

Estudio de validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg

Validity study of the Montgomery and Asberg's depression scale

*R. MARTINEZ GALLARDO, **M. BOURGEOIS, ***F. PEYRE, ****A. LOBO

RESUMEN

Derivada del cuestionario psicopatológico C.P.R.S., aparece en 1979 la "Montgomery Asberg Depression Rating Scale" concebida por sus autores como un instrumento altamente sensible para detectar los cambios en la sintomatología depresiva de los pacientes. Validada por sus autores originales en Inglaterra y Suecia, presentamos en este artículo un estudio de validación realizado sobre 147 pacientes franceses hospitalizados y diagnosticados de un trastorno afectivo según el DSM III.

Obtuvimos resultados similares a los estudios precedentes que confirman una validez superior (sensibilidad = 94%, especificidad = 75% y mal clasificados = 6%), una más alta fiabilidad interexaminadores ($K = 0,41$ $KW = 0,81$) y sobre todo una mayor sensibilidad al cambio ($S = 0,64$ y $0,59$) que las escalas de Hamilton y Beck consideradas hasta ahora como de referencia en su género.

SUMMARY

Derived from the CPRS psychopathological test, "Montgomery Asberg Depression Rating Scale", appears in 1979, designed by its authors as a highly sensitive instrument to detect the changes produced in the depressive symptomatology of the patients. Validated by its original authors in England and Sweden, we report, in this article, a validation study carried out in 147 french patients hospitalized and diagnosed of an affective disorders, according to DSM III.

We report similar results to previous studies, showing a higher validity (sensitivity = 94%; specificity = 74% and miss classified = 6%) a higher interrater reliability ($K = 0,41$ and $KW = 0,81$) and above all, a better sensitivity to change ($0,59$ for the whole sample and $0,64$ using Feighner's criteria) than both Hamilton and Beck's scales, regarded as a reference in their class.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Psicometría, Madrs. Escalas Psicopatológicas, Cuantificación de la depresión, Sensibilidad al cambio

*Médico Adjunto. **Catedrático. ***Jefe de Sección. Servicio Universitario de Psiquiatría del Adulto. «Hospital Charles Perrens» Burdeos, Francia. ****Profesor Titular de Psiquiatría y Jefe de Servicio del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Correspondencia: Ricardo Martínez Gallardo, Sección de Salud Mental de la Delegación Territorial de Bienestar Social, c/ Nicolás Rabal, 7, 42071 Soria.

Fecha recepción: Octubre 89
Fecha aceptación: 6-3-91

KEY WORDS

Depression, Psychometry, Madrs scale, Psychopathological scales, Depression Quantification, Sensitivity to change.

(*Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991; 11: 9-14)

INTRODUCCION

En 1976 el "Swedish Medical Concil" encarga al equipo de Marie Asberg la realización de un cuestionario capaz de evaluar principalmente el conjunto de variables psicopatológicas susceptibles de modificarse bajo el efecto de los tratamientos psiquiátricos. Así nace el "C.P.R.S." (Comprehensive Psycho-pathologie Rating Scale) compuesto por 67 items que exploran tanto los síntomas expresados por el paciente como los observados por el examinador. (Asberg y Cols. 1979).

Sus autores fueron muy meticulosos a la hora de formular cada ítem de manera clara y simple, sin ambigüedades, con objeto de evitar al máximo las ingerencias e interpretaciones personales del observador. Para ello excluyeron ciertos subjetivos como: rasgos de carácter, aspectos socio-culturales o ciertos términos que designan a la vez un síndrome y un síntoma (ansiedad, depresión...).

El C.P.R.S., como tantos otros cuestionarios psicopatológicos, evoluciona hacia subescalas más cortas y de más fácil utilización que exploran áreas más precisas de la patología psiquiátrica. Por el momento, tres de ellas se encuentran reconocidas la M.A.D.R.S. (depresión), C.P.R.S. —(esquizofrenia) y la escala de Tyrer (ansiedad), cuya utilización empieza a generalizarse en los trabajos de investigación.

La creación de nuevos instrumentos de medida es interesante siempre y cuando éstos posean unas prestaciones superiores a los utilizados como referencia y para ello resulta imprescindible realizar estudios comparativos sobre un número suficiente de pacientes para validar los resultados.

