investigación clínica, así como investigación epidemiológica en Argentina y Venezuela, pudiéndose generalizar al resto de Latinoamérica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud: Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. El Contexto de la Salud Mental. Editores Médicos, S.A., EDIMSA, 2005. Revisado el 24 de enero del 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf
2. World Health Organization: Mental Health. The bare facts. Revisado el 24 de enero del 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/en/index.html
3. Harding T, De Aragón J, Baltazar J, et al. Mental disorders in primary care health: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10: 231-41.
4. Joukamaa M, Lehtinen V, Karlsson H. The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91: 52-6.
5. World Health Organization: The WHO education package on mental disorders in primary health care. WHO/MSA/MNH/EAC/98.1. Geneva, 1998.
6. De la Grecca R, Zapata-Vega MI, Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G: Manejo de pacientes con trastornos mentales en servicios ambulatorios de medicina general en tres hospitales de Lima. *Revista Médica Herediana* 2005;16: 246-52
7. Mezzich JE, Caldera JT, Berganza CE: Psychiatric diagnosis in primary care and the Personal Health Scale. In: Biegel A, Lopez-Ibor JJ, Costa e Silva JA, eds. *Past, Present and Future of Psychiatry*. Singapore: World Scientific Publishing; 1994
8. Penayo U, Kullgren G, Caldera JT: Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990;82: 82-5.
9. Penayo U, Caldera JT, Jacobsson L: Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1992;113: 137-49.
10. Mezzich JE: An empirical prototypical approach to the definition of psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry* 1989;154: 42-5.
11. Allport GW: *The Person in Psychology*. Boston, Mass.: Beacon Press, 1968.
12. Strauss JS: The Person-Key to understanding mental illness: Towards a new dynamic psychiatry, III. *British Journal of Psychiatry* 1992;161(suppl 18):19-26.
13. Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G, de la Grecca R, Llanos JP, Hernández J: Estudio de Validación de la Escala de Salud Personal (ESP) en Lima, Perú. *Psiquiatría y Salud Integral* 2001;1: 54-8.
14. Mezzich JE, Ruiperez M, Zapata-Vega MI, Gasca V, Yoon G: Validation Study of the English Version of the Personal Health Scale in New York City. Presented at the WPA International Congress, Caracas, October 2003.
15. Mezzich JE, Ruiperez M, Zapata-Vega MI, Gasca V, Yoon G: Presentation and Validation of the Latino Version of the Personal Health Scale (PHS-La) in New York. Presented at the WPA International Congress, Caracas, October 2003.
16. Mezzich JE, Liu J, Ruiperez M, Zapata-Vega MI, Gasca V: Presentation and Validation of the Chinese Version of the Personal Health Scale (PHS-Ch) in New York City. Presented at the WPA International Congress, Caracas, October 2003.
17. Mezzich JE, Yoon G, Ruiperez M, Zapata-Vega MI, Gasca V: Presentation and Validation of the Korean Version of the Personal Health Scale (PHS-Kr) in New York. Presented at the WPA International Congress, Caracas, October 2003.
18. Zubaran C, Ioppi AEE, Tarso D, Persch KN, Mezzich JE: Estudo de Validacao da versao em portugues da Escala de Sude Pessoal. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*. 2004;98: 53.

19. Bandolier: How Good is That Test II. Bandolier Evidence-based health care 1996;27: 64-6.
20. Garcia Viniegas CR: Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999; 15: 88-97.
21. Makowska Z, Merez D: The usefulness of the Health Status Questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers. Medycyna Pracy 2000;51: 589-601.
22. Daradkeh TK, Ghubash R, el-Rufaie OE: Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of the 12-item General Health Questionnaire. Psychological Reports 2001;89: 85-94.
23. Lopez-Castedo A, Fernandez L: Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. Perceptual and Motor Skills 2005;100: 676-80.