



# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



ORIGINAL

## Detección de ansiedad y depresión en Atención Primaria: utilidad de 2 escalas breves adaptadas a los nuevos criterios CIE-11-AP



Celso Iglesias García<sup>a,b,\*</sup>, Pilar López García<sup>c,e</sup>, José Luis Ayuso Mateos<sup>c,d</sup>, José Ángel García<sup>e</sup> y Julio Bobes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Neurociencias del Principado de Asturias (INEUROPA), Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> Hospital Valle del Nalón, Servicio de Salud del Principado de Asturias (ISPA.FIMBA), Langreo, Asturias, España

<sup>c</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

<sup>e</sup> Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México

Recibido el 11 de diciembre de 2018; aceptado el 4 de diciembre de 2019

Disponible en Internet el 31 de enero de 2020

### PALABRAS CLAVE

Cribado;  
Ansiedad;  
Depresión;  
Atención Primaria;  
CIE-11

### Resumen

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una nueva clasificación de trastornos mentales para su uso en Atención Primaria (AP), la CIE-11-AP, que incorpora cambios en los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad y depresión. Como complemento, también ha desarrollado 2 instrumentos de cribado de síntomas ansiosos y depresivos adaptados a los criterios de la nueva clasificación.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de la versión española de las 2 escalas breves (Dep5 y Anx5) para identificar casos de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes españoles de AP.

**Método:** Estudio transversal realizado por 37 médicos de AP que seleccionaron 284 pacientes con sospecha de malestar emocional. A esta muestra se les administraron las escalas de cribado (Anx5 y Dep5) y, como comparador, un instrumento diagnóstico estructurado (Clinical Interview Schedule-Revised) adaptado a los nuevos criterios CIE-11.

**Resultados:** La Anx5, utilizando un punto de corte de 3, presentó una sensibilidad de 0,75 y una especificidad de 0,53. La Dep5 mostró una sensibilidad de 0,48 y una especificidad de 0,8 utilizando un punto de corte de 4. Las 2 escalas utilizadas conjuntamente, con un punto de corte de 3 en ambas, clasificaban correctamente como casos o no casos un 73,57% de los sujetos. El diagnóstico más frecuentemente observado en la muestra fue el de depresión ansiosa.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [icelso@yahoo.es](mailto:icelso@yahoo.es) (C. Iglesias García).

*Conclusiones:* Las 2 escalas de cribado de síntomas ansiosos y depresivos (Anx5 y Dep5) son instrumentos sencillos y fáciles de utilizar para evaluar síntomas ansiosos y depresivos en AP. Los niveles de fiabilidad y validez de cada una de las escalas por separado son limitados y mejoran cuando se utilizan de forma conjunta.

© 2020 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Screening;  
Anxiety;  
Depression;  
Primary Care;  
ICD-11

## Screening for anxiety and depression in Primary Care: Utility of 2 brief scales adapted to the ICD-11-PC

### Abstract

*Introduction:* The World Health Organization has developed a new classification of mental disorders in Primary Health Care (PHC), the ICD-11-PHC, in which there are changes in the diagnostic criteria of anxiety and depression disorder. In addition, 2 screening instruments have been developed for the detection of anxious and depressive symptoms according to the criteria of the new classification.

*Objectives:* To evaluate the capacity of the Spanish version of the 2 brief scales Dep5 and Anx5 to identify cases of depression and anxiety in PHC in Spain.

*Method:* A cross-sectional study conducted by 37 PHC physicians who selected 284 patients with suspected emotional distress. This sample was administered the screening scales (Anx5 and Dep5) and a diagnostic instrument (Clinical Interview Schedule-Revised) contemplating the new ICD-11 criteria as used as gold standard.

*Results:* The Anx5, using a cut-off point of 3, showed a sensitivity of 0.75 and specificity of 0.53. Using a cut-off point of 4, the Dep5 showed a sensitivity of 0.48 and a specificity of 0.8. The 2 scales together, with a cut-off point of 3 for each, classified correctly 73,57% as cases or non-cases. The diagnosis most frequently observed was anxious depression.

