

Uso de escalas en depresión en la práctica clínica en Argentina

Enzo Guzzo

*Médico Psiquiatra, Master en Neuropsicofarmacología
Profesor Asociado de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Integrante del Departamento de Psiquiatría CEMIC
Presidente del Capítulo de Trastornos del Ánimo y Suicidio -Asociación Argentina de Psiquiatras
Email: enzoeduardoguzzo@gmail.com.ar*

Fernando Taragano

*Doctor en Salud Mental, UBA
Diplomado en Educación Médica, UNT
Profesor Titular de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Investigador Clínico, CONICET
Premiado por la Honorable Academia Nacional de Medicina*

Hugo Krupitzki

*Médico, Master en Efectividad Clínica
Profesor Titular de Metodología de la Investigación -Instituto Universitario CEMIC-
Secretario Académico del Instituto de Investigaciones CEMIC- IUC
Investigador Clínico CONICET*

Jaime Pahissa

*Médico Psiquiatra, Especialista en Medicina Legal
Profesor Asociado de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Integrante del Departamento de Psiquiatría CEMIC*

Silvina Heiseke

*Instituto Universitario CEMIC
Profesional Principal, Carrera de Apoyo a la Investigación CONICET
Asistente de Investigación SIREN, UE CEMIC-CONICET*

Resumen

La depresión continúa siendo una causa tratable de sufrimiento, discapacidad y muerte, no obstante lo cual, su identificación y tratamiento siguen planteando un reto en la práctica clínica y un grave problema para la salud pública mundial. El objetivo del presente trabajo fue investigar, en la República Argentina, con qué frecuencia los profesionales de salud mental, utilizan escalas para evaluar pacientes depresivos; e identificar las razones que podrían condicionar su uso. Entre Julio y Septiembre de 2012 se realizó una encuesta nacional, llevada a cabo por correo electrónico. Participaron profesionales registrados en la base de datos de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). La encuesta fue anónima y confidencial. Se obtuvieron respuestas de 243 profesionales. Del total de encuestados, sólo el 8.7% dijo que siempre utiliza escalas para evaluar pacientes depresivos. Los motivos más consignados por los cuales no se utilizan escalas fueron: la falta de tiempo y la creencia de que no ayudan en la práctica clínica. A pesar de las sugerencias de las guías de tratamiento para depresión, acerca de utilizar escalas con el objetivo de optimizar el proceso de evaluación y tratamiento, no parece ser ésta la conducta habitual en la práctica clínica en nuestro medio.

Palabras clave: Depresión - Uso de escalas de evaluación - Argentina.

USE OF SCALES IN DEPRESSION PATIENTS IN CLINICAL PRACTICE IN ARGENTINA

Abstract

Although depression is a treatable cause of suffering, disability and death, its identification and treatment continue to be a challenge in clinical practice and a severe problem for global public health. The main objective of this study was to investigate the frequency with which mental health professionals use scales to assess depressive patients in Argentina and to determine the reasons that constrain such practice. Between July and September 2012 a national survey was conducted by e-mail. Professionals registered in the database of the Argentine Association of Psychiatrists were invited to participate in the survey. Responses were obtained from 243 professionals. Of the total respondents, only 8.7% said they always used scales to assess depressive patients. The reasons recorded by most respondents why scales were not used were: lack of time and the belief that they do not help in clinical practice. Despite the fact that treatment guidelines for depression recommend the use of scales to optimize the assessment and treatment of depressive disorders, this does not seem to be the usual behavior in clinical practice in our country.

Keywords: Depression - Using rating scales - Argentina.

Introducción

La depresión constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, ocupando en ese sentido, el primer lugar en la región de las Américas según la Organización Mundial de la Salud (1).

La prevalencia para los trastornos depresivos en sus diferentes formas, se estima entre 20 y 25% a nivel mundial (2). En una muestra representativa de la población general de cuatro ciudades del Cono Sur de América Latina, de adultos de entre 35 y 74 años (incluida Argentina), la prevalencia fue del 14,6% (3). Además, estos trastornos constituyen un 10% de las consultas médicas en atención primaria (4).

