

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

MONOGRAFÍA

**Presentada a la honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Miguel Estuardo Alvarez Escobar
Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2021



COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN
COTRAG 2021



El infrascrito Decano y la Coordinadora de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG–, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

El estudiante:

1. MIGUEL ESTUARDO ALVAREZ ESCOBAR 200614868 2243321390101

Cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulada:

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Trabajo asesorado por el Dr. Guillermo Alfonso Domínguez Hernández y revisado la por Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el diecisiete de julio del dos mil veintiuno


Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG


Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva, PhD.
Decano

La infrascrita Coordinadora de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que el estudiante:

1. MIGUEL ESTUARDO ALVAREZ ESCOBAR 200614868 2243321390101

Presentó trabajo de graduación en la modalidad de Monografía, titulado:

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El cual ha sido revisado y aprobado por la Dra. Andrea María Morales Pérez, profesora de esta coordinación y, al establecer que cumplen con los requisitos solicitados, se le **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, el diecisiete de julio del año dos mil veintiuno.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dra. Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG

Guatemala, 17 de julio del 2021

Doctora
Magda Francisca Velásquez Tohom
Coordinadora de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dra. Velásquez:

Le informo que yo:

1. MIGUEL ESTUARDO ALVAREZ ESCOBAR



Presenté el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulada:

TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

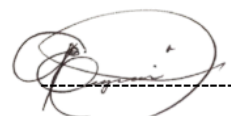
Asesor: Dr. Guillermo Alfonso Domínguez Hernández



Dr. Guillermo A. Domínguez H.
MSC. PSIQUIATRÍA
COL. 16,212

Revisora: Dra. Ana Eugenia Palencia Alvarado

Reg. de personal: 2004-0392



Dra. Ana Eugenia Palencia
Médico y Cirujano
Colegiado No. 5931

DEDICATORIA

Con amor para Verónica, Shermin, Yenice, Ladila, Marta, Lucky, Elsa, Carmen, Maritza, Evelyn, Gricelda, Claudia, Brenda, Larisa, Vicky, Andrea, Paola, Marie, Viviana, Michelle, Sucely, Karen, Lili, Camila, Mandy, Sofía, Michelle, Liza y a todas las mujeres de mi familia *lato sensu*.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a MSc, MD Guillermo Domínguez por su paciencia y asesoría,
a MSc, MD Eugenia Palencia por su experiencia y buena voluntad,
a MSc, MD Andrea Morales por su invaluable mentoría,
a mis padres, Alma y Leonel, por la vida,
a mis hermanas, Yenice y Shermin, por el amor,
a mi compañero, MSc, MD Fernando Gutierrez, por tu notable magnanimidad,
a mi Alma Mater, Universidad San Carlos de Guatemala, por la verdad y la libertad,
a la Madre Tierra, por tan hermosa y poderosa energía,
al Universo, por su espíritu, a Dios.

ÍNDICE

Prólogo	
Introducción	i
Planteamiento del problema	iii
Objetivos.....	v
Objetivo General.....	v
Objetivos específicos.....	v
Métodos y técnicas	vi
Contenido Temático.....	1
CAPÍTULO 1: INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN UTILIZADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.....	1
CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LOS INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	21
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS.....	28
Conclusiones	32
Recomendaciones	35
Referencias bibliográficas.....	36
Anexos	47
Anexo 1 Instrumentos de tamizaje de depresión	47
Anexo 2 Tablas de matrices	56
Anexo 3 Siglario	58
Anexo 3 Índice de Tablas	59



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor, es el único responsable de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor deberá someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

PRÓLOGO

La presente monografía es producto de la curiosidad por la mente humana. Curiosidad que surge, luego de reconocer, a través de la experiencia en servicios de salud, la íntima relación entre la salud mental, la salud emocional y la salud física. Relación que se hace evidente al preguntarse ¿esta persona está deprimida porque está enferma o está enferma porque está deprimida?

¿Cómo saber si una persona tiene depresión? ¿Qué instrumento puedo utilizar para saberlo? ¿cuál es el instrumento más recomendado a nivel global? ¿Qué características debe tener ese instrumento que me aseguren un buen diagnóstico y así ofrecer un buen tratamiento?

Sirva esta monografía como evidencia, de la investigación documental, necesaria para responder estas preguntas. Y así, a través de la recolección, análisis y síntesis de información, presentarle al lector, los instrumentos de tamizaje de depresión más utilizados en el ámbito del primer nivel de atención, con sus respectivas cualidades, asociadas a su validez, fiabilidad, brevedad y complejidad.

Deseando sea un gran aporte a su conocimiento y de mucha utilidad en su práctica clínica, como lo fue para el investigador.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo.¹ En Guatemala es el trastorno de humor más frecuente.² Además de su alta prevalencia, también está asociada a una elevada mortalidad, morbilidad y discapacidad.³

El estándar de oro para diagnosticar un trastorno depresivo, se obtiene a través de una entrevista estructurada por los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés). Procedimiento que requiere tiempo y un especialista en el tema, que tenga la capacidad de llevar a cabo dicha entrevista.⁴

La mayoría de los casos de depresión son atendidos por médicos generales en los servicios del primer nivel de atención.⁵ Muchos de estos casos no son identificados, por falta de conocimiento o por falta de tiempo.⁶ Esta situación produce una gran brecha entre las personas que necesitan tratamiento y las que realmente lo reciben.⁷

Fuerte evidencia, respalda la utilidad de los instrumentos de tamizaje. A través de ellos, es posible la identificación oportuna, permiten brindar tratamiento, a quién lo necesita en el momento en que lo necesita. De manera que son, otra estrategia, para reducir la alta prevalencia de los trastornos depresivos.⁸ A pesar de esto, no existe un instrumento recomendado, como estándar de oro, en el tamizaje de depresión. Lo cual, justifica la búsqueda comparativa, de características inherentes al instrumento, que aseguren su validez y confiabilidad.

Esta monografía, presenta en su primera parte, los instrumentos de tamizaje más utilizados en clínicas de atención primaria. Detallando en su contenido, generalidades como, el objetivo de su desarrollo y las características de la población, a la cual están dirigidos, así como, la identificación de características cuantitativas, como lo son la sensibilidad y la especificidad de sus resultados. Además, se expone el procedimiento, paso a paso, para obtener e interpretar los resultados, incluyendo puntos de corte, si el instrumento es utilizado estrictamente como instrumento de tamizaje, y rangos de puntuación, si el instrumento es utilizado como herramienta, que también mide niveles de severidad del cuadro depresivo.

Con el objetivo de estructurar esta monografía, como un banco de instrumentos, recomendados en el tamizaje de depresión en el primer nivel de atención de salud. Se presentan los instrumentos con sus respectivos autores y el sitio web donde se pueden descargar gratuitamente en español, si son de dominio público y si la versión traducida está disponible. De igual manera, se detallan los recursos necesarios para utilizarlo.

En el segundo capítulo, se presentan las propiedades psicométricas más importantes de los instrumentos de tamizaje, la especificidad y la sensibilidad, características cuantitativas que permiten medir y comparar la validez y confiabilidad inherente de cada instrumento.

Además de exponer las características cuantitativas, también se exponen cualidades como la duración, complejidad y forma de administración de cada instrumento. Presentando al lector, en una forma esquematizada y organizada, características que deben ser tomadas en cuenta, cuando se debe elegir el instrumento, que mejor se adapte a su contexto, garantizando un resultado fiable, a favor del pronóstico del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tamizaje en medicina, corresponde a la aplicación de una prueba, sencilla y costo-efectiva, a personas sin síntomas o molestias aparentes, con el fin de identificar aquellas que probablemente estén enfermas e intervenirlas de manera temprana, mejorando el pronóstico de su recuperación. De ahí, la importancia del tamizaje de los trastornos depresivos que, según la OMS, se han convertido en la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, responsables de la pérdida de más de 43 billones de dólares al año en gastos médicos y días laborales perdidos.^{9,6,10}

La brecha de tratamiento es la diferencia absoluta entre el total de personas que presentan un trastorno y el número de personas que reciben la atención adecuada para esa condición en los servicios de salud. Actualmente, se calcula que la brecha terapéutica de los trastornos depresivos en la región de las Américas es aproximadamente 73.5%. Esto quiere decir que de 100 personas que necesitan tratamiento, 73 no lo reciben. Principalmente porque no están siendo detectados en los servicios de atención primaria, donde la prevalencia de un trastorno depresivo mayor oscila entre 5% a 13%. Es importante mencionar que es en este nivel de atención donde se maneja más del 60% de la atención de la salud mental.^{11,6,12}

El método por excelencia para el diagnóstico de un trastorno depresivo es la evaluación clínica, a través de una entrevista estructurada, utilizando los criterios clínicos mundialmente reconocidos del DSM o los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE-10) de la OMS. Sin embargo, el tiempo limitado que dispone el personal del primer nivel de atención por la alta demanda o la falta de entrenamiento para realizar correctamente la entrevista, son limitantes que pueden repercutir en la utilidad de este método. Por esta razón, las pruebas de tamizaje han sido recomendadas como un método práctico, breve y barato para detectar pacientes con trastornos depresivos en establecimientos que no cuentan con un médico especialista en el tema.^{11,12}

Estas pruebas poseen cualidades relacionadas a la duración, el nivel de complejidad, si necesita ser dirigida o puede ser autoadministrada. Además, poseen características cuantitativas como la sensibilidad y la especificidad. Estas características

son rasgos que distinguen un instrumento de otro, sugiriendo una mayor eficacia en la detección del trastorno según el contexto.⁸

Por lo tanto, se considera relevante la investigación exhaustiva sobre pruebas de tamizaje de depresión y el reconocimiento de sus características, cualitativas y cuantitativas, con el objetivo de comparar teóricamente cada una de ellas e identificar la herramienta de tamizaje más recomendada en el ámbito de la atención primaria de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar cuál es el instrumento más recomendado en el tamizaje de depresión en el primer nivel de atención en salud.