*Conclusions:* The screening scales for anxious and depressive symptoms (Anx5 and Dep5) are simple and easy-to-use instruments for assessing anxious and depressive symptoms in PHC. The reliability and validity data of each of the scales separately are limited but the figures improve when they are used together.

© 2020 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son un problema de salud importante por su elevada prevalencia y por la cantidad de malestar emocional y físico y la limitación funcional que producen<sup>1-3</sup>. Aunque la mayor parte de estos trastornos demandan cuidados en Atención Primaria (AP), la tasa de diagnóstico correcto (incluso en centros de AP con buena dotación de recursos) se sitúa en torno al 50%<sup>4</sup>.

El infradiagnóstico puede deberse a que los pacientes vistos en AP suelen presentar cuadros clínicos poco definidos, con poco tiempo de evolución y con síntomas de intensidad leve, por lo que no encajan bien en las categorías diagnósticas de las clasificaciones de enfermedad mental utilizadas en Atención Especializada (CIE-10<sup>5</sup> y DSM-5<sup>6</sup>)<sup>7</sup>. Otros factores que influyen en el infradiagnóstico son: la escasez de tiempo por paciente de que disponen los profesionales, la complejidad de los algoritmos diagnósticos utilizados por las clasificaciones internacionales de enfermedad mental y las limitaciones de los instrumentos de evaluación actuales (tanto entrevistas diagnósticas estructuradas como cuestionarios autoadministrados)<sup>8,9</sup>. La mejora de la capacidad diagnóstica pasa por ofrecer a los profesionales de AP unas herramientas diagnósticas clínicamente útiles,

complementadas con instrumentos de detección válidos, fiables, sencillos, que consuman poco tiempo y que puedan adaptarse a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación<sup>10,11</sup>.

Para conseguir esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado desarrollando una nueva clasificación de trastornos mentales y del comportamiento específica para AP (CIE-11-AP), que plantea, entre otras cuestiones novedosas, la modificación del criterio temporal necesario para el diagnóstico de ansiedad. Las clasificaciones actuales<sup>5,6</sup>, para realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, exigen una duración de los síntomas ansiosos de varios meses; la nueva clasificación modifica este criterio y pasa a considerar la ansiedad como patológica cuando se mantiene más de 2 semanas, igualando el criterio temporal con el actualmente vigente para los síntomas depresivos. La justificación del cambio viene dada por la demostración de que en los casos de ansiedad y depresión comórbidas, la ansiedad, aunque tenga una duración breve, es un buen predictor de psicopatología y discapacidad tras 6 meses de seguimiento<sup>12</sup>. Otra novedad de la CIE-11-AP es la inclusión de una nueva categoría diagnóstica denominada «depresión y ansiedad mixta subclínica», en la que si bien están presentes síntomas significativos tanto de ansiedad como de depresión, estos no

tienen suficiente entidad para cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo<sup>13</sup>.

La OMS también ha promovido el desarrollo de 2 escalas de cribado para su uso en AP: una para la ansiedad (Anx5) y otra para la depresión (Dep5). Son escalas breves (5 ítems) que, con el fin de economizar tiempo de administración, están estructuradas en 2 grupos de ítems: el primer grupo consiste en 2 preguntas clave, que deben ser administradas siempre, y el segundo grupo está formado por 3 preguntas adicionales, que se administrarían solo en el caso de que hubiera habido respuesta positiva a alguna de las 2 preguntas clave. En el estudio de validación, la escala Dep5 presentó una sensibilidad del 90% y una especificidad del 88,5%, y la Anx5, una sensibilidad del 79,8% y una especificidad del 72,5%<sup>14</sup>.