La depresión sigue siendo una causa tratable de sufrimiento y muerte no obstante lo cual, su identificación y tratamiento continúan representando un reto en la práctica clínica y un severo problema para la salud pública mundial, que no siempre se resuelve favorablemente (5, 6, 7).

Es importante mencionar que del total de los pacientes que sufren depresión solo la mitad de ellos consulta. De quienes lo hacen, solo la mitad son reconocidos como enfermos y de estos solo la mitad recibe algún tipo de tratamiento (8, 9).

En las distintas áreas médicas han proliferado pruebas diagnósticas que permiten a los profesionales identificar, cuantificar y evaluar con mayor celeridad y certeza los síntomas y signos que conforman una entidad clínica. Así es como la psiquiatría y la psicología han desarrollado en los últimos años, diferentes instrumentos que permiten complementar la evaluación clínica y además facilitan la selección e implementación de las estrategias terapéuticas más adecuadas (10).

Existe una "asistencia basada en la medición", que se refiere al uso sistemático de herramientas de medición, como escalas validadas, para monitorear los resultados y apoyar la toma de decisiones clínicas (11).

En dicho sentido se describen tres instancias en las cuales pueden utilizarse diversas herramientas (escalas validadas), para la evaluación sintomática de los trastornos depresivos. Existen instrumentos de utilidad en la identificación; otros instrumentos útiles para el diagnóstico; y

finalmente aquellos que se emplean para el seguimiento de los tratamientos (12). En esta última instancia se puede evaluar la severidad sintomática y realizar el monitoreo de la respuesta terapéutica. Conocer la intensidad depresiva permite elegir el tipo de terapéutica que se realizará en cada situación particular, como así también distinguir de forma fehaciente entre respuesta (reducción del 50% de la puntuación inicial de la escala) y remisión (puntuación sin patología) en el curso de un tratamiento. Podemos decir en un sentido global, que la utilización de escalas permite optimizar los recursos terapéuticos (13).

Estos instrumentos pueden dividirse entre auto-administrados y los administrados por el entrevistador. Entre los primeros destacan el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) (14), el Inventario de Síntomas Depresivos -versión abreviada- (QIDS-16) (15), la Escala de Depresión de Zung (16), entre otras. Todas poseen muy buenas propiedades psicométricas (sensibilidad y especificidad); siendo útiles para la identificación, el diagnóstico y el seguimiento. Por otro lado, entre los instrumentos administrados por el entrevistador la Escala de Depresión Hamilton (17), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) (18), el Inventario de Síntomas Depresivos (IDS-C) (19, 20), se encuentran entre las más utilizadas.

El monitoreo rutinario de los resultados de la evolución sintomática debiera incluir además, la evaluación continua de la funcionalidad y la calidad de vida. Más recientemente se han incluido instrumentos que permiten valorar el bienestar de los pacientes (21).

A pesar de las sugerencias de las guías de tratamiento para depresión, de utilizar escalas para evaluar a los pacientes (22-25), no parece ser esta la conducta habitual en la práctica clínica; así lo demuestran trabajos realizados en otros países (26, 27). Debido a que se desconoce cuál es la conducta de los profesionales de nuestro medio en relación a la utilización de instrumentos en este sentido, se propone como objetivo principal del presente trabajo, la investigación en la República Argentina, de la frecuencia con que los profesionales de salud mental, utilizan escalas para evaluar pacientes depresivos. Como así también, identificar las razones que podrían condicionar su uso.

Método

Entre los meses de julio y septiembre de 2012, se realizó una encuesta a nivel nacional, vía internet, a través de la herramienta Survey Monkey (28). Se invitó a responder por correo electrónico, utilizando el sistema Doppler Email Marketing (29), a profesionales registrados en la base de datos de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP). La encuesta fue anónima y confidencial. Se trata de un estudio transversal, descriptivo.

Los datos fueron obtenidos de la base digital de la herramienta Survey Monkey y descriptos mediante su frecuencia relativa porcentual. Las comparaciones categóricas fueron realizadas mediante el test de χ^2 . Se consideraron significativas asociaciones con un $p < 0,05$. El programa STATA (12.0) software fue utilizado para el análisis de los datos.