Objetivos específicos

1. Conocer los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en el tamizaje de depresión en el primer nivel de atención en salud.
2. Identificar las características cualitativas y cuantitativas de los instrumentos de tamizaje de depresión utilizados con mayor frecuencia en el primer nivel de atención en salud.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Diseño: La investigación se organizó en una monografía de compilación de diseño descriptivo.

Descriptores: Se utilizaron medios electrónicos para acceder a las bases de datos cuya confiabilidad es ampliamente reconocida, tales como Hinari, biblioteca virtual en salud (BVS), PubMed, Medline y Scielo. Las palabras claves que se utilizaron en la recopilación bibliográfica son: “depresión”, “tamizaje”, “instrumentos”, y “primer nivel de atención”.

Selección de fuentes de información: La recolección de información se realizó mediante una búsqueda exhaustiva de artículos de investigación que recomiendan herramientas de tamizaje y discuten la efectividad de estas, en la detección de depresión, en el ámbito de atención primaria. Además, se tomaron en cuenta fuentes bibliográficas que detallan las características cualitativas y cuantitativas, como lo son la especificidad, sensibilidad, duración y complejidad de dichas herramientas.

Selección del material: Se tomó en cuenta literatura en español e inglés, dándole prioridad a las publicaciones menores a 5 años de antigüedad, que cumplieran con los criterios de validez científica y pertinencia en el tema.

Plan de trabajo: Se elaboraron tres capítulos en el cuerpo de la monografía, cada uno desarrolló una pregunta y un objetivo planteado, producto de la revisión bibliográfica. En el primer capítulo se presentaron los instrumentos de tamizaje de depresión más utilizados en el primer nivel de atención. Cada subtítulo de este capítulo correspondió a cada instrumento de tamizaje. En el segundo capítulo se describieron las características cualitativas y cuantitativas, como la especificidad, sensibilidad, duración y complejidad de todos los instrumentos presentados en el primer capítulo. En el tercer y último capítulo se realizó un análisis comparativo, tomando en cuenta las características previamente descritas de cada uno de los instrumentos, con el fin de identificar el más recomendable para el ámbito del primer nivel de atención.

Plan de análisis: Se utilizó la aplicación Mendeley para organizar, evaluar y filtrar los artículos más relevantes que tenían pertinencia en el tema de la monografía. Se dio

prioridad a aquellos estudios que comparan la especificidad, sensibilidad, duración y complejidad de diferentes herramientas de tamizaje de depresión en el primer nivel de atención de cualquier sistema de salud en el mundo. Mendeley también permitió realizar anotaciones y comentarios, los cuales pudieron ser revisados en lecturas posteriores, realizando un análisis interpretativo y comparativo de toda la información recolectada, obteniendo respuesta a las preguntas guía y poder concluir con base científica sólida.

CAPITULO 1: INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN UTILIZADOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

SUMARIO

- **Escala sobre la salud del paciente (PHQ-9)**
- **Escala sobre la salud del paciente (PHQ-2)**
- **Escala de clasificación de la depresión de Hamilton (HDRS)**
- **Índice de bienestar general de la OMS (WHO-5)**
- **Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)**
- **Inventario de depresión de Beck (BDI)**
- **Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD)**
- **Escala de depresión de Zung (ZDS)**
- **Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS)**
- **Escala de malestar psicológico de Kessler (K)**

Los instrumentos de tamizaje de depresión más utilizados en el primer nivel de atención, son cuestionarios formulados con el fin de investigar la frecuencia de signos, síntomas o comportamientos asociados al ánimo decaído de una persona. La mayoría de los instrumentos, han sido desarrollados por expertos en la depresión como enfermedad mental. A través del método científico como herramienta, se formula una serie de preguntas dirigidas al paciente, sobre experiencias vividas, se selecciona un grupo de personas diagnosticadas con depresión a través de una entrevista estructurada y, un grupo de personas sanas. Se administra el cuestionario a ambos grupos, se recolectan y se comparan los resultados, utilizando la estadística, con el fin de evaluar la pertinencia, validez y precisión de cada pregunta en relación al diagnóstico.

En los años sesenta, con el desarrollo de la escala de Hamilton, el inventario de Beck para la depresión y la escala de Zung, inicia una nueva era para el estudio de la depresión como una enfermedad curable y medible. A través del tiempo, organismos mundiales como la OMS y grandes farmacéuticas como Pfizer, han invertido recursos en la investigación de los trastornos mentales, especialmente en la depresión por ser tan

discapacitante, produciendo nuevos instrumentos, útiles para el médico general en el tamizaje de depresión en la atención primaria.

A continuación, se presentan los diez cuestionarios más utilizados como instrumentos de tamizaje de depresión, por su validez y confiabilidad, en el contexto de atención primaria probada a nivel mundial.

1.1. Escala sobre la salud del paciente (PHQ-9)

Tabla 1: Características generales de la escala PHQ-9.

Objetivo	Diagnosticar síndrome depresivo y evaluar severidad del episodio depresivo.	
Población	Pacientes de atención primaria. (adolescentes >13 años, adultos y adultos mayores).	
Sensibilidad / Especificidad	74 – 88% / 88 – 91% ^{13,14}	
Ítems	9	
Puntuaciones	0 (ningún día) a 3 (casi todos los días)	
Rango de puntuación	0-27	
Punto de corte recomendado	>= 10 ¹³	
Duración	< 3 min	
Administración	Cuestionario autoadministrado.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con el apoyo de Pfizer Inc.	
Año	1,999	
Artículo de Referencia	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16:606-613	
Descarga	http:// www.phqscreeners.com/	

Elaboración propia

1.1.1.Generalidades

La familia de los cuestionarios PHQ surgen del PRIME-MD, la cual es una herramienta multicomponente desarrollada por Spitzer et. Al. Con el apoyo de Pfizer, Inc., utilizada para explorar la prevalencia de depresión, utilizando los criterios del DSM-IV, en el primer nivel de atención.¹⁵ Sus dos etapas permiten evaluar 5 grupos de desórdenes mentales, vistos comúnmente en la consulta de atención primaria (depresión, ansiedad, alcoholismo, desórdenes somatomorfos y alimenticios).¹⁶¹⁷

La primer etapa, es el PRIME-MD PQ, el cual consiste en un cuestionario autoadministrado de 27 preguntas, con respuesta dicotómica (si/no), sobre la presencia de síntomas y signos asociados a algún desorden, en el último mes, antes de realizar el cuestionario.¹⁸

La segunda etapa, es la PRIME-MD Clinician Evaluation Guide (CEG, por sus siglas en inglés). Ésta es una entrevista estructurada en 5 módulos, un módulo por desorden mental, el módulo sobre el estado de ánimo, consta de 17 preguntas que permiten diagnosticar síndromes depresivos, con alta sensibilidad y especificidad. De acuerdo al resultado del PRIME-MD PQ, el médico decide qué módulo o módulos del CEG realizará.¹⁵

Con el fin de mejorar el tiempo promedio de ejecución del PRIME-MD (5-6 minutos), el cuestionario y la entrevista estructurada fueron combinadas en un solo cuestionario autoadministrado, el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ, por sus siglas en inglés). Al evaluar la validez y utilidad de esta versión, Spitzer et. Al, concluyeron que era una herramienta mucho más eficiente, con validez diagnóstica, comparable a la original.¹⁸

Sobre las categorías de respuesta del PHQ, es importante mencionar su modificación, de dicotómicas (SI/NO) a policotómicas, indagando sobre la frecuencia en que los síntomas han provocado molestias, durante las 2 semanas previas: “nada, en absoluto”, “varios días”, “más de la mitad de los días” o “casi todos los días”. Esta modificación permitió obtener un resultado que evidenciaba la severidad del cuadro depresivo.¹⁸

Es así entonces, como del módulo de depresión del PHQ, surge el PHQ-9, el cual consiste en 9 ítems, basados en los 9 criterios propuestos por el DSM-IV, para diagnosticar un episodio mayor de depresión y valorar la severidad del episodio. Además, se añadió una décima pregunta, sobre cambios en la funcionalidad, en el área social, laboral u otra que sea importante para el paciente.¹⁹

1.1.2. Puntuación e interpretación

Cada respuesta, relaciona la frecuencia de las molestias causadas por los síntomas, puede tener una puntuación que va desde 0 (ningún día) hasta 3 (casi todos los

días). Además, cuenta con un décimo ítem, el cuál indaga en cómo alguno de los 9 criterios afecta la funcionalidad del paciente.¹³

Al sumar las respuestas de los primeros 9 ítems, se obtiene un total que va de 0 a 27 puntos. En la Tabla No.1 se presentan los puntos de corte, para interpretación de la severidad del cuadro depresivo, ya que además de detectar, clasifica el nivel de severidad del episodio y ayuda a monitorear la respuesta del paciente a la terapia establecida.²⁰

Tabla 2: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (PHQ-9).

Puntuación	Gravedad
0-4	Ninguna
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

Fuente: Tomado de: "The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure"¹³

Al utilizar el PHQ-9 como herramienta para diagnosticar un trastorno depresivo mayor, 5 o más de los criterios deben estar presentes al menos "más de la mitad de los días" de las últimas dos semanas y 1 de los síntomas es el estado de ánimo deprimido, anhedonia o pensamientos suicidas. Otro tipo de depresión diferente a un trastorno depresivo mayor, se considera si 2, 3 o 4 de los criterios han estado presentes en al menos "más de la mitad de los días" de las últimas dos semanas y 1 de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o anhedonia. Para confirmar este diagnóstico, es necesaria una evaluación clínica.¹⁷

1.2. Escala sobre la salud del paciente (PHQ-2)

Tabla 3: Características generales de la escala PHQ-2.