El presente trabajo estudia la capacidad de la versión española de las 2 escalas de cribado, Dep5 y Anx5, para identificar casos de depresión y ansiedad en pacientes atendidos en consultas de AP en España. Un objetivo adicional es determinar la puntuación que debe considerarse como umbral para sospechar casos de depresión y ansiedad según los nuevos criterios propuestos para la clasificación CIE-11-AP.

## Método

En el estudio participaron 37 médicos de AP que desarrollaban su actividad en centros de AP públicos de Aragón, Asturias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid y el País Vasco, y que fueron seleccionados en función de su interés por el proyecto y de la disponibilidad de recursos e infraestructura para realizar la investigación.

Se utilizó un diseño transversal descriptivo, estudiando, de entre la población total de pacientes mayores de 18 años que acudieron de forma normal a las consultas de AP, a aquellos cuyo médico sospechó que podrían tener malestar emocional. Se instruyó a los médicos participantes en el estudio a que utilizaran un umbral de sospecha de enfermedad mental bajo, para aumentar la probabilidad de que se incluyesen en el estudio un grupo de pacientes sin enfermedad psiquiátrica y así poder valorar la capacidad de las escalas para diferenciar entre casos y no casos. El estudio se realizó siguiendo el proceso de traducción y adaptación de instrumentos de la OMS<sup>15</sup>. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la OMS y el Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias.

Para los pacientes que accedieron a participar en el estudio, el médico de AP rellenó un formulario que incluía las escalas Anx5 y Dep5, administrando siempre las 2 primeras preguntas (preguntas clave) y solo si alguna era contestada afirmativamente, las 3 restantes. Posteriormente, los pacientes eran entrevistados por un asistente de investigación, desconocedor del resultado de la evaluación anterior, que administraba al paciente el cuestionario Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R). La entrevista diagnóstica CIS-R se adaptó para la realización de diagnósticos con los requerimientos propuestos en la CIE-11-AP, incluyendo: el periodo de duración necesario para el diagnóstico de ansiedad de solo 2 semanas; el diagnóstico de «depresión ansiosa» para los pacientes que cumplían criterios de ansiedad y

depresión, y el diagnóstico de «depresión y ansiedad mixta subclínica».

La escala Anx5 consta de 2 preguntas clave: A1) ¿Se ha notado nervioso o ansioso casi todos los días durante las últimas 2 semanas?, y A2) ¿Se ha sentido incapaz de controlar sus preocupaciones en las últimas 2 semanas?, así como 3 preguntas adicionales: A3) ¿Le ha costado trabajo relajarse en las últimas 2 semanas?; A4) ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido tan intranquilo como para no poder estar quieto?, y A5) ¿Ha tenido miedo de que sucediera algo horrible en las últimas 2 semanas? La escala Dep5 consta de 2 preguntas clave: D1) ¿Se ha sentido deprimido todos los días durante las últimas 2 semanas?, y D2) ¿Durante las últimas 2 semanas ha notado que ciertas actividades le interesen o le agraden menos?, así como 3 preguntas adicionales: D3) ¿Le ha resultado difícil concentrarse en las últimas 2 semanas?; D4) ¿Se ha sentido inútil en las últimas 2 semanas?, y D5) ¿Ha tenido ganas de morir o pensamientos de muerte en las últimas 2 semanas?

## Análisis de datos

Para determinar la validez de las escalas Anx5 y Dep5 se compararon los resultados de estas (número de ítems contestados positivamente) con los diagnósticos de trastornos de ansiedad o depresión obtenidos mediante la entrevista clínica estructurada CIS-R, adaptada a los criterios CIE-11-AP. Los valores predictivos positivo y negativo se calcularon usando la fórmula de Bland-Altman<sup>16</sup>. Los puntos de corte óptimos para determinar un «posible caso» se acordaron utilizando el índice de Youden<sup>17</sup>. Se utilizaron los programas informáticos STATA software versión 12 y R statistical software versión 3.1.3.

## Resultados

Se estudiaron 284 pacientes. En la [tabla 1](#) pueden verse las características generales de la muestra: sexo, edad y puntuación media en las escalas de ansiedad y depresión.