Se interrogó sobre la frecuencia de la utilización de escalas, el motivo de su empleo, las razones por las cuales utilizarlas, razones por las cuales NO utilizarlas, el

tipo de escala (autoadministrada o administrada por el entrevistador). Además, se preguntó por el uso de instrumentos para evaluar grado de funcionalidad y calidad de vida en pacientes con trastornos depresivos. Finalmente, la recolección de datos demográficos completó las preguntas de la encuesta (ver encuesta).

Resultados

De un total de 1251 visualizaciones efectivas de la encuesta, se obtuvieron 243 respuestas (19,3%). Las mismas fueron procedentes de 65 ciudades/localidades de todo el país.

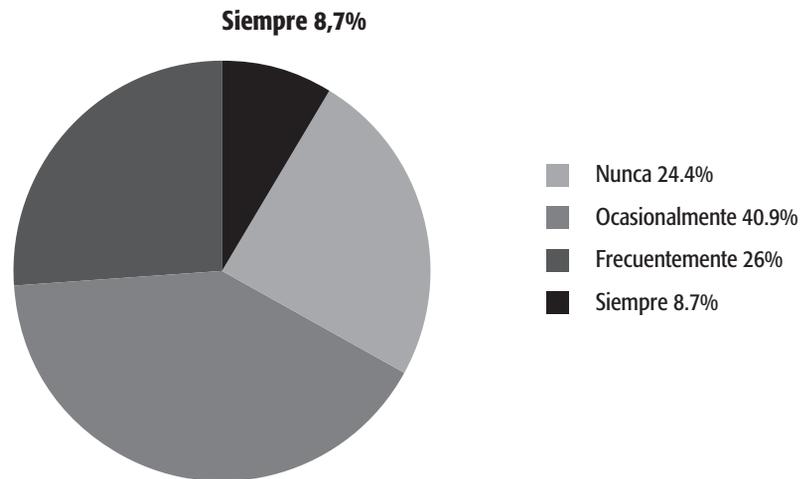
Del total de los respondedores, el 76,9% estuvo representado por médicos, 15,7% por psicólogos y el resto por otras profesiones ligadas al campo de la salud. El 93% respondió desarrollar su práctica clínica preponderantemente en forma ambulatoria. El 89,3% dijo atender mayoritariamente al grupo de pacientes de entre 19 y 64 años.

Cuadro 1. Datos demográficos de la muestra (N=243)

Edad (años)		
20-29	7%	17
30-39	24,69%	60
40-49	25,10%	61
50-59	24,28%	59
60-69	15,23%	37
70 o más	3,7%	9
Profesión		
Médico	76,86%	186
Psicólogo	15,70	38
Otras profesiones	7,44	19
Lugar donde desarrolla la tarea (Puede seleccionar más de una opción)		
Psiquiatría de enlace	28,81%	70
Internación	28,40%	69
Ambulatorio	93,00%	226
Emergencias	16,05%	39

Del total de los encuestados el 34.7% respondió utilizar escalas *siempre o frecuentemente*, pero solo el 8.7% **respondió que siempre utilizaba escalas** para evaluar pacientes depresivos.

Gráfico 1. Frecuencia con la cual los profesionales utilizan escalas cuando evalúan pacientes depresivos