Objetivo	Detectar depresión en pacientes del primer nivel de atención.
Población	Pacientes de atención primaria. (adolescentes >13 años, adultos y adultos mayores). ⁶
Sensibilidad / Especificidad	0.79 / 0.92 ²⁰
Ítems	2
Puntuaciones	0 (ningún día) a 3 (casi todos los días)
Rango de puntuación	0-6

Punto de corte recomendado	>= 3 ²⁰	
Duración	< 1 min	
Administración	Cuestionario autoadministrado	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con el apoyo de Pfizer Inc.	
Año	2,003	
Referencia	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care 2003; 41:1284-1292	
Descarga	http:// www.phqscreeners.com/	

Elaboración propia

1.2.1.Generalidades

El PHQ-2 consiste en dos preguntas, las primeras preguntas del PHQ-9.¹³ Su diseño surge por la necesidad de contar con una herramienta breve y precisa, en clínicas muy concurridas como lo son las clínicas del primer nivel de salud. Las únicas dos preguntas tienen relación a la frecuencia, en las últimas dos semanas, de los principales síntomas de un trastorno depresivo mayor, la anhedonia y el humor triste.²¹ La anhedonia se define como la pérdida del interés por todas las actividades regulares y placenteras, de las que el individuo se aparta.²²

Este cuestionario es uno de los instrumentos más utilizados en el ámbito del primer nivel de atención en salud para detectar depresión en adultos. Cuenta con gran evidencia que demuestra utilidad clínica y precisión diagnóstica.²³

En Europa, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) recomienda, en sus guías clínicas para el manejo de la depresión en el primer y segundo nivel de atención en salud, utilizar la herramienta PHQ-2, como primer paso, para detectar un trastorno depresivo.²⁴

En América, el Centro Médico de la Universidad de Texas Southwestern (UTSW) desarrolló el proyecto Vitalsign6, el cual, incorpora los avances de la tecnología de la información sanitaria para implementar el tamizaje de depresión a gran escala.²⁵ Vitalsign6 utiliza el PHQ-2 como primera herramienta para la detección de un trastorno depresivo, si este es positivo, entonces automáticamente, el programa despliega el PHQ-9, de lo contrario, reprograma el PHQ-2, para que se realice un año después y así darles

seguimiento a las personas incorporadas al Vitalsign6. Luego de realizar varios estudios que evalúan la efectividad de este proyecto en mejorar la detección y tratamiento de la depresión, se ha concluido que contribuye significativamente en la identificación y el manejo de la depresión en el primer nivel de salud.²⁶

1.2.2. Puntuación e interpretación

Cada pregunta tiene una puntuación de 0 a 3, donde 0 es (ningún día) y 3 es (casi todos los días), para sumar un total de 0 a 6 puntos. Un resultado positivo, ha sido definido con una puntuación mayor o igual a 3.²¹ Se recomienda administrar el PHQ-9 seguido de un resultado positivo, así como, referir a un especialista para que realice una entrevista estructurada que evalúe el trastorno depresivo mayor.¹⁹

1.3. Escala de clasificación de la depresión de Hamilton (HDRS)

Tabla 4: Características generales de la escala HDRS.

Objetivo	Evaluar severidad y cambio en síntomas depresivos.	
Población	Adultos	
Sensibilidad / Especificidad	0.81 / 0.65 ²⁷	
Ítems	Versión original 21 ítems. Existen versiones de 17 y 24 ítems.	
Puntuaciones	0 a 4 puntos y 0 a 2 puntos; donde la puntuación mayor presenta mayores síntomas y molestias respecto al criterio evaluado.	
Rango de puntuación	0-52 puntos	
Punto de corte recomendado	>= 17 ²⁷	
Duración	30 min	
Administración	Entrevista estructurada con cuestionario hecha por un clínico.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Max Hamilton	
Año	1,960	
Referencia	A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1960; 23: 56-62.	
Descarga	https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf	

Elaboración propia.

1.3.1.Generalidades

Desarrollada por el psiquiatra inglés Max Hamilton en 1960, con el fin de evaluar, la respuesta del paciente deprimido al tratamiento farmacológico antidepresivo.²⁸ Desde entonces, así como ha sido utilizada para evaluar el progreso de los pacientes después de iniciar un tratamiento, también ha servido como herramienta para medir la severidad de los síntomas de depresión.¹⁵

La escala está dirigida a pacientes que ya fueron diagnosticados con un desorden afectivo de tipo depresivo.²⁸ Debe ser administrada por un clínico experimentado, en una entrevista estructurada que dura 30 minutos aproximadamente.²⁹

Los síntomas evaluados en la escala de Hamilton son:

- Estado de ánimo deprimido
- Sentimientos de culpa
- Insomnio
- Tendencias suicidas
- Trabajo y pérdida de interés
- Retardo psicomotor
- Agitación psicomotora
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas somáticos generales
- Hipocondriasis
- Autopercepción
- Pérdida de peso

La importancia de la escala de Hamilton radica en que desde su creación, además de ser utilizada como estándar de oro para la evaluación de las terapias antidepresivas por muchos años, permitió a los psiquiatras, entender la depresión como un episodio tratable y no como una condición con la que se vivía para el resto de la vida.³⁰

1.3.2.Puntuación e interpretación

Aunque existen versiones con 17 y 24 variables, la versión original consta de 21 variables³¹. Cada variable es medida en escalas de 0 a 4 puntos o de 0 a 3 puntos, dependiendo del criterio operativo de puntuación indicado. La puntuación total se obtiene

sumando la puntuación de cada variable. Existen varias normas de interpretación para la escala de Hamilton, a continuación, se presentan los puntos de corte propuestos por las guías de la asociación americana de psicología (APA).³²

Tabla 5: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (HDRS).

Puntuación	Gravedad
0-7	No depresión
8-13	Leve
14-18	Moderada
19-22	Severa
>23	Muy Severa

Fuente: Tomado de: guía de tratamiento y manejo de la depresión NICE.³²

En cuanto al uso de la herramienta para monitorear los resultados de la terapia elegida, una puntuación total menor a 7 puntos, significa que la persona ha logrado la remisión de la enfermedad y una puntuación menor a 10 puntos, significa que ha respondido satisfactoriamente al tratamiento establecido.³³

1.4. Índice de bienestar general de la OMS (WHO-5)

Tabla 6: Características generales de la escala WHO-5.

Objetivo	Evaluar bienestar mental	
Población	Adultos y adultos mayores	
Sensibilidad / Especificidad	0.94 / 0.78 ⁴	
Ítems	5	
Puntuaciones	0 (no presente) a 5 (presente constantemente o todo el tiempo)	
Rango de puntuación	0-25 puntos	
Punto de corte recomendado	>= 13 ⁶	
Duración	5 a 10 min	
Administración	Cuestionario autoadministrado	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	
Año	1,998	
Referencia	Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, et al. Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression.	
Descarga	https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Spanish.pdf	

Elaboración Propia.

1.4.1.Generalidades

El WHO-5 es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems que mide el bienestar mental de una persona. Fue presentado en 1998 por la Oficina Regional Europea de la OMS como parte del proyecto DEPCARE, el cual tenía como objetivo, promover el tamizaje de depresión en el primer nivel de atención, para reducir la prevalencia de los desórdenes mentales.³⁴

El origen del WHO-5 está relacionado a la escala de depresión de Zung (ZDS, por sus siglas en inglés), al cuestionario general de salud (GHQ) y a la Escala de Bienestar General Psicológico.³⁵ Ya que fue de estos instrumentos, de donde se obtuvieron los ítems para desarrollar un cuestionario de 28 preguntas, utilizado por la OMS, en un estudio que pretendía medir el bienestar mental de pacientes que utilizaban dos tratamientos diferentes de insulina.³⁶ Al identificar, de éste cuestionario de 28 preguntas, los 10 ítems más válidos para medir el bienestar mental de los pacientes, surgió el WHO-10, del cual deriva el WHO-5, con la diferencia, que el WHO-5, omite todos los enunciados redactados en forma negativa, que sí incluía el WHO-10.³⁷

El WHO-5 ha sido utilizado alrededor del mundo en muchas investigaciones, pues la OMS, lo ha traducido a más de 30 idiomas, es de dominio público, y su validez y fiabilidad han sido demostradas, en diferentes contextos.^{37,38,39,40,41} Por ejemplo, ha sido recomendado en Japón, para identificar pacientes diabéticos con episodios depresivos.⁴⁰

Además, el índice de bienestar mental no es el único producto de la escala WHO-5. Su utilidad para medir la severidad del cuadro depresivo ha sido bien demostrada.³⁹

1.4.2.Puntuación e Interpretación

Al administrar el WHO-5, el paciente debe indicar la opción que mejor describa, cómo se ha sentido durante las últimas 2 semanas. Cada uno de los 5 ítems, puede tener un valor que va de 0 a 5 puntos; siendo 5 puntos, la opción que representa la mayor frecuencia de las afirmaciones, o sea, mayor bienestar.³⁷

Con el fin de presentar el resultado como un porcentaje, la suma total de todos los ítems, debe ser multiplicada por 4. Siendo 100% el máximo bienestar psicológico de un paciente.³⁷

1.5. Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Tabla 7: Características generales de la escala HADS.

Objetivo	Detectar trastornos depresivos y de ansiedad en el contexto hospitalario no psiquiátrico.	
Población	Pacientes de 16 a 65 años.	
Sensibilidad / Especificidad	0.85 / 0.76 ⁴	
Ítems	7 (ansiedad) + 7 (depresión)	
Puntuaciones	0 a 3 puntos; la puntuación máxima (3 puntos) siempre representa mayores síntomas asociados a depresión y ansiedad.	
Rango de puntuación	0-21 puntos	
Punto de corte recomendado	Puntuación de 8-10 (caso posible) Puntuación de 11-21 (caso probable) ¹⁷	
Duración	2 a 5 min	
Administración	Cuestionario autoadministrado	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	A. S. Zigmond, R. P. Snaith	
Año	1,983	
Referencia	The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-370.	
Descarga	https://www.gi-assessment.co.uk/assessments/products/hospital-anxiety-depression-scale/	

Elaboración propia.

1.5.1. Generalidades

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria es una herramienta muy bien reconocida para identificar trastornos depresivos, evaluar su gravedad y monitorear el curso del tratamiento en la atención primaria y en entornos hospitalarios.⁴² Desarrollada en 1983 por Zigmond y Snaith, para detectar estados depresivos y de ansiedad en pacientes de las clínicas ambulatorias hospitalarias con enfermedades físicas.⁴³

Es importante resaltar que el HADS no toma en cuenta síntomas somáticos ni pensamientos suicidas, por lo que se centra en formas relativamente leves del trastorno depresivo.