La evaluación diagnóstica realizada mediante la utilización del CIS-R mostró los siguientes datos de frecuencia diagnóstica: 145 casos (51,1%) presentaron diagnóstico de depresión ansiosa, 63 casos (22,2%) de trastorno de

**Tabla 1** Características de los participantes en el estudio

Características	Valores		
<b>Sexo</b>	n	%	
Mujer	209	73,6	
Hombre	75	26,4	
Total	284	100	
<b>Edad</b>	Media	DE	
Edad (años)	49,5	15,1	
<b>Puntuación en las escalas</b>	Media	DE	IC 95%
Puntuación en el Dep5	2,8	1,5	2,6-3,0
Puntuación en el Anx5	3,1	1,4	3,0-3,3

DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

**Tabla 2** Precisión diagnóstica de la escala de 5 ítems de depresión (Dep5) para identificar personas con un diagnóstico clínico de depresión (sin ansiedad) o depresión ansiosa

Puntuación Dep5	N	Probabilidad de caso	AUC	Sens	Espec	VPP	VPN	Youden
0	22	0,09	0,71	1,00	0,00	0,09		
1	39	0,38		0,99	0,16	0,42	0,95	0,149
2	54	0,54		0,89	0,35	0,62	0,74	0,249
3	68	0,56		0,71	0,56	0,67	0,60	0,269
4	61	0,69		0,48	0,80	0,84	0,41	0,273
5	40	0,85		0,21	0,95	0,96	0,18	0,164

AUC: área bajo la curva; Espec: especificidad; Sens: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo. El VPP y el VPN se calcularon utilizando la fórmula de Bland-Altman (1994). Los puntos de corte optimizados se seleccionaron utilizando el índice de Youden (1950).

**Tabla 3** Precisión diagnóstica de la escala de 5 ítems de ansiedad (Ans5) para identificar personas con un diagnóstico clínico de ansiedad o depresión ansiosa

Puntuación Ans5	N	Probabilidad de caso	AUC	Sens	Espec	VPP	VPN	Youden
0	10	0,50	0,66	1,00	0,00	0,50		
1	32	0,53		0,98	0,07	0,54	0,71	0,042
2	51	0,61		0,89	0,26	0,65	0,62	0,157
3	65	0,75		0,75	0,53	0,83	0,40	0,272
4	72	0,86		0,51	0,74	0,92	0,20	0,246
5	54	0,81		0,21	0,87	0,88	0,20	0,080

AUC: área bajo la curva; Espec: especificidad; Sens: sensibilidad; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo. El VPP y el VPN se calcularon utilizando la fórmula de Bland-Altman (1994). Los puntos de corte optimizados se seleccionaron utilizando el índice de Youden (Youden, 1950).

ansiedad, 15 casos (5,3%) de trastorno depresivo, 8 casos (2,7%) de depresión y ansiedad mixta subclínica y 53 casos (18,7%) no obtuvieron ningún diagnóstico.

La [tabla 2](#) muestra la precisión de la escala Dep5 para detectar casos de depresión y depresión ansiosa. La puntuación más adecuada como punto de corte para la consideración de caso fue de 4. La [tabla 3](#) muestra los mismos datos relativos a la escala Ans5. En este caso, el punto de corte óptimo fue de 3.

La [tabla 4](#) muestra la relación entre los resultados de las 2 escalas de cribado y los diagnósticos específicos CIS-R. Se utilizó un punto de corte de 3 para ambas escalas, que mostró ser la condición más favorable. En esta situación, las escalas de cribado clasificaron correctamente como casos o no casos un 73,57% (n=209) de los 284 individuos participantes, incluyendo 185 pacientes que obtuvieron una puntuación positiva en las escalas de cribado y que fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno por el CIS-R, y 24 pacientes con puntuación negativa en las escalas y sin diagnóstico o con síntomas subumbral en el CIS-R. Las escalas de cribado identificaron correctamente un 83,32% de los casos positivos (185 de 222 casos) y un 38,71% (24 de 62 casos) de «no casos».