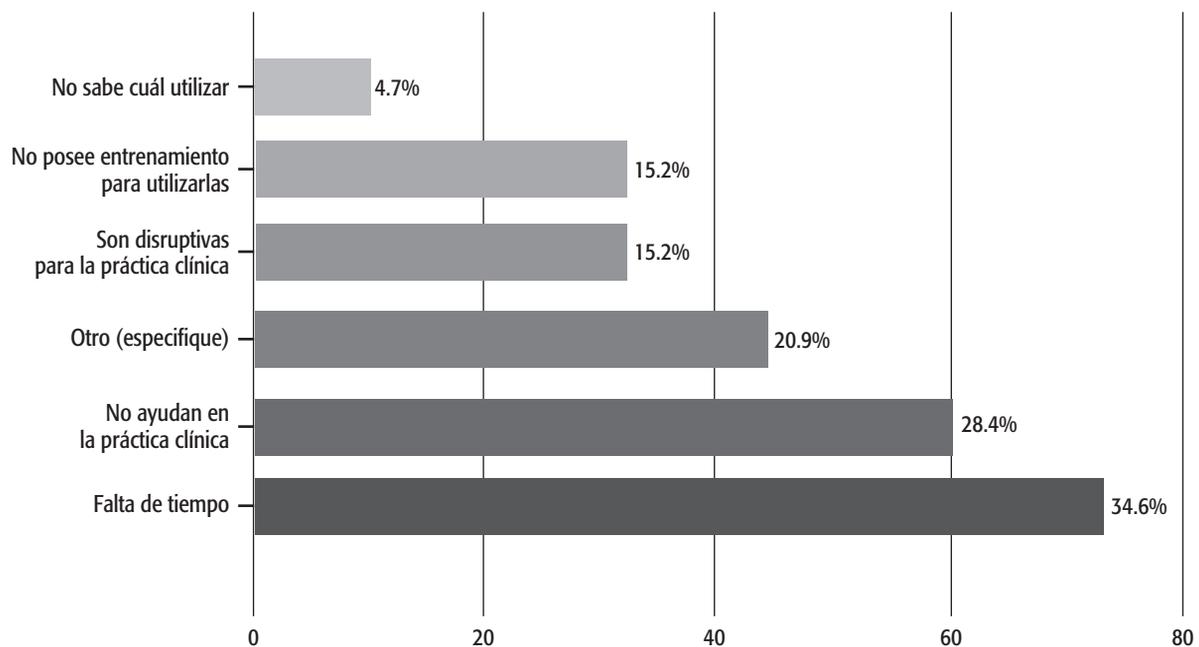
Entre los encuestados que respondieron emplear escalas, el 35% prefirió las administradas por el entrevistador, el 21% las autoadministradas, mientras que el 44% dijo utilizar ambas.

Los encuestados fueron interrogados acerca de **para qué** y **por qué** utilizar escalas para evaluar pacientes depresivos, pudiendo seleccionar más de una opción de respuesta. En relación al **para qué**: *complementar el diagnóstico* (35,1%); *evaluar intensidad depresiva* (39,3%) y *evaluar evolución del tratamiento* (43,8%) fueron las más

seleccionadas. Mientras que las opciones elegidas con más asiduidad entre las respuestas al **por qué** (beneficios) fueron: *ordenan la información que aporta el paciente* (49.3%) y que *facilitan el seguimiento del paciente* (55.5%).

Al ser interrogados acerca de los motivos por los cuales no utilizan escalas, los encuestados respondieron: *Falta de tiempo* (34.8%) y que *no ayudan en la práctica clínica* (28.6%). Mientras que *no saber cuál utilizar* y *no poseer entrenamiento*, no resultaron un motivo muy señalado (4.8% y 15.2% respectivamente).