Aunque el nombre de la escala sugiera que solo es posible utilizarla con pacientes hospitalizados, muchas investigaciones respaldan su validez en contextos más generales como la atención primaria.⁴⁴ Y también en contextos más específicos, por ejemplo, en

España, es la escala recomendada por la Sociedad Española de Reumatología, para evaluar depresión y ansiedad en pacientes con Fibromialgia.⁴⁵

1.5.2. Puntuación e Interpretación

Es un instrumento que puede ser autoadministrado. Consta de dos subescalas, una para evaluar síntomas depresivos y otra para medir síntomas de ansiedad, ambos en la última semana. Cada subescala está compuesta por 7 ítems. Cada ítem puede ser calificado de 0 a 3, por lo que el puntaje total puede ir de 0 a 21 puntos en cada subescala. Con un puntaje mayor o igual a 11 se considera un caso probable, mientras que un puntaje entre 8 y 10 sugiere un caso posible.¹⁷

Una reclasificación, permitió dividir los resultados en cuatro categorías, de acuerdo a la severidad del estado de ánimo evaluado: 0-7 (normal), 8-10 (leve), 11-15 (moderado), 16-21 (severo).⁴⁴

1.6. Inventario de depresión de Beck (BDI)

Tabla 8: Características generales de la escala BDI.

Objetivo	Evaluar severidad de síntomas depresivos.	
Población	Pacientes mayores de 13 años.	
Sensibilidad / Especificidad	BDI-II: 0.80 / 0.76 ⁴⁶ ; BDI-PC: 0.82 / 0.82 ⁴⁷	
Ítems	Versión original: BDI-II (21 ítems), versión para primer nivel de salud: BDI-PC (7 ítems)	
Puntuaciones	0 a 3 puntos; donde la puntuación máxima de 3 puntos representa la forma extrema del síntoma.	
Rango de puntuación	BDI-II: 0-63; BDI-PC: 0-21	
Punto de corte recomendado	BDI-II: ≥ 20 ⁴⁶ ; BDI-PC: ≥ 4 ⁴⁷	
Duración	BDI-II 5-10 minutos; BDI-PC < 5 minutos.	
Administración	Cuestionario autoadministrado	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Aaron T Beck, Gregory K Brown, Robert A Steer.	
Año	BDI-II: 1,996; BDI-PC: 2,000	
Referencia	Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behav Res Ther. 1997;35(8):785–91	
Descarga	http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth.aspx	

Elaboración propia.

1.6.1.Generalidades

Con el objetivo de proveer una herramienta que estudiara la depresión y su intensidad desde un punto de vista cuantitativo, Beck et al. en 1961, creó un inventario de criterios, basados en comportamientos y manifestaciones características, que según la literatura psiquiátrica y la observación sistemática correspondían a pacientes deprimidos.⁴⁸

El BDI consiste en un inventario de 21 ítems que describen los síntomas y manifestaciones conductuales de depresión. En concordancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck⁴⁹, es la herramienta que posee la mayor cantidad de ítems cognitivos, sin embargo, no indaga en síntomas motores y de ansiedad.³¹

A través del tiempo el inventario de depresión de Beck ha sido sometido a revisiones, surgiendo dos versiones más. La primera (BDI-IA) en 1,978 y la segunda (BDI-II) en 1,996. Son pocos los cambios realizados en el BDI-IA de la herramienta original, además de reorganizar los ítems para evitar proposiciones negativas seguidas una de otra, se extendió el marco del tiempo y se incluyó el día actual en la opción “durante la semana pasada, incluido el día de hoy”. En cuanto a los cambios realizados en el BDI-II, se omitieron ítems relacionados a la pérdida de peso, la imagen corporal, la hipocondría, y la dificultad para trabajar, con el fin de empatarlo con los criterios del DSM-IV.¹⁷ El BDI-II se ha traducido a varios idiomas y respeta los criterios del DSM-IV reconocidos mundialmente, como estándar de oro.⁵⁰

Además del BDI-IA y el BDI-II, se ha desarrollado una versión corta del inventario de Beck, formalmente conocido como Inventario de Beck para atención primaria (BDI-PC).¹⁷ Creado para ser utilizado en el primer nivel de atención, omite algunos elementos somáticos del BDI-II y se enfoca solamente en síntomas cognitivos y afectivos. Resultando en 7 ítems que investigan la frecuencia de síntomas de tristeza, pesimismo, fracaso pasado, anhedonia, autodesprecio, autocrítica y pensamientos suicidas, en las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se realiza el auto reporte.⁴⁷

1.6.2.Puntuación e interpretación

Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos indicando el grado de severidad de cada síntoma, donde 0 es nada y 3 es la forma extrema de cada síntoma. El rango de

puntuación es de 0 a 63 en el BDI-II y de 0 a 21 en el BDI-PC. Para medir la severidad del cuadro depresivo en el primer nivel de atención con el BDI-PC, un puntaje entre 0 y 3 es el rango mínimo o normal, un puntaje entre 4 y 8 corresponde a depresión leve, un puntaje entre 9 y 12 corresponde a depresión moderada, y un puntaje entre 13 y 21 corresponde a depresión severa.¹⁷

1.7. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos revisada (CESD-R)

Tabla 9: Características generales de la escala CESD-R.

Objetivo	Medir el nivel de sintomatología depresiva. ⁵¹	
Población	Población general mayores de 13 años. Existen versiones para poblaciones específicas. ¹⁷	
Sensibilidad y Especificidad	84% y 60% ⁵²	
Ítems	20 ítems	
Puntuaciones	0 puntos (menos de 1 día), 1 punto (de 1 a 2 días), 2 puntos (3-4 días), 3 puntos (5-7 días), 3 puntos (casi todos los días por 2 semanas).	
Rango de puntuación	CESD-R: 0-60 ¹⁷	
Punto de corte recomendado	CESD-R: ≥ 22 ⁵²	
Duración	CESD-R: 5-10 minutos	
Administración	Cuestionario autoadministrado.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Lenore Sawyer Radloff, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland.	
Año	1,977	
Referencia	Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas. 1977;1:385–401	
Descarga	https://cesd-r.com/wp-content/uploads/2019/03/CESD-R-Spanish.pdf	

Elaboración propia.

1.7.1. Generalidades

El CES-D es un cuestionario de autoinforme desarrollado para estudiar la epidemiología de los síntomas depresivos en la población general.⁵¹ Las preguntas indagan sobre la presencia y evolución, en la últimas dos semana, de los 9 síntomas asociados a un episodio depresivo, propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición del DSM. Estos síntomas son⁵³:

1. Disforia: sentimiento de desagrado o de inconformidad; estado de ánimo de insatisfacción e intranquilidad general.²²
2. Anhedonia
3. Aumento o disminución del apetito
4. Alteración del sueño
5. Falta de concentración/pensamiento lento
6. Culpa o sentimiento de invalidez
7. Fatiga
8. Agitación
9. Ideación suicida

A lo largo del tiempo, se han desarrollado varias versiones de este instrumento. La versión original con 20 preguntas (CESD-20) fue acortada para pacientes adultos, originando el CESD-10. Así mismo, existen otras versiones que oscilan entre 4 y 16 ítems, dirigidas a poblaciones específicas.¹⁷

La validación realizada en el año 2011 por Van Dam y Earleywine concluyó que el CESD-R, la versión revisada del CESD-20, es una herramienta consistente y de amplia aplicabilidad en la población general, por lo que es bien recomendada para utilizar en el primer nivel de atención.⁵⁴

1.7.2.Puntuación e interpretación

El cuestionario tiene cinco opciones de respuesta, dependiendo de la frecuencia del síntoma evaluado.

- nunca o menos de 1 día = 0 puntos
- 1 - 2 días = 1 punto
- 3 - 4 días = 2 puntos
- 5 - 7 días = 3 puntos
- casi todos los días por 2 semanas = 3 puntos

Al sumar todos los ítems, se obtiene un total que oscila entre 0 y 60 puntos en la escala de 20 ítems y entre 0 y 30 en la escala de 10 ítems. Un alto puntaje sugiere mayor sintomatología depresiva.⁵⁴

1.8. Escala de depresión de Zung (ZDS).

Tabla 10: Características generales de la escala ZDS.

Objetivo	Evaluar la severidad del episodio depresivo.	
Población	Población general (adolescentes, adultos y adultos mayores) ⁵⁵	
Sensibilidad / Especificidad	0.78 / 0.92 ⁵⁶	
Ítems	20	
Puntuaciones	Rango de 1 a 4 de acuerdo a la frecuencia de los síntomas.	
Rango de puntuación	20 – 80 puntos	
Punto de corte recomendado	>=55 puntos en atención primaria ⁶ y >=39 puntos en adultos mayores ⁵⁷	
Duración	5 minutos	
Administración	Cuestionario autoadministrado.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	W. Zung	
Año	1,965	
Referencia	Zung WW. A Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry. 1965;12(1):63	
Descarga	http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf	

Elaboración propia.

1.8.1.Generalidades

La escala de autoevaluación de depresión de Zung es un cuestionario de autoinforme, creada en el año 1,965 por William Zung, con el fin de desarrollar una herramienta sencilla que detectara la presencia y midiera la severidad de un episodio depresivo.⁵⁸

La herramienta está compuesta por 20 ítems que detectan síntomas afectivos, psicológicos y somáticos asociados con la depresión.⁵⁵

Una de las ventajas del ZDS es que ha demostrado ser eficaz en varios entornos, incluyendo la atención primaria. Sin embargo, como todas las herramientas de tamizaje, no pueden reemplazar la entrevista clínica para confirmar un diagnóstico de depresión.⁵⁹ La escala de Zung también proporciona una herramienta simple para monitorear los cambios en la gravedad de la depresión a lo largo del tiempo.⁵⁵

1.8.2. Puntuación e interpretación

Los ítems han sido redactados en sentido positivo y en sentido negativo, los cuales se puntúan en una escala tipo Likert que va del 1 al 4. Los ítems redactados en sentido negativo como, “me siento abatido, desanimado y triste”, se puntúan más alto cuando la frecuencia de presentación es mayor. Los ítems redactados en sentido positivo como, “siento que soy útil y necesario”, se puntúan más bajo cuando la frecuencia de presentación es mayor. La razón por la que se intercalan los ítems positivos y negativos es, evitar que el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas.⁵⁹

El total obtenido de la suma de todos los ítems puede variar de 20 a 80. Una puntuación entre 20 y 35 indica depresión ausente, una puntuación entre 36 y 51 indica depresión subclínica y variantes normales, una puntuación entre 52 y 67 indica una depresión media-severa, mientras que una puntuación igual o mayor a 68 indica depresión grave.³¹

1.9. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS)

Tabla 11: Características generales de la escala GDS.