Según estas premisas se realizó un estudio comparativo entre las escalas de depresión de Montgomery y Asberg y la de Hamilton (referencia en su género para la mayoría de los autores) con la hipótesis inicial de que la Madrs posea

una mejores características para cuantificar la depresión y sobre todo una mayor sensibilidad al cambio de la sintomatología depresiva (fundamental en los protocolos de investigación).

A. MATERIAL Y METODOS

Nuestro estudio fue realizado sobre una muestra de pacientes franceses hospitalizados en el Servicio Universitario de Psiquiatría de Burdeos durante dieciséis meses. En ese tiempo se registraron 309 admisiones de las que 80 (25,8%) fueron readmisiones (eliminados de nuestro estudio) y de los 229 restantes fueron seleccionados 147 (64,1%) que presentaban un trastorno afectivo.

Todos los pacientes fueron seleccionados según los criterios D.S.M. III, siendo el diagnóstico revisado al final del protocolo. Para precisar dicho diagnóstico se utilizó el índice de Newcastle II.

La evaluación de los pacientes se realizaba al menos tres días después de la admisión, a fin de que el paciente quedara libre de medicación psioctópica, utilizando las escalas de Montgomery y Asberg (Madr) y Hamilton (HDRS-17) en el transcurso de una entrevista semiestructurada derivada del PS de WING y adaptada a las características del protocolo. A dicha entrevista asistían dos observadores que posteriormente completaban las escalas por separado para evitar la contaminación de los resultados. Un tercer observador, tras una entrevista libre, emitía un juicio clínico global de la severidad de la depresión según el C.G.I. (Clinical Global Impression) de Spitzer. El cuestionario de BECK (BDI-13) era cumplimentado por el propio paciente después de ambas entrevistas.

Todos los pacientes incluidos en nuestro estudio recibieron un tratamiento antidepresivo (electroconvulsivoterapia, quimioterapia y/o psicoterapia) y fueron evaluados de nuevo antes de ser dados de alta utilizando un proceso similar al de su admisión.

B. RESULTADOS

La muestra quedó constituida finalmente por 147 pacientes (105 mujeres y 42 hombres) con edades comprendidas entre los 20 y los 83 años siendo la media de edad de 46,1 años (desviación típica 14,67).

TABLA I

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS SEGUN LA TIPOLOGIA DSM III

Diagnósticos DSM III	N.º Pacientes	Porcentaje
Dep. Mayor sin Melancolía	63	42%
Dep. Mayor con Melancolía	32	21%
Trastornos bipolares	16	11%
Trastornos Distímicos	12	8%
Otro	24	16%

TABLA II

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS SEGUN EL INDICE DE NEWCASTLE II

NEWCASTLE II	N.º Pacientes	Porcentaje
Endógenas	65	44%
Reactivos	82	55%

La distribución de los diagnósticos según la tipología DSM III y el índice de NewCastle II aparece reflejada en las Tablas I y II. Existe un predominio significativo de episodios depresivos mayores (63%) y depresiones endógenas (44%) respectivamente.

Se realizaron un total de 283 mediciones con cada una de las escalas: 147, el total de la muestra, en la admisión y 136 en el momento del alta. A partir de estas observaciones se estudió la validez de ambas escalas (Tabla III) con presencia de mejores coeficientes de sensibilidad, especificidad y mal clasificados para la MADRS.

TABLA III

INDICES DE VALIDEZ DE CADA UNA DE LAS ESCALAS RESPECTO AL CGI DE SPITZER

Coefficiente de Validez	MADRS	HDRS	BECK
Sensibilidad	94%	90%	55%
Especificidad	75%	72%	62%
Mal clasificados	6%	10%	44%

Establecidas las correlaciones entre las notas globales de cada una de las escalas mediante la "r de Pearson" (Tabla IV), resaltan los buenos coeficientes de correlación entre la MADRS y HDRS (0,74); MADRS y CGI (0,72) y HDRS y CGI (0,66).

TABLA IV

CORRELACIONES ENTRE LOS PUNTUAJES GLOBALES DE LAS DIFERENTES ESCALAS

Correlación	Admisión	Alta
MADRS/HDRS	0,74	0,63
MADRS/CGI	0,72	0,45
MADRS/BDI	0,41	0,67
HDRS/CGI	0,66	0,28
HDRS/BDI	0,22	0,60
BDI/CGI	0,24	0,21

La fiabilidad interexaminadores, según los coeficientes Kappa y Kappa ponderado de Cohen (Tabla V), produce cifras suficientemente altas y algo más elevadas en el momento del alta que en la admisión para ambas escalas. La MADRS posee coeficientes de fiabilidad algo más elevados que la HDRS (admisión: 0,41/0,36 y 0,81/0,78; alta: 0,69/0,65 y 0,84/0,83).