## Discusión

En el presente trabajo se estudió una muestra de 284 pacientes que acudieron a la consulta de AP y cuyo médico sospechó malestar emocional, con el fin de valorar las propiedades psicométricas de 2 escalas de cribado de síntomas ansiosos y depresivos. Las 2 escalas fueron capaces de identificar correctamente un 82,95% de los casos positivos de

ansiedad, depresión o «depresión ansiosa» diagnosticados de acuerdo con la entrevista diagnóstica estructurada utilizada como comparador (CIS-R), adaptada a los criterios diagnósticos de la clasificación CIE-11-AP.

En la muestra estudiada se observa la frecuente coexistencia entre síntomas ansiosos y depresivos en AP<sup>18,19</sup>. Este dato, junto con la evidencia de que los pacientes con depresión y ansiedad comórbidas difieren de los que solo tienen depresión en el curso clínico y en el pronóstico y que, además, deben ser tratados con estrategias terapéuticas diferentes<sup>20</sup>, dan mayor relevancia a los cambios propuestos en los criterios diagnósticos, ya que se intuye que un porcentaje de los pacientes diagnosticados de depresión ansiosa con los nuevos criterios lo habrían sido solo de depresión con los criterios de las clasificaciones actuales, debido a que la demanda de atención a AP suele producirse demasiado precozmente como para poder cumplir con los criterios temporales vigentes actualmente para el diagnóstico de ansiedad.

Ambas escalas (Ans5 y Dep5) presentaron unos niveles de fiabilidad y validez limitados teniendo en cuenta las evidencias disponibles en AP<sup>4</sup>. Son sencillas de aplicar, consumen poco tiempo y no precisan la memorización de algoritmos diagnósticos complejos difícilmente utilizables por los médicos de AP<sup>21</sup>.

El hecho de que, como muestran los datos del presente estudio, la exactitud diagnóstica sea mayor cuando se utilizan las escalas de ansiedad y depresión juntas que cuando se utilizan por separado, justificaría que para el cribado de enfermedad mental en AP se utilicen instrumentos capaces de detectar simultáneamente síntomas ansiosos y síntomas depresivos.

**Tabla 4** Relación entre los grupos diagnósticos basados en los resultados de las 2 escalas de cribado y diagnósticos específicos utilizando el CIS-R

	Diagnóstico CIS-R					Total
	Sin diagnóstico	Ansiedad y depresión mixta subclínica	Trastorno de ansiedad	Trastorno depresivo	Depresión ansiosa	
<b>Puntuación en las escalas de cribado</b>						
<i>Subumbral</i>						
N	21	3	10	5	23	62
%	33,87	4,84	16,13	8,06	37,10	100
IC 95%	[21,9-45,8]	[-0,6-10,2]	[6,9-25,4]	[1,2-14,9]	[24,9-49,3]	
<i>Ansiedad alta</i>						
N	7	2	25	1	18	53
%	13,21	3,77	47,17	1,89	33,96	100
IC 95%	[4,0-22,4]	[-1,4-9,0]	[33,5-60,8]	[-1,8-5,6]	[21,0-51,14]	
<i>Depresión alta</i>						
N	7	2	4	2	16	31
%	22,58	6,45	12,90	6,45	51,61	100
IC 95%	[8,0-37,6]	[-2,4-15,3]	[0,9-25,0]	[-2,4-15,3]	[33,7-69,6]	
<i>Ansiedad y depresión altas</i>						
N	18	1	24	7	88	138
%	13,04	0,72	17,39	5,07	63,77	100
IC 95%	[7,4-18,7]	[-0,7-2,1]	[11,0-23,8]	[1,4-8,8]	[55,7-71,9]	
<i>Total</i>						
N	53	8	63	15	145	284
%	18,66	2,82	22,18	5,28	51,06	100
IC 95%	[14,1-23,2]	[0,9-4,8]	[17,3-27,0]	[2,7-7,9]	[45,2-56,9]	