Objetivo	Tamizar depresión en adultos mayores.	
Población	Adultos mayores.	
Sensibilidad / Especificidad	GDS-30 = 0.96 / 0.92; GDS-15 = 0.96 / 0.84; GDS-5 = 0.79 / 0.77 ⁶⁰	
Ítems	Versiones de 30, 15 y 5 ítems.	
Puntuaciones	Cada ítem puede puntuar 1 o 0.	
Rango de puntuación	GDS-30 = 0-30 puntos; GDS-15 = 0-15 puntos; GDS-5 = 0-5 puntos.	
Punto de corte recomendado	GDS-30 $\geq$ 13 puntos; GDS-15 $\geq$ 5 puntos; GDS-5 $\geq$ 2 puntos. ⁶⁰	
Duración	GDS-30 = 10-15 min; GDS-15 = 5-7 min; GDS-5 = 1 minuto.	
Administración	Cuestionario autoadministrado.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.

Autores	T. L. Brink, J. A. Yesavage, O. Lum
Año	1,982
Referencia	Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37–49
Descarga	https://web.stanford.edu/~yesavage/Spanish5.html

Elaboración propia.

1.9.1.Generalidades

Desarrollada por J.A. Yesavage et al. en 1,982, específicamente para tamizar la presencia de depresión en personas de la tercera edad. Originalmente fue construida con 30 preguntas con posible respuesta dicotómica sí/no, con el fin de facilitar su administración que es autoaplicada.²⁹ Luego, con el objetivo de disminuir la fatiga o falta de concentración observada en los ancianos, se desarrollaron dos versiones más breves, una de 15 ítems (GDS-15) y otra de 5 ítems (GDS-5).¹⁷ Se enfoca en síntomas cognitivos y afectivos, más que en los síntomas somáticos que en la tercera edad, tienen un menor poder discriminativo en la detección de depresión.⁶¹

Todas las versiones son de dominio público y se encuentran disponibles en varios idiomas, incluyendo el español.³¹

1.9.2.Puntuación e interpretación

Cada ítem puede tener un valor de 1 o 0, sumando la puntuación de cada uno de los ítems, se obtiene una puntuación total que va de 0 a 30 en la versión larga, de 0 a 15 o de 0 a 5 en las versiones más cortas. En la versión de 15 ítems, una respuesta afirmativa en los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 vale 1 punto. Una respuesta negativa para el resto de los ítems (1, 5, 7, 11 y 13) también vale 1 punto. La versión de 5 ítems, consta de los ítems 1,3, 4, 6 y 15 de la versión de 15 ítems.¹⁷

Un resultado mayor o igual a 11 puntos en el GDS-30 indica un posible caso de depresión, con una sensibilidad y especificidad de 84% y 95% respectivamente. Sin embargo, utilizar un punto de corte de 14 puntos, demostró en el estudio de Bink et al. Una disminución de la sensibilidad a 80%, pero una especificidad del 100%.²⁹ Para el GDS-15

el punto de corte es una puntuación mayor o igual a 5 puntos, mientras que para el GDS-5 el punto de corte es una puntuación mayor o igual a 2 puntos.³¹

El resultado del GDS-30 también se puede interpretar como una medida de la severidad del episodio depresivo, como sigue:

Tabla 12: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (GDS-30).

Puntaje	Gravedad del episodio depresivo
0-9	Normal
10-19	Depresión leve
20-30	Depresión severa

Fuente: Brink et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale.²⁹

1.10. Escala de malestar psicológico de Kessler (K)

Tabla 13: Características generales de la escala de Kessler.

Objetivo	Tamizar depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV	
Población	Adolescentes mayores de 13 años, Adultos y Adultos mayores.	
Sensibilidad y Especificidad	K10 = 0.79 / 0.79 ⁶² ; K6 = 0.78 / 0.73 ⁶³	
Ítems	Versiones de 10 (K10) y 6 ítems (K6).	
Puntuaciones	1 (nunca) y 5 (siempre)	
Rango de puntuación	K10 = 10-50 puntos; K6 = 6-30 puntos	
Punto de corte recomendado	K10 = 21 puntos ⁶² ; K6 = 9 puntos ⁶³	
Duración	K10 = 3 minutos; K6 = 2 minutos	
Administración	Cuestionario autoadministrado.	Materiales: Lápiz y cuestionario impreso.
Autores	Kessler et. Al	
Año	2,003	
Referencia	Furukawa, T.A., Kessler, R.C., Slade, T., Andrews, G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being Psychological Medicine. 33:357-362	
Descarga	https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php	

Elaboración propia

1.10.1. Generalidades

Escala desarrollada por Kessler et. Al con el apoyo del Centro Nacional de Estadísticas de Salud del gobierno de Estados Unidos con el fin de crear una herramienta

de tamizaje sensible a los trastornos descritos en el DSM-IV y utilizarla en la Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos (NHIS, por sus siglas en inglés).⁶⁴

El K-10 por su brevedad, validez y confiabilidad es altamente recomendado en el ámbito del primer nivel de atención en salud.⁶² En Australia fue incluida en la Encuesta Nacional de Salud Mental y Bienestar, tamizando a más de 10,500 personas y demostrando una buena precisión.⁶⁵ En Canadá también fue utilizada como parte de la Encuesta Nacional de Salud.⁶⁴

1.10.2. Puntuación e interpretación

La K-10 Consta de 10 preguntas que buscan síntomas de malestar psicológico relacionado a la depresión y ansiedad en las cuatro semanas previas a la aplicación.⁶⁶ Las opciones de respuesta son tipo Likert, organizadas en cinco niveles: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. La opción de respuesta “siempre” se le asigna 5 puntos y la opción de respuesta “nunca” se le asigna 1 punto. Al sumar el valor de cada respuesta se puede obtener un valor total que va de 10 a 50 puntos. Los puntos de corte se detallan en tabla No. 11:⁶²

Tabla 14: Puntos de corte escala de Kessler (K-10).

Puntuación K-10	Nivel de malestar psicológico
10 – 15	Bajo
16 – 21	Moderado
22 – 29	Alto
30 – 50	Muy alto

Elaboración propia.

Los ítems 2, 3, 5, 7, 9 y 20 de la K-10, constituyen una versión más breve, la K-6.⁶³ La K-6 fue desarrollada usando métodos de psicometría moderna para seleccionar las preguntas con mayor precisión.⁶⁷ La K-6 se prefiere en la detección de cualquier trastorno del estado de ánimo del DSM-IV debido a su brevedad y consistencia en submuestras.⁶⁴ Debido a su buena confiabilidad demostrada por múltiples estudios fue adoptada por dos grandes e importantes encuestas en los Estados Unidos, la Encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductual de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades

(CDC, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Uso de Drogas y Salud (SAMHSA, por sus siglas en inglés).⁶⁷

Las puntuaciones asignadas a las respuestas de las preguntas de la K-6 son las mismas que se utilizan en la K-10. Valores que van de 1 a 5, dependiendo de la frecuencia de los síntomas, por lo que el resultado total puede variar entre 6 y 30 puntos. El método de evaluación propuesto por varios estudios es dicotómico, clasificando un resultado entre 6 y 18 como “probablemente no tiene una enfermedad mental grave, y un resultado entre 19 y 30 como “probable enfermedad mental grave”.⁶⁴

CAPITULO 2: CARACTERÍSTICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS DE LOS INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SUMARIO:

- **Sensibilidad**
- **Especificidad**
- **Duración**
- **Administración y complejidad**

Un instrumento de tamizaje produce un resultado, positivo o negativo. La calidad de este resultado depende de la certeza que haya en él. Si es positivo ¿en realidad es positivo? Si es negativo ¿en realidad es negativo?

Un resultado confiable, en la práctica médica, es indispensable. Así como, asegurarnos que el instrumento que utilizamos, realmente mide lo que queremos medir, que el resultado sea válido.

La ciencia, a través de la matemática y la estadística, ha sido utilizada para medir la confianza y validez de los resultados de diferentes cuestionarios, utilizados en el tamizaje de depresión. Medición que puede ser posible, al reconocer conceptos como sensibilidad o especificidad. La sensibilidad y especificidad de estos instrumentos han sido un tema muy bien investigado. La mayoría de las investigaciones, utiliza tres entrevistas estructuradas, como prueba diagnóstica de referencia para comparación: la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) de la OMS, la evaluación clínica estandarizada versión I (SCID-I) y la mini entrevista neuropsiquiátrica (MINI).⁶⁸

Es así, como en el siguiente capítulo, se sintetiza la información de diferentes investigaciones que, con el fin de distinguir, el mejor instrumento de tamizaje de depresión, en el contexto de atención primaria, han descrito y comparado, sus características cuantitativas y cualitativas.

1.1 Sensibilidad

Es la capacidad con la que un instrumento de tamizaje puede detectar un verdadero positivo. Es decir, es la probabilidad de tener un resultado positivo cuando la persona realmente está enferma. Su valor es el cociente entre el número de enfermos con prueba positiva (VP) y el total de enfermos con prueba positiva y prueba negativa (FN). ⁶⁹

$$\text{Sensibilidad} = \text{VP} / \text{VP} + \text{FN}$$

Para visualizar fácilmente estos valores, se puede construir una tabla de contingencia, la cual relaciona y compara, los resultados del instrumento (positivo o negativo) con el estado de enfermedad, según el estándar de referencia (enfermo o sano).