TABLA V

COEFICIENTES DE FIABILIDAD PARA CADA UNA DE LAS ESCALAS

Fiabilidad	Admisión		Alta	
	K	KW	K	KW
MADRS	0,41	0,81	0,69	0,84
HDRS	0,36	0,78	0,65	0,83

Por último, como coeficiente más importante, calculamos la sensibilidad al cambio de la sintomatología depresiva, obtenida estableciendo la diferencia de los puntajes entre la admisión y el alta, nota global, de cada escala y esa misma diferencia aplicada al juicio clínico. Luego establecimos la correlación, según la "r de Pearson", entre ambas series de diferencias (Tabla VI). En este apartado nuestros resultados: 0,64 para la MADRS y 0,57 para la HDRS, mantienen la tendencia del estudio inicial y confirman nuestras hipótesis.

C. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La muestra seleccionada, constituida por 147 pacientes hospitalizados, aunque no excesivamente amplia, es suficientemente homogénea y relevante para garantizar la validez de los resultados obtenidos a pesar de la ausencia de población sana de referencia con la que comparar nuestros resultados.

En cuanto a la distribución de los diagnósticos según el DSM III (Tabla I), observamos una mayoría significativa de episodios depresivos mayores (70%) con un alto porcentaje de depresiones con melancolía (21%); porcentajes ambos inhabituales en la mayoría de los estudios referidos a la depresión.

La peculiaridad en el reclutamiento de pacientes de nuestra unidad (tentativa de suicidio, depresiones resistentes o de larga evolución) justificaría las diferencias de porcentajes con estudios como el de Pellet y Col (1986) que comunican cifras del 24% para el total de depresiones mayores, 2,5% para los episodios con melancolía y 45% para las distimias.

El índice de Newcastle II (Tabla II) ofrece un 41% de depresiones endógenas, elevado porcentaje si lo comparamos con el 22% obtenido por los creadores del índice Carney y Roth (1965) o con el 30% obtenido por los reformadores de dicho instrumento Gurney y Roth (1983), ambos estudios realizados sobre muestras de pacientes hospitalizados. Estos resultados y los obtenidos con el DSM III hablarían de

una importante homogeneidad de la muestra utilizada.

Tanto la MADRS como la HDRS, a pesar de no ser instrumentos de "Screening", presentan unos elevados coeficientes de sensibilidad, especificidad y mal clasificados, cuando comparamos las notas globales de dichas escalas con las impresiones clínicas obtenidas con el CGI (Tabla III). Estos coeficientes son similares a los obtenidos por Lobo y Col (1986) con instrumentos propiamente de "Screening" como el G.H.Q. de Golberg y el M.E.C. con los que intentaban detectar los casos psiquiátricos en una encuesta sobre población sana y enfermos somáticos. La comparación precedente no parecería la más adecuada debido al alto porcentaje de patología en nuestra muestra. Este aspecto podría restar fiabilidad a dichos coeficientes de validez, pro las significativas correlaciones entre los resultados de ambas escalas y el CGI (0,72 y 0,66), que no están influenciadas por la prevalencia, les confieren solidez.

En cuanto al resto de las correlaciones (Tabla IV) tendremos en cuenta, principalmente, las obtenidas entre las diferentes escalas y el juicio clínico. Así la MADRS presenta mejores correlaciones con el CGI que la HDRS o la BDI, tanto en la admisión (0,74; 0,66; 0,24) como en el alta (0,45; 0,28; 0,21). Esto significaría que la medida de la depresión obtenida con la MADRS es más representativa de la intensidad del síndrome depresivo que la obtenida con la HDRS o la BDI.

La fiabilidad interexaminadores (Tabla V) calculada por comparación entre las puntuaciones de dos clínicos que administran independientemente el instrumento, muestra mejores coeficientes tanto en la admisión como en el alta para las MADRS que para la HDRS (0,81/0,78 y 0,84/0,83). Esta circunstancia conferiría a los resultados obtenidos con el instrumento de Montgomery y Asberg un valor "per se" como reflejo de la intensidad de la depresión independientemente del observador. Destacaremos los mejores coeficientes obtenidos en el alta respecto a la admisión, situación lógica si consideramos que el acuerdo interexaminadores es mayor cuanto menor es la nota de la escala. Los resultados obtenidos por Montgomery y Asberg (1979) en su estudio inicial son sensiblemente más elevados (0,92/0,89 y 0,95/0,98), lo que podría explicarse por su mayor rigor en los plazos de evaluación de los pacientes (siempre cada 28 días).