Gráfico 2. Razones por las cuales NO se utilizan escalas en depresión

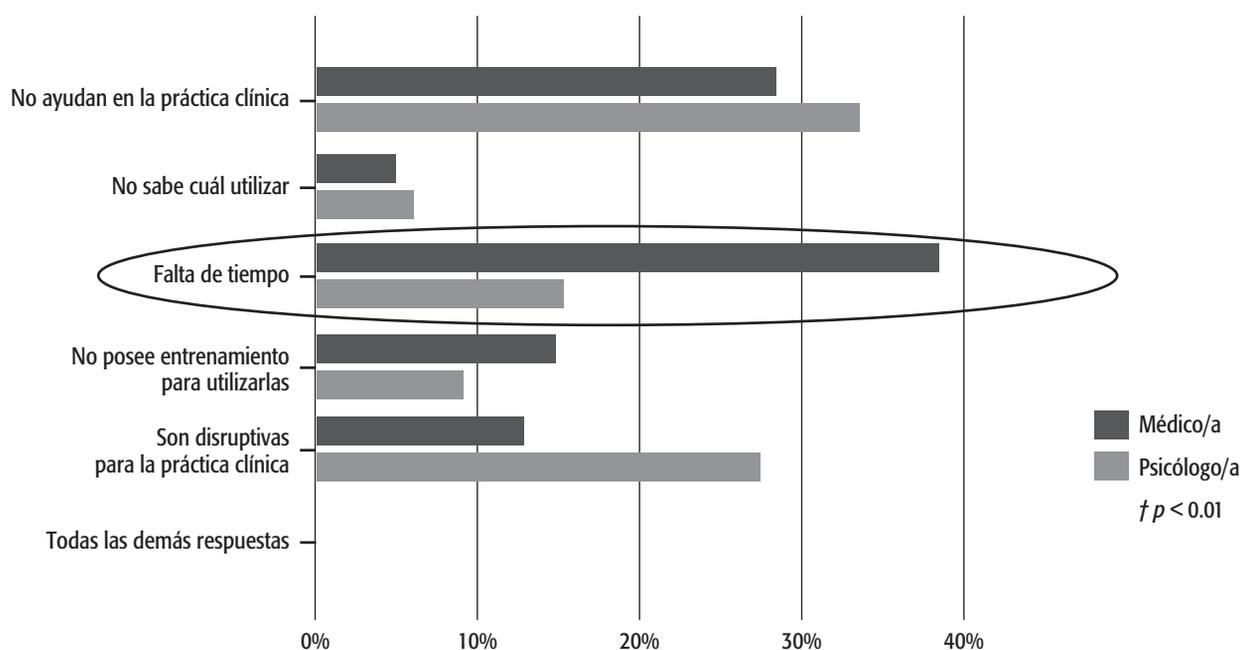


Cuando se compararon médicos y psicólogos, y las razones por las cuales utilizar escalas, las respuestas no fueron diferentes estadísticamente: *complementar el diagnóstico y evaluar la evolución* fue lo más consignado.

Sí hubo diferencias entre médicos y psicólogos en cuanto a las razones por las cuales no utilizar escalas; los médicos consideraron como primer motivo la *falta de tiempo* ($p < 0.01$), mientras que los psicólogos que *no ayudan en la práctica clínica* y que *son disruptivas*.

En cuanto al impacto funcional y calidad de vida de pacientes depresivos, solo el 23,8% respondió utilizar escalas para su evaluación. Hubo diferencia entre los profesionales: *Lo cuantifico con criterios clínicos propios* fue consignada de forma significativamente diferente entre médicos y psicólogos (40,4% y 8,1% respectivamente; $p < 0.01$).

Gráfico 3. Médicos-Psicólogos: razones por las cuales no utilizar escalas en depresión



Discusión y conclusiones

Como fuera ya mencionado, se requiere una medida válida y fiable de la severidad de la depresión para juzgar la necesidad de atención, como así también para evaluar los efectos del tratamiento. No obstante, la baja utilización de escalas para evaluar pacientes depresivos parece una dificultad mundial que incluye a nuestro medio, como queda demostrado en la encuesta realizada.

El trabajo mostró diferencias entre profesionales médicos y psicólogos: estos últimos consideraron disruptiva la inclusión de una escala, mientras que los médicos argumentaron falta de tiempo. Resulta llamativo que a pesar de ello, se prefirieran instrumentos administrados por el entrevistador, que suelen requerir de mayor tiempo para ser utilizados. En relación a ello vale mencionar un estudio de Concordancia de 2 escalas realizado en nuestro medio con 67 pacientes ambulatorios, provenientes de la práctica clínica habitual, con trastorno depresivo mayor no psicótico. En dicho estudio, el Cuestionario de Síntomas Depresivos Autoadministrado (QIDS-16) y la Escala de Montgomery-Asberg (MADRS), mostraron una muy buena concordancia, lo que permitiría utilizar ambas escalas de forma indistinta. Esto sugiere la posibilidad del uso de un instrumento autoadministrado, que requiere menor tiempo de entrenamiento y menor tiempo para su administración (30).