Tabla 15: Tabla de contingencia.

Resultado del instrumento	Diagnóstico (Estándar de oro)	Enfermo	Sano
Positivo		Verdadero positivo (VP)	Falso positivo (FP)
Negativo		Falso negativo (FN)	Verdadero negativo (VN)

Elaboración propia.

La variabilidad de la sensibilidad de un instrumento de tamizaje, depende del contexto en donde se realiza la prueba y las características del tamizado. ⁶⁹

Un resultado negativo de una herramienta muy sensible, descarta la enfermedad, ya que tiene alta capacidad para detectar a los que verdaderamente están enfermos. ⁷⁰

Luego de la revisión de reportes psicométricos de instrumentos de tamizaje de depresión, con más validez y pertinencia en el contexto de la atención primaria, dándole prioridad a aquellos con mayor población y con mejores referencias, se presenta el rango de sensibilidad encontrado, así como el punto de corte que fue tomado en cuenta para el cálculo.

Tabla 16: Sensibilidad de instrumentos de tamizaje recomendados en el primer nivel de atención.

No.	Instrumento de tamizaje de depresión	Rango de especificidad	Punto de corte óptimo
1	PHQ-2	0.79	>= 3
2	PHQ-9	0.88	>= 10
3	HDRS-17	0.81	>= 17
4	WHO-5	0.94	>= 13
5	HADS	0.85	>= 8
6	BDI-II	0.80	>= 20
7	BDI-PC	0.82	>= 4
8	CESD-R	0.84	>= 22
10	ZDS	0.78	>= 55
11	GDS-30	0.96	>= 13
12	GDS-15	0.96	>= 5
13	GDS-5	0.79	>= 2
14	K-10	0.79	>= 21
15	K-6	0.78	>= 9
PHQ (Cuestionario sobre la salud del paciente); HDRS (Escala de Hamilton); WHO-5 (Índice de bienestar general de la OMS); HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria); BDI-II (Inventario de depresión de Beck-II); BDI-PC (Inventario de depresión de Beck para atención primaria); CESD (Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos); ZDS (Escala de depresión de Zung); GDS (Escala de Yesavage para depresión geriátrica); K (Escala de malestar psicológico de Kessler)			

Elaboración propia.

1.2 Especificidad

La especificidad de un instrumento de tamizaje es la proporción de personas sanas tamizadas, con resultados de prueba negativa.⁶⁹

Entonces, utilizando la misma tabla de contingencia (Tabla No.15) podemos definir el valor de la especificidad, como el cociente entre el número de personas sanas con prueba positiva, o sea, falsos positivos (FP) y el total de pacientes sanos, con prueba negativa (VN) y con prueba positiva (FP).⁶⁹

$$\text{Especificidad} = \text{FP} / \text{FP} + \text{VN}$$

El resultado positivo de un instrumento muy específico es de gran ayuda en la práctica clínica, ya que la probabilidad que sea falso tiende a ser cero. Esto quiere decir que si detectamos depresión en un paciente con un instrumento muy específico, es muy probable que en realidad esté enfermo.⁶⁹

Estudios recientes sobre la especificidad de instrumentos utilizados para detectar depresión en el primer nivel de atención, revelan valores que oscilan entre 43 y 100%.⁷¹

A continuación, se presenta la especificidad de los instrumentos de tamizaje de depresión, más recomendados en la atención primaria, en cantidades decimales:

Tabla 17: Especificidad de los instrumentos de tamizaje de depresión recomendados en el primer nivel de atención.

No.	Instrumento de tamizaje de depresión	Rango de especificidad	Punto de corte óptimo
1	PHQ-2	0.92	>= 3
2	PHQ-9	0.88	>= 10
3	HDRS-17	0.65	>= 17
4	WHO-5	0.78	>= 13
5	HADS	0.76	>= 8
6	BDI-II	0.76	>= 20
7	BDI-PC	0.82	>= 4
8	CESD-R	0.60	>= 22
10	ZDS	0.92	>= 55
11	GDS-30	0.92	>= 13
12	GDS-15	0.84	>= 5
13	GDS-5	0.77	>= 2
14	K-10	0.79	>= 21
15	K-6	0.73	>= 9
PHQ (Cuestionario sobre la salud del paciente); HDRS (Escala de Hamilton); WHO-5 (Índice de bienestar general de la OMS); HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria); BDI-II (Inventario de depresión de Beck-II); BDI-PC (Inventario de depresión de Beck para atención primaria); CESD (Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos); ZDS (Escala de depresión de Zung); GDS (Escala de Yesavage para depresión geriátrica); K (Escala de malestar psicológico de Kessler)			

Elaboración propia.

1.3 Duración

El promedio del tiempo invertido en una prueba de tamizaje de depresión son 5 minutos.⁷² La alta concurrencia en las clínicas del primer nivel de atención, sugiere una corta duración como característica importante de una herramienta efectiva. Cualidad con la que cumple la PHQ-2, tomando 2 minutos en promedio para realizar completamente el cuestionario. Los instrumentos que toman más tiempo en completar, son el inventario de Beck, con un promedio de 15 minutos y la escala de Hamilton con un promedio de 30 minutos.⁵⁰

En promedio una consulta en un centro del primer nivel de atención no dura más de 15 minutos.⁷³ De allí, la importancia que la herramienta de tamizaje no dure más de la mitad de la consulta. Por ejemplo, la herramienta PRIME-MD utilizada para evaluar los desórdenes mentales más comunes en la atención primaria, tomando en cuenta los criterios del DSM-IV, toma alrededor de 8.4 minutos para su administración; razón que impulsó el desarrollo de las versiones más cortas y más recomendadas en la actualidad para el tamizaje de depresión a nivel primario de atención en salud, la PHQ-2.¹⁵

Un instrumento, se considera corto si su administración dura menos de 5 minutos y se considera ultra corto si su administración dura menos de 2 minutos.²³ Los instrumentos de tamizaje de depresión ultra cortos han sido recomendados por su fácil administración y ahorro de tiempo en clínicas de atención primaria. Esto, con la condición de que exista una segunda etapa de evaluación, ya que un estudio sobre la precisión de estos instrumentos ultra cortos, evidenció que identifican correctamente 8 de 10 casos, pero solamente 4 de 10 resultados positivos, realmente estaban deprimidos.⁷²

Tabla 18: Duración promedio de la ejecución de los instrumentos más utilizados en el primer nivel de atención en salud.

No.	Instrumento de tamizaje de depresión	Tiempo promedio de ejecución
1	PHQ-2	< 1 min
2	PHQ-9	< 3 min
3	HDRS-17	30 min
4	WHO-5	5 a 10 min
5	HADS	2 a 5 min

6	BDI-II	5 a 10 min
7	BDI-PC	< 5 min
8	CESD-R	5 a 10 min
9	CESD-10	< 5 min
10	ZDS	5 min
11	GDS-30	10 a 15 min
12	GDS-15	5 a 7 min
13	GDS-5	1 min
14	K-10	3 min
15	K-6	2 min
PHQ (Cuestionario sobre la salud del paciente); HDRS (Escala de Hamilton); WHO-5 (Índice de bienestar general de la OMS); HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria); BDI-II (Inventario de depresión de Beck-II); BDI-PC (Inventario de depresión de Beck para atención primaria); CESD (Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos); ZDS (Escala de depresión de Zung); GDS (Escala de Yesavage para depresión geriátrica); K (Escala de malestar psicológico de Kessler)		

Elaboración propia.

1.4 Administración y Complejidad

La herramienta más recomendada en el primer nivel de atención es un cuestionario que tiene la característica de poder ser autoadministrado o dirigido, cualidad que comparte con la mayoría de herramientas para detectar casos de depresión. Es importante recordar que el estándar de oro para diagnosticar depresión, es una entrevista guiada utilizando criterios del DSM o CIE-10.⁷⁴

Una herramienta auto evaluable es fácil de administrar. También, ahorra tiempo de consulta, ya que el paciente puede realizarla mientras espera a pasar con el médico. Además, otorga cierto nivel de intimidad que, de alguna forma, pueda generar respuestas que describan mejor, la frecuencia de los síntomas.²⁸

Hay que tomar en cuenta, que existe una falta de confiabilidad en todas las herramientas autoevaluables. Esto, debido al sesgo que puede existir por la interpretación y redacción de la pregunta en el cuestionario. Además, son poco útiles, si se desean utilizar con personas analfabetas o con personas gravemente enfermas.²⁸

Los cuestionarios autoadministrados tienen la ventaja que pueden realizarse vía electrónica o vía telefónica.⁷⁵ Las evaluaciones administradas por teléfono han sido consideradas en la investigación y la práctica de la salud pública. Ventajas como una mejor accesibilidad geográfica, mayor eficiencia, flexibilidad y costos reducidos respaldan la iniciativa.¹⁴ Escalas como el PHQ-9, HDRS y CES-D han sido validadas para su administración vía telefónica. El PHQ-9 ha presentado resultados similares en evaluaciones telefónicas y presenciales, concluyendo que la administración por teléfono de este instrumento es un procedimiento confiable para el tamizaje de depresión en el primer nivel de atención.⁷⁶ En cuanto a la evaluación de la severidad de depresión con la escala HDRS vía telefónica, G. Simon et al. obtuvieron resultados que concuerdan muy bien con una evaluación presencial, sin embargo, recomiendan que no se reemplace la entrevista telefónica por la evaluación clínica.⁷⁷ Otro estudio (n=546), demostró que no existían diferencias significativas en los resultados del CES-D por teléfono y en persona, en cuanto a fiabilidad, niveles de depresión y proporción de deprimidos, respaldando su uso vía telefónica.⁷⁸

El nivel de complejidad de la mayoría de los instrumentos de tamizaje es regular. Por ser autoadministrados, el paciente debe contar con un nivel básico de lectura equivalente al 5to o 6to grado de educación primaria y capacidad de elegir opciones de respuesta que según su autopercepción describan sus sentimientos y pensamientos.¹⁷

A continuación, se presentan los instrumentos de tamizaje de depresión y su forma de administración.