El tema central de nuestro estudio lo constituye la sensibilidad al cambio en la sintomatología depresiva del paciente. En este aspecto, los son concluyentes (Tabla VI) y tanto para el total de la muestra como para cada uno de los subtipos diagnósticos por separado, la sensibilidad al cambio de la MADRS (0,64 y 0,59) es superior a la de HDRS (0,57 y 0,49) y a la de BDI (0,26 y 0,26). Estos resultados se ven confirmados por Montgomery y Asberg (1979) con sensibilidad de 0,70 para MADRS y 0,50 para HDRS. Un estudio posterior de Lemperier (1984) discrepa de nuestros resultados y obtiene resultados similares para MADRS y HDRS (0,75 y 0,74) y algo menor para BDI (0,57), todo ello en una muestra de 79 pacientes seleccionados únicamente según el juicio clínico, lo que en principio resta fiabilidad a sus resultados.

Knesevich en 1977 propuso para mejorar la sensibilidad de la HDRS, la utilización de 6 ítems únicamente (1, 2, 7, 8, 10 y 13) con lo que mejora el coeficiente de 0,68 a 0,72.

TABLA VI

SENSIBILIDAD AL CAMBIO PARA CADA UNA DE LAS ESCALAS Y COMPARANDO CON EL ESTUDIO ORIGINAL DE MONTGOMERY Y ASBERG

Sensibilidad al cambio	Montg. y Asberg	Martinez (1989)	
	1979 (criterios Feighner)	C. Feighner	DSM III
MADRS	0,70	0,64	0,59
HDRS	0,59	0,57	0,49
BDI	—	0,26	0,26

Este autor propone usar esta escala reducida en los protocolos de investigación sobre la depresión.

Tomando como base los coeficientes de sensibilidad al cambio anteriormente referidos y apoyándonos en aquellos resultados que siguen la misma tendencia, podríamos afirmar que la escala de depresión diseñada por Montgomery y Asberg (MADRS) detectaría de manera más eficaz la mejoría o el empeoramiento de la sintomatología depresiva del paciente que otras escalas hasta ahora consideradas de referencia como la de Hamilton (HDRS) o la de Beck (BDI) avaladas por una amplia experiencia internacional.

D. CONCLUSION

Según indican los resultados que acabamos de comentar, la escala de Montgomery y Asberg, reúne una serie de características que le convierten en un instrumento adecuado para la cuantificación del fenómeno depresivo, superior al menos en algunos aspectos, a las escalas de Hamilton y de Beck.

Los datos anteriores sugieren que la escala de Montgomery y Asberg es un instrumento altamente interesante para evaluar la depresión (más validez), independientemente del observador (mayor fiabilidad interexaminadores) y especialmente dotada para cuantificar los cambios del estado depresivo (mejor sensibilidad al cambio), también en pacientes franceses.

Con nuestros resultados como base y con los obtenidos por otros autores en pacientes ingleses y suecos no parece aventurado afirmar que resultados similares podrían obtenerse en pacientes españoles, lo que favorecería la incorporación de este instrumento a la práctica cotidiana de nuestro país.

En anexo presentamos la versión española (homologada por sus autores originales) de la escala de Montgomery y Asberg, lo que supone un primer paso para una más amplia difusión de este instrumento en nuestro medio.

ESCALA DE MONTGOMERY Y ASBERG

Versión española homologada por R. Martínez Gallardo y cols.

La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El entrevistador debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2,4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5). Debe señalarse que solo raras veces un paciente deprimido no puede evaluarse con los items de esta escala; si no pueden obtenerse respuestas adecuadas y definitivas del enfermo, deben utilizarse todos los datos relevantes así como otras fuentes de información, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

La escala puede usarse con intervalos de tiempo diferentes entre las evaluaciones, ya sea semanalmente o de otra forma, pero siempre debe ser señalado el intervalo.

1.º TRISTEZA MANIFIESTA

Se refiere a abatimiento, desánimo, desesperación (algo más que un común y pasajero desánimo) que se refleja en el habla, en la expresión facial y en la actitud. La puntuación se basa en la intensidad y en la capacidad de animarse o alegrarse.