Menos del 10% de los encuestados respondió que siempre utilizaba escalas para evaluar pacientes depresivos. No obstante, no saber cuál utilizar no resultó un motivo importante, ya que sólo fue consignado por menos del 5% de los respondedores. Esto pone de manifiesto que la decisión de no utilizar escalas, no estaría condicionada por el desconocimiento de las mismas, como tampoco por la falta de instrucción recibida al respecto. Una pregunta que queda por responder: ¿Solemos

los profesionales tener suficiente formación acerca del uso de instrumentos de evaluación para pacientes depresivos? Además, teniendo en cuenta que los objetivos terapéuticos en los trastornos depresivos incluyen no solo la remisión sintomática, sino también la restitución funcional, llama la atención que solo algo más del 20% de los encuestados respondiera que utiliza escalas para cuantificar el impacto funcional y calidad de vida de sus pacientes.

Existen estudios que demuestran la utilidad del uso de escalas con el fin de determinar comorbilidad y la pertinencia terapéutica tanto en pacientes depresivos unipolares como bipolares (31). La evidencia propone que la medición de los síntomas depresivos en la práctica clínica puede facilitar las decisiones y optimizar los resultados terapéuticos (32, 33). Un estudio multicéntrico demostró la utilidad del uso del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en un grupo de 19 unidades clínicas, donde luego de un año de su inclusión, 17 de esas unidades adoptaron dicho instrumento (34).

En psiquiatría, la evaluación de los resultados de los tratamientos continúa basándose en interacciones no estructuradas que generan juicios no cuantificados del inicio y del progreso evolutivo de los pacientes. Promover modificación de estas conductas, generara cambios positivos de los resultados terapéuticos en nuestros pacientes. Digamos además que el uso de escalas validadas debe complementar y no reemplazar el juicio clínico de los profesionales.

Vale mencionar la limitación que implica un estudio transversal, realizado a través de una encuesta, donde el número de respondedores no representa la totalidad de la práctica clínica de nuestro medio.

También es de destacar la colaboración de los profesionales que participaron de la encuesta, aportando su tiempo y su opinión a nuestro trabajo. ■

ENCUESTA. ENCUESTA ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL

Con el objetivo de conocer la conducta profesional actual frente a la depresión, deseamos saber cuál es su actitud en relación a la utilización de escalas; y poder así promover un debate acerca de su utilidad.

1. ¿En su práctica clínica, cuando asiste a pacientes con episodios depresivos, utiliza escalas?

- Nunca
 Ocasionalmente
 Frecuentemente
 Siempre

2. En su práctica clínica, cuando asiste a pacientes con episodios depresivos, utiliza escalas para (marque todo lo que considere)

- Complementar el diagnóstico
 Evaluar la intensidad depresiva
 Evaluar la evolución del tratamiento
 No utilizo escalas

3. En las situaciones en las cuales utiliza escalas ¿cuáles podrían ser las razones? (marque todas las que considere)

- Ayudan en la práctica clínica
 Acortan el tiempo de la entrevista
 Ordenan la información que aporta el paciente
 Facilitan el seguimiento del paciente
 Otro (especifique)

4. En las situaciones en las cuales no utiliza escalas ¿cuáles podrían ser las razones? (marque todas las que considere)

- No ayudan en la práctica clínica
 No sabe cuál utilizar
 Falta de tiempo
 No posee entrenamiento para utilizarlas
 Son disruptivas para la práctica clínica
 Otro (especifique)

5. Cuando evalúa impacto funcional (social, laboral, académico), y/o calidad de vida de un paciente depresivo, usted utiliza

- Escalas
 Lo cuantifico con criterios clínicos propios
 Lo evalúo pero no lo mido
 No evalúo funcionalidad y/o calidad de vida

6. Cuando utiliza escalas; preferentemente elige

- Administradas por el entrevistador
 Autoadministradas
 Ambas

7. En su práctica clínica, usted asiste predominantemente pacientes (marque todas las que aplique)

- Niños y Adolescentes (hasta 18 años)
 Adultos (19-64 años)
 Adultos mayores (más de 65 años)