Tabla 19: Método de administración de los instrumentos de tamizaje de depresión más recomendados en el primer nivel de atención.

No.	Instrumento de tamizaje de depresión	Administración
1	PHQ-2	Autoadministrado
2	PHQ-9	Autoadministrado
3	HDRS-17	Entrevista estructurada por un cuestionario hecha por un clínico.
4	WHO-5	Autoadministrado
5	HADS	Autoadministrado
6	BDI-II	Autoadministrado

7	BDI-PC	Autoadministrado
8	CESD-R	Autoadministrado
9	CESD-10	Autoadministrado
10	ZDS	Autoadministrado
11	GDS-30	Autoadministrado
12	GDS-15	Autoadministrado
13	GDS-5	Autoadministrado
14	K-10	Autoadministrado
15	K-6	Autoadministrado
PHQ (Cuestionario sobre la salud del paciente); HDRS (Escala de Hamilton); WHO-5 (Índice de bienestar general de la OMS); HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria); BDI-II (Inventario de depresión de Beck-II); BDI-PC (Inventario de depresión de Beck para atención primaria); CESD (Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos); ZDS (Escala de depresión de Zung); GDS (Escala de Yesavage para depresión geriátrica); K (Escala de malestar psicológico de Kessler)		

Elaboración propia.

CAPITULO 3: ANÁLISIS

La mayoría de los estudios realizados para el desarrollo de instrumentos de tamizaje de depresión justifican sus esfuerzos en el gran impacto que representan los trastornos depresivos en la sociedad. Actualmente, el trastorno depresivo, es una de las enfermedades más discapacitantes a nivel mundial, con alta incidencia en los servicios de atención primaria y una de las enfermedades menos diagnosticadas, por falta de recursos y capacitación del personal de salud.

De allí la importancia del tamizaje de depresión, como estrategia para disminuir esta alta incidencia y la gran brecha que existe entre las personas que padecen un trastorno depresivo y las que personas que reciben tratamiento. Además, otro hecho que respalda la utilidad del tamizaje de depresión, es la fuerte correlación que existe entre la severidad del cuadro depresivo y falta de tratamiento.⁷⁹ Esto quiere decir, que los casos más severos son los que menos tratamiento han recibido, talvez porque ni si quiera han sido detectados.

Es importante reconocer la diferencia entre tamizar y diagnosticar. En depresión, existen instrumentos, como los cuestionarios presentados en el primer capítulo de esta monografía, que identifican casos probables (tamizan) y otros instrumentos, que son entrevistas estructuradas por criterios diagnósticos, como las entrevistas CIDI y SCID-I, que permiten diagnosticar trastornos depresivos.⁶⁸

Uno de los objetivos de esta monografía, era reconocer los instrumentos utilizados en el tamizaje de depresión, instrumentos que permiten reconocer casos que deben ser investigados con más atención.

Refiriéndonos al primer nivel de atención en salud de Guatemala, los recursos son limitados en salud mental. Esto justifica la búsqueda de evidencia sobre instrumentos que hagan más eficiente la atención médica. Es decir, un instrumento breve, sencillo, sensible y específico, que cuente con gran evidencia, sobre los beneficios de su ejecución en el tratamiento de la depresión.

De esta forma, se hizo una búsqueda exhaustiva sobre los instrumentos de tamizaje de depresión más recomendados en el primer nivel de atención, sobre sus características

generales, sobre el contexto en el que fueron desarrollados, sobre las características de la población para la que fueron diseñados. Así como, valores importantes a saber, para comparar su validez y confiabilidad.

Al implementar un proceso de tamizaje, debemos tomar en cuenta, el riesgo de clasificar un caso positivo, cuando realmente el paciente no está enfermo y el riesgo de pasar desapercibido un caso real de depresión y clasificarlo como caso negativo. Estos errores, dependen, no solo del paciente quien realiza la prueba y del médico quien la interpreta, pero también de la validez y confiabilidad intrínseca del instrumento. De allí, la importancia de reconocer las características de los instrumentos de tamizaje, con el fin de elegir, el que mejor se adapte, según sus características, al contexto donde será implementado y así, reducir el riesgo de cometer errores.

El proceso de tamizaje por sí solo, es nada más, el primer paso de un proceso integral, que involucra al paciente y requiere la participación activa del médico tratante. Un estudio de psico-oncología realizado en el Reino Unido, sobre el tamizaje de depresión en pacientes con cáncer en el primer nivel de atención, pone de manifiesto, acciones relacionadas al tamizaje que deben evitarse, por ejemplo, el uso de escalas demasiado complejas con baja confiabilidad, o tamizar sin dar tratamiento y seguimiento adecuado. Además, el mismo estudio en sintonía con muchas otras investigaciones en el tema, recomiendan esencialmente involucrar al paciente en su propio tratamiento para obtener mejores resultados.⁸⁰

Cuestionarios utilizados como pruebas de tamizaje, han sido desarrollados a través del tiempo. Algunos más breves y sencillos que otros, con el fin de facilitar el proceso de detección de depresión en servicios del primer nivel.

Estos cuestionarios están diseñados de cierta forma que, cada ítem añade una cantidad de puntos al total, dependiendo de la frecuencia de presentación del síntoma, signo o comportamiento, incluido en el ítem. De esta forma, se obtiene un total que se compara con el punto de corte propuesto por el desarrollador del cuestionario, para entonces decidir si el resultado es positivo o negativo.

El punto de corte, juega un papel importante en cuanto a la sensibilidad y especificidad del instrumento. Es decir, la sensibilidad y especificidad de un instrumento,

dependen del punto de corte que se establezca. Esto quiere decir que, si se mide la sensibilidad y especificidad de un mismo instrumento, administrado a las mismas personas, en dos ocasiones, con diferentes puntos de corte, obtendremos valores diferentes, muchas veces mejorando la sensibilidad y empeorando la especificidad o viceversa.

Los cuestionarios utilizados como instrumentos de tamizaje, también son utilizados como herramientas que evalúan grados de severidad del cuadro depresivo, si es que existe alguno. Además, así como se indica un punto de corte para indicar que el resultado es positivo o negativo, también se presentan rangos de puntuaciones, que responden a la gravedad y frecuencia de los síntomas incluidos en cada ítem del cuestionario.

Es así, como un cuestionario puede ser utilizado para varios propósitos, incluyendo el tamizaje de depresión; como una herramienta que indica la severidad de los síntomas y, además, como una herramienta eficaz que evalúa los resultados, positivos o negativos, de un tratamiento antidepresivo prescrito.

CONCLUSIONES

Es un cuestionario estandarizado el instrumento que se utiliza en el tamizaje de depresión. Existe gran variedad de estos, los más recomendados, tienen la característica de estar alineados a los criterios del DSM-IV para diagnosticar un episodio depresivo mayor.

Por su brevedad y fácil administración, así como su buena sensibilidad y especificidad, el instrumento de tamizaje de depresión más recomendado en el ámbito de la atención primaria en salud es la escala sobre la salud del paciente (PHQ), incluyendo las dos versiones, la de 2 ítems (PHQ-2) y la de 9 ítems (PHQ-9).

Las 9 preguntas del cuestionario PHQ-9 están vinculadas a los 9 criterios expuestos en la entrevista (SCDI-I) del DSM-IV. Entrevista estructurada considerada estándar de oro para diagnosticar un trastorno depresivo.

En menos de 3 minutos, el PHQ-9 además de detectar un caso de depresión, también nos revela la severidad de la enfermedad. De este modo, al utilizarlo con el paciente periódicamente, se puede visualizar la evolución del trastorno y la respuesta del paciente al tratamiento.

Una décima pregunta, añadida al final del cuestionario PHQ-9, permite saber que tanta disfuncionalidad causan los síntomas en el paciente, detalle importante, cuando se pretende diagnosticar un trastorno mental.

Se ha demostrado que los resultados obtenidos con el PHQ-9 administrado vía telefónica concuerdan con los resultados obtenidos, administrando el cuestionario en persona.⁷⁶ Esto ofrece una oportunidad para ampliar los horizontes del tamizaje de depresión en la atención primaria, ya que el bajo costo y mayor alcance, son solo algunas de varias ventajas que se pueden obtener a través de la telemedicina.

Las dos preguntas del PHQ-2, indagan en los síntomas cardinales de un trastorno depresivo, el humor triste y la anhedonia. De allí deriva su alta sensibilidad y especificidad con la que muchos estudios han descrito sus resultados. Se les conoce como síntomas cardinales porque al menos uno de los dos síntomas, debe estar presente para poder

diagnosticar un trastorno depresivo mayor. De esta forma, el PHQ-2 es considerado por su notable eficiencia; en menos de un minuto, con tan solo dos preguntas, brinda la información necesaria para decidir si es necesario, investigar más el caso detectado.

La mayoría de las guías y estudios que recomiendan el PHQ-2 como instrumento de tamizaje de depresión, recomiendan utilizar el PHQ-9 inmediatamente, después de obtener un PHQ-2 con resultado positivo, por ser más específico y funcionar como complemento que encamina al diagnóstico definitivo.

La validez y confiabilidad bien demostrada por varios estudios, no es la única ventaja que poseen los cuestionarios PHQ. Además, su distribución es libre y se pueden descargar gratuitamente en la página oficial, donde la versión en español se encuentra disponible.

El inventario de Beck es otro de los instrumentos más utilizados en el tamizaje y la investigación de los trastornos depresivos. Su última versión el BDI-II alineada con los criterios del DSM-IV cuenta con buena y probada sensibilidad y especificidad. Además, cuenta con una versión específicamente para atención primaria.

El índice de bienestar general WHO-5, una forma positiva de tamizar depresión, cuenta con el respaldo de la OMS y muchas otras investigaciones bien documentadas en la página web oficial del instrumento. Traducida oficialmente a más de 25 idiomas, ha permitido que su validez y confiabilidad haya sido probada globalmente.