0) No hay tristeza.

1)

2) Parece desanimado, pero se anima o alegra sin dificultad.

3)

4) Parece triste y poco feliz la mayor parte del tiempo.

5)

6) Parece muy triste y desdichado todo el tiempo, extremadamente abatido.

2.º TRISTEZA SUBJETIVAMENTE EXPRESADA

Se refiere a las quejas del paciente respecto a su estado de ánimo deprimido (independientemente de que éste se refleje en su apariencia). Incluye estar bajo, de ánimo, desmoralizado, desesperado, con la creencia de que no se le puede ayudar. Puntuar de acuerdo con la intensidad y duración, teniendo en cuenta hasta que punto el humor depresivo está influido por los acontecimientos.

0) Tristeza ocasional, de acuerdo con las circunstancias.

1)

2) Triste o bajo de ánimo, pero se alegra o anima sin dificultad.

3)

4) Sentimiento generalizado de tristeza o abatimiento. El ánimo está aún influenciado por las circunstancias.

5)

6) Tristeza, desmoralización, abatimiento, continuos o invariables.

3.º TENSION INTERNA

Se refiere a sentimientos de malestar mal definidos, irritación agitación interna, tensión mental llegando al pánico, terror o angustia extrema. Puntuar de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la ayuda requerida.

0) Sereno y tranquilo, tensión interior pasajera.

1)

2) Sentimientos ocasionales de malestar mal definido irritable.

3)

4) Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que solo con dificultad puede controlar el paciente.

5)

6) Terror o angustia extrema Pánico insoportable.

4.º INSOMNIO

Se refiere a la experiencia de disminución en la duración o profundidad del sueño, comparada con el patrón normal del sujeto cuando se encuentra bien.

0) Duerme como siempre.

1)

2) Ligera dificultad para conciliar el sueño o ligera reducción, sueño superficial o entrecortado.

3)

4) Sueño reducido o entrecortado por lo menos durante 2 horas.

5)

6) Duerme menos de 2 ó 3

5.º DISMINUCION DEL APETITO

Se refiere al sentimiento de pérdida de apetito en comparación con su patrón habitual cuando se encuentra bien. Puntuar la pérdida del deseo de comer o la necesidad de forzarse para comer.

0) Apetito normal o aumentado.

1)

2) Apetito ligeramente disminuido

3)

4) Sin apetito los alimentos no le saben a nada.

5)

6) Necesita ser persuadido para comer cualquier cosa.

6.º DIFICULTADES DE CONCENTRACION

Se refiere a dificultades para concentrarse en sus pensamientos llegando a una total incapacidad para ello. Puntuar de acuerdo a la intensidad, la frecuencia y el grado de incapacidad producido.

0) No hay dificultad de concentración.

1)

2) Dificultades ocasionales para concentrarse en sus propios pensamientos.

3)

4) Dificultades para concentrarse y mantener esta concentración lo que reduce la capacidad para leer o mantener una conversación.

5)

6) Incapacidad para leer o conversar sin grandes dificultades.

7.º INHIBICION PSICOMOTRIZ

Se refiere a una dificultad para "arrancar" o lentitud para iniciar las actividades cotidianas.

0) A penas tiene dificultad para "arrancar". No hay pereza.

1)

2) Dificultades para comenzar las actividades.

3)

4) Dificultades para comenzar simples actividades de rutina, que se prosiguen con esfuerzo.

5)

6) Lاسitud completa, incapacidad de hacer nada sin ayuda.

8.º INCAPACIDAD PARA SENTIR AFECTOS

Se refiere a la experiencia subjetiva de disminución del interés por el entorno o actividades placenteras. Reducción de la capacidad de reaccionar con una emoción adecuada a las circunstancias o las personas.

0) Interés normal por su entorno y otras personas.

1)

2) Capacidad reducida para disfrutar de las actividades o intereses habituales.

3)

4) Pérdida de interés por el entorno, pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos íntimos.

5)

6) Experiencia de parálisis emocional, incapacidad de sentir, rabia pena o placer y una completa e incluso dolorosa incapacidad para tener sentimientos hacia parientes o amigos íntimos.

9.º PENSAMIENTOS PESIMISTAS

Se refiere a pensamientos de culpa, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

0) No hay pensamientos pesimistas.

1)

2) Ideas fluctuantes de fracaso, autorreproche o autodepreciación.

3)

4) Autoacusaciones persistentes, claras aunque todavía racionales, ideas de culpa o pecado. Pesimismo creciente sobre el futuro.