8. ¿En que ámbito desarrolla usted predominantemente su práctica clínica? (marque todas las que aplique)

- Psiquiatría de enlace (interconsultas)
 Internación psiquiátrica
 Ambulatorio
 Emergencias

9. Indique su profesión

- Médico/a
 Psicólogo/a
 Otro (especifique)

10. Indique su edad

- 20-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60-69
 más de 69

Referencias bibliográficas

1. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization.
2. Sadock B, Sadock V (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. 10ª edición en español; Barcelona. Ed WoltersKluwer. 2009; p528
3. Daray FM et al (2017). Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern cone of Latin America: A population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay. *Journal of Affective Disorders*; 220:15–23
4. Wright A (1994). *Depression*. In *Psychiatry and General Practice Today* (eds I Pullen, G Wilkinson, A Wright, D Pereira Gray): 93–111. Royal College of Psychiatrists & Royal College of General Practitioners.
5. Mitchell AJ et al (2010). Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom*; 79:285–294
6. Mitchell AJ, et al (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*; 130:26–36
7. Mitchell AJ, Amol V, Sanjay R (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*; 374: 609–19.
8. Sartorius N (2001). The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*; 62 (suppl 15):8-11
9. Kessler RC, et al (2003). The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Results From the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA*; 289:3095-3105
10. Suarez Richards M (compilador) (2012). *Introducción a la Psiquiatría*. Cuarta edición. Ed. Polemos, Buenos Aires; p63.
11. Lam RW (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*; 61(9):510-23.
12. Gelenberg AJ (2010). Using Assessment Tools to Screen for, Diagnose, and Treat Major Depressive Disorder in Clinical Practice. *J Clin Psychiatry*; 71(suppl E1):e01
13. Trangle M (2011). Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. Fourteenth Edition; 2011. Institute for clinical systems improvement: ICSI.
14. Kroenke K, Spitzer R, Williams J (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*; 16(9):606–613.
15. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*; 54(5):573–583.
16. Zung W (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12(1):63-70
17. Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, et al (2008). Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol Med*; 38(2):289-300.
18. Montgomery SA, Asberg M (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*; 134:382-389.
19. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, et al (1996). The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med*; 26(3):477–486.
20. Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, et al (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol Med*; 34(1):73–82.
21. WHO, Regional Office for Europe (1998). Use of well-being measures in primary health care - the DepCare project health for all. Geneva: WHO. Target 12. E60246.
22. American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision, 3rd edition). [Internet] Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_7.aspx
23. The Treatment and Management of Depression in Adults (2010). National Institute for Health & Clinical Excellence. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
24. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, et al (2007). Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). *World J Biol Psychiatry*; 8(2):67–104.
25. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al (2009). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) *J Affect Disord*; 117(suppl 1):S1–S2.
26. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA (2002). Psychiatrists in the UK do not use outcome measures: National survey. *Br J Psychiatry*; 180:101-103.
27. Zimmerman M, Mc Glinchey JB (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *J Clin Psychiatry*; 69:1916-1919
28. SurveyMonkey. Ryan Finley, 1999. [Internet] Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/>
29. Doppler e-mail marketing. [Internet] Disponible en: <http://www.fromdoppler.com/en/index.html>
30. Guzzo E, Teme A, Chimera K, Krupitzki H, Rozic P, Taragano F (2015). Cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado en la práctica clínica de pacientes depresivos. *VERTEX, nº121 - Volumen XXVI*.
31. Gao K, et al (2013). Should an assessment of Axis I comorbidity be included in the initial diagnostic assessment of mood disorders? Role of QIDS-16-SR total score in predicting number of Axis I comorbidity. *Journal of Affective Disorders*; 148:256–264.
32. Yeung AS, Jing Y, Brennehan SK, et al (2012). Clinical outcomes in measurement-based treatment (Comet): a trial of depression monitoring and feedback to primary care physicians. *Depress Anxiety*; 29:865-873.
33. Guo T, Xiang YT, Xiao L, et al (2015). Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry*; 172:1004-1013.
34. Duffy FF, Chung H, Trivedi M, et al (2008). Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatry Serv*; 59(10):1148–1154.