CIS-R: Clinical Interview Schedule-Revised; IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

Entre las limitaciones del estudio está el no haber sido diseñado como un estudio de prevalencia, por lo que los datos de morbilidad no pueden ser considerados como representativos de la población. Se observa en la muestra un sesgo en la selección en cuanto al sexo (en torno a 4/1); a pesar de la mayor proporción de mujeres con enfermedad depresiva, sería esperable una ratio más cercana al 3/2. Además, la sobreinclusión de casos patológicos, que se realizó de acuerdo con el protocolo, podría haber sesgado hacia la sobreestimación los resultados de las características psicométricas del cuestionario. Por el contrario, es probable que la proporción de «no casos» identificados correctamente en esta muestra sea pesimista, ya que muchos «no casos» fáciles de identificar es probable que no hayan sido incluidos en el estudio.

En conclusión, las 2 escalas de cribado de síntomas ansiosos y depresivos (Anx5 y Dep5) utilizadas para detectar ansiedad y depresión según los nuevos criterios propuestos por la OMS para la CIE-11 son sencillas y fáciles de aplicar, pero su utilidad práctica se ve condicionada por unos niveles de fiabilidad bajos que mejoran ligeramente cuando se utilizan de forma conjunta.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*. 2008;192:362-7, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039966>.
- Spiers N, Qassem T, Bebbington P, McManus S, King M, Jenkins R, et al. Prevalence and treatment of common mental disorders in the English national population, 1993-2007. *Br J Psychiatry*. 2016;209:150-6, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.174979>.
- Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L, et al. La carga de la enfermedad en España 2010: trastornos neurológicos, mentales y re: trastornos neurológicos, mentales y relacionados con el consumo de sustancias. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:207-17, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.09.001>.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. *Lancet*. 2009;374:609-19, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5).
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
- American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: APA; 2013.
- Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008;23:469-76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.06.006>.

8. Romera I, Montejo ÁL, Aragonés E, Arbesú JÁ, Iglesias-García C, López S, et al. Systematic depression screening in high-risk patients attending primary care: A pragmatic cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2013;13:83, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-83>.
9. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10:45–58, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004>.
10. Ayuso Mateos JL. The process of preparing the chapter on mental and behavioural disorders of the ICD 11. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:127–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.02.004>.
11. Barrigón ML, Rico-Romano AM, Ruiz-Gomez M, Delgado-Gomez D, Barahona I, Aroca F, et al. Estudio comparativo de los formatos en lápiz y papel y electrónicos de los cuestionarios GHQ-12, WHO-5 y PHQ-9. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10:160–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.12.002>.
12. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2005;35:1073–82.
13. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Dewey ME, et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification. *Br J Psychiatry*. 2008;192:171–7, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036707>.
14. Goldberg DP, Prisciandaro JJ, Williams P. The primary health care version of ICD-11: The detection of common mental disorders in general medical settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:665–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.06.006>.
15. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. Geneva: WHO; 2017.
16. Altman DG, Bland JM. Quartiles, quintiles, centiles, and other quantiles. *BMJ*. 1994;309:996.
17. López-Ratón M, Rodríguez-Álvarez MX, Suárez CC, Sampedro FG. Optimal cutpoints: An R Package for selecting optimal cutpoints in diagnostic tests. *J Stat Softw*. 2014;61:1–36, <http://dx.doi.org/10.18637/jss.v061.i08>.
18. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119:52–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>.
19. Goldberg D. The management of anxious depression in primary care. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 7:39–42, discussion 43–44.
20. Gaspersz R, Nawijn L, Lamers F, Penninx BWJH. Patients with anxious depression: Overview of prevalence, pathophysiology and impact on course and treatment outcome. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31:17–25, <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000376>.
21. Rapp SR, Davis KM. Geriatric depression: Physicians' knowledge, perceptions, and diagnostic practices. *Gerontologist*. 1989;29:252–7.