5)

6) Ideas delirantes de ruina, remordimiento o pecado imperdonable. Autoacusaciones absurdas e inquebrantables.

10.º PENSAMIENTOS SUICIDAS

Se refiere al sentimiento: que no merece la pena vivir, que una muerte natural sería bienvenida. Pensamientos, preparativos de suicidio. Los intentos de suicidio no deberían "per se" influenciar los puntajes.

0) Disfruta de la vida o la toma como viene.

1)

2) Cansado de la vida. Pensamientos de suicidio pasajeros.
3)

4) Probablemente se sentiría mejor muerto. Los pensamientos de suicidio son comunes y considera este como una posible solución, pero todavía no hay planes o intenciones precisas.

5)

6) Planes precisos de suicidio en cuanto se le presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Akiskal H.S. Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatr* 1983; 140: 11-20.
2. Andreasen N., Endicott, Spitzer R., Winokur G. The family history method using diagnostic criteria. Reliability and/ validity. *Arch Gen Psychiat*, 1977; 34: 1229-1235.
3. Angst J., Perris C. Zur Nosologie endogener Depressionen. *Arch Psychiat Nervenkr.* 1968; 210: 373-386.
4. Asberg M., Montgomery S., Perris C., Schalling D., Sedvall G. The comprehensive psychopathological rating scale CPRS. *Acta Psychiat Scand Suppl.* 1978; 271. 27 pages.
5. Bech P. Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiat Scand.* 1961; 4: 561-571.
6. Beck A.T., Ward C.H.N., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4: 561-571.
7. Bourgeois M., Martinez-Gallardo R., Degeilh B., Peyre F. Les facteurs prédictifs de la bipolarisation des troubles dépressifs" *L'Encéphale*, 1988.
8. Carney M.W., Roth M., Garside R.F. The diagnosis of depressive syndromes and Hse prediction of ECT reponse *Brit Jornal of Psych.* III 1965; 659-74.
9. Conde V., Useros E. Adaptación al castellano de la escala de evaluación conductal para la depresión de BECK". *Rev de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América*, 1975; 12 (4), 217-236.
10. DSM. III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition. American Psychiatric Association, Wastington D.C., 1980.
11. Feighner J.P., Robins E., Guze S.B., Woodruff R.A., Winokur G., Muñoz R: Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiat*, 1972; 26: 57-63.
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1960; 23: 56-62.
13. Hamilton M. Comparative value of rating scales. *Brit J Clin Pcharmacol.* 1976; Suppl. 58-60.
14. kncevich J.W. Biggsj T. Validity of the Hamilton rating scale for depression. *Brit J Psychiat* 1977; 131: 49-52.
15. Lemperier T., Lepingue J.P. Comparaison de differents instruments d'évaluation de la depression *Annal. Médico-Psycho* 1984; 142: 1206-12.
16. Lobo A. "Screening" de trastornos psíquicos en la práctica médica. Edit Univ de Zaragoza, 1987.
17. Montgomery S., Jornestedt L., Thoren P., Traskman L., Mc Auley R., Montgomey D., Shaw P. Reliability of the C.P.R.S. between the disciplines of psychiatry general practice nursing and psychology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1978; Supp 272: 29-32.
18. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale desined to be sensitive to change. *Brit J Psychiat*, 1979; 134: 382-389.
19. Pellet J, Bobon D.P., Mormont J., Lang A., Massardier A. Etude princeps de la validation francaise de la MADRS sous-echelle de la CPRS. *Congres de Psychiatric et Neurologie REIMS.* 1980.
20. Peyre F., Caubarrus E., Martinez R., Bourgeois M. Etudes des troubles de la personnalité au moyen de l'axe II du DSEM III dans un échantillon de 103 malades admis en psychiatrie. *Ann Med Psychol.* 1988; 146: 1.2. 109-112.
21. Roth M., Gurney C., Mountjoy C. The Newcastle Ratin Scales. *Acta Psychiatr Scand* 1983 Suppl 310: 42-54.
22. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. 2 nd edition, New York Stat Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1978.
23. Wing J.K., Nixon J.M., Mann S.A., Leff J.P. Reliability of the PSE used in a population study. *Psychol Med* 1977; 1: 505-516.
24. Winokur G. The development and validity of familial subtypes in primary unipolar depression. *Pharamcopsychiatria*, Jul. 1982; 15 (4): 142-146.