Cuestionarios como el GDS son recomendados por estar dirigidos a una población específica, estructurados para evitar el agotamiento que generan las evaluaciones, permiten mejorar su capacidad para detectar síntomas en los adultos mayores. Otros como el ZDS, su validez disminuye con la población de la tercera edad, ya que toma en cuenta síntomas somáticos y cognitivos, los cuales son muy comunes en esta población.

Otro de los instrumentos recomendados, el HADS, además de tamizar y evaluar la severidad del trastorno depresivo, posee la ventaja de evaluar el nivel de ansiedad.

Las características cualitativas y cuantitativas más importantes de un instrumento de tamizaje de depresión, recomendado en el primer nivel de atención, son su brevedad, su fácil administración, su elevada sensibilidad y especificidad.

RECOMENDACIONES

Con el fin de obtener beneficios concretos a través del tamizaje de depresión, se recomienda, además de adquirir el hábito de tamizar, examinar a los pacientes con resultados positivos y brindar un seguimiento apropiado. El objetivo es acompañar el tamizaje con tratamiento oportuno. Así, el proceso que finaliza con la recuperación oportuna del paciente, inicia con el tamizaje y funciona gracias al seguimiento integral que se le brinde.

Aprovechar esta monografía como una herramienta que oriente la selección adecuada de un instrumento de tamizaje que se adapte al contexto del lector, ya que cuenta con información completa respecto a su desarrollo, población diana, dónde encontrarlo y cómo utilizarlo.

Promover la investigación exhaustiva sobre aquellos instrumentos que han sido desarrollados y validados en poblaciones en riesgo como lo son niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres embarazadas. Con el fin de revelar con más precisión el instrumento más apropiado para el tipo de paciente comúnmente visto en las clínicas de atención primaria.

Validar los instrumentos mencionados en esta monografía, en la población del primer nivel de atención de salud guatemalteco, para generar datos locales, que respalden cualquier recomendación, con información más acertada.

Familiarizarse con el coeficiente alfa de Cronbach y el índice Kappa. Estos conceptos, describen la consistencia interna y la precisión respectivamente, de los instrumentos de tamizaje. Conocer más características del instrumento, nos permitirá entenderlo mejor, aplicarlo mejor y compararlo mejor. De manera que, la probabilidad que elijamos un instrumento adecuado al contexto aumentará.

Investigar sobre el tamizaje de otros trastornos mentales, igualmente importantes por el nivel de discapacidad que generan y la elevada prevalencia detectada en la región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorder: global health estimates [en línea]. Geneva: WHO; 2017 [citado 2 Ene 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/bookorders>
2. López Soto VA, Calgua Guerra EH, García Gacía CO, Cobar Herrera MI, De La Roca Ordaz MW, Dávila Valenzuela KD, et al. Encuesta nacional de salud mental [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009. [citado 2 Ene 2021]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2009/015.pdf>.
3. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Rev Fac Nac Salud Publica [en línea]. 2010 Oct [citado 2 Ene 2021]; 28 (2): 183-184. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7200>
4. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord [en línea]. 2004 [citado 2 Ene 2021]; 78(2): 131–40. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00237-9
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet [en línea]. 2009 Jul [citado 4 Ene 2021]; 374(9690): 609–19. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5)
6. Lakkis NA, Mahmassani DM. Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. Postgrad Med [en línea]. 2015 Mayo [citado 4 Ene 2021]; 127(1): 99–106. doi: 10.1080/00325481.2015.992721
7. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: A systematic review of evidence from low and middleincome countries. Evid Based Ment Health [en línea]. 2018 Sep [citado 4 Ene 2021]; 21(1): 29–33. doi: 10.1136/eb-2017-102750

8. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. JAMA [en línea]. 2016 Ene [citado 5 Ene 2021]; 315(4): 380–7. doi: 10.1001/jama.2015.18392
9. Elizaga NA. Screening: why and how. An Sist Sanit Navar [en línea]. 2015 Ene- Abr [citado 5 Ene 2021]; 38(1): 5–8. doi: 10.23938/assn.0048
10. Maurer DM. Screening for depression. Am Fam Physiann [en línea]. 2012 Ene [citado 6 Ene 2021]; 85(2): 139–44. doi: 10.1177/0009922811427582
11. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado 6 Ene 2021]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23177&lang=es
12. Park, Lawrence. Zarate C. Depression in the primary care setting. N Engl J Med. [en línea]. 2019 Feb [citado 7 Ene 2021]; 12(1): 559–68. doi: 10.1056/nejmcp1712493
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med [en línea]. 2001 Sep [citado 7 Ene 2021]; 16(9): 606–13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
14. Fine TH, Contractor AA, Tamburrino M, Elhai JD, Prescott MR, Cohen GH, et al. Validation of the telephone-administered PHQ-9 against the in-person administered SCID-I major depression module. J Affect Disord [en línea]. 2013 [citado 7 Ene 2021]; 150(3): 1001–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.029>
15. Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel RW, Smith MK. Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry [en línea]. 2009 [citado 7 Ene 2021]; 11(6): 339–43. doi: 10.4088/PCC.08.m00711

16. Spitzer RL, Williams JBW, Johnson JG, Kroenke K, Linzer M, Degruy FV, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. JAMA [en línea]. 1994 Dic [citado 8 Ene 2021]; 272(22): 1749–56. doi: 10.1001/jama.1994.03520220043029
17. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Arthritis Care Res [en línea]. 2011 Nov [citado 8 Ene 2021]; 63(11): 454–66. doi: 10.1002/acr.20556
18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. JAMA [en línea]. 1999 Nov [citado 9 Ene 2021]; 282(18): 1737-1744. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/>
19. Pfizer. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and (GAD-7) measures. [en línea]. Nueva York: Pfizer, Inc; 2002 [citado 9 Ene 2021]. Disponible en: www.phqscreeners.com
20. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). J Psychosom Res [en línea]. 2005 [citado 10 Ene 2021]; 58(2): 163–71. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.006
21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care [en línea]. 2003 [citado 10 Ene 2021]; 41(11): 1284–92. doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C
22. Sadock BJ, Sadock VA RP. Sinopsis de psiquiatría [en línea]. 11a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015 [citado 10 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/ovid/13265>
23. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. BJPsych Open [en línea]. 2016 [citado

10 Ene 2021]; 2(2): 127–38. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.001685

24. The National Institute for Health and Care Excellence. Management of depression in primary and secondary care: Clinical Guidelines [en línea]. Reino Unido: NICE; 2004 [citado 10 Ene 2021]. Disponible en: www.nice.org.uk/CG023NICEguideline
25. Trivedi MH, Jha MK, Kahlalik F, Pipes R, Levinson S, Lawson T, et al. Vitalsign6: A primary care first (PCP-first) model for universal screening and measurement-based care for depression. *Pharmaceuticals* [en línea]. 2019 [citado 11 Ene 2021]; 12(2): 1–18. doi: 10.3390/ph12020071
26. Jha MK, Grannemann BD, Trombello JM, Clark EW, Eidelman SL, Lawson T, et al. A structured approach to detecting and treating depression in primary care: VitalSign6 project. *Ann Fam Med* [en línea]. 2019 Jul-Ago [citado 11 Ene 2021]; 17(4): 326–35. doi: 10.1370/afm.2418
27. Choi Y, Mayer TG, Williams MJ, Gatchel RJ. What is the best screening test for depression in chronic spinal pain patients? *Spine J* [en línea]. 2014 [citado 11 Ene 2021]; 14(7): 1175–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2013.10.037>
28. Hamilton M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr* [en línea]. 1960 [citado 11 Ene 2021]; 23(56): 56–63. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/>
29. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* [en línea]. 1982 [citado 12 Ene 2021]; 17(1): 37–49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
30. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980. *Chronic Illn* [en línea]. 2013 [citado 13 Ene 2021]; 9(3): 202–19. doi: 10.1177/1742395312467658
31. Bobes García J, Paz G M, Bascarán Fernandez MT. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica [en línea]. 2 ed. Barcelona: Ars Medica; 2003

[citado 13 Ene 2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/20277438/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_de_la_psiquiatria_clinica

32. The National Institute for Health and Care Excellence. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults [en línea]. Reino Unido: NICE; 2004 [citado 10 Ene 2021]. Disponible en: www.nice.org.uk/CG023NICEguideline
33. Williams JW, Perez Stellato C, Cornell J, Barrett JE. The 13-item and 20-item Hopkins Symptom Checklist Depression Scale: psychometric properties in primary care patients with minor depression or dysthymia. *Int J Psychiatry Med* [en línea]. 2004 [citado 14 Ene 2021]; 34(1): 37–50. doi: 10.2190/U1B0-NKWC-568V-4MAK
34. World Health Organization. Wellbeing measures in primary health care/ the deprecare project [en línea]. Geneva: WHO; 1998 [citado 14 Ene 2021]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
35. Carotenuto A, Fasanaro AM, Molino I, Sibilio F, Saturnino A, Traini E, et al. The Psychological General Well-Being Index (PGWBI) for assessing stress of seafarers on board merchant ships. *Int Marit Health* [en línea]. 2013 [citado 15 Ene 2021]; 64(4): 215–20. doi: 10.5603/IMH.2013.0007
36. Johansen KS. Multicentre continuous subcutaneous infusion pump feasibility and acceptability study experience [en línea]. Copenhagen: WHO; 1989 [citado 15 Ene 2021]. doi: <https://doi.org/10.1159/000289073>
37. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychother Psychosom* [en línea]. 2015 [citado 16 Ene 2021]; 84(3): 167–76. doi: 10.1159/000376585
38. Saipanish R, Lotrakul M, Sumrithe S. Reliability and validity of the Thai version of the WHO-Five Well-Being Index in primary care patients. *Psychiatry Clin Neurosci* [en línea]. 2009 [citado 16 Ene 2021]; 63(2): 141–6. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01933.x

39. Krieger T, Zimmermann J, Huffziger S, Ubl B, Diener C, Kuehner C, et al. Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the WHO Well-Being Index (WHO-5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord* [en línea]. 2014 [citado 17 Ene 2021]; 156: 240–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.015>
40. Awata S, Bech P, Yoshida S, Hirai M, Suzuki S, Yamashita M, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* [en línea]. 2007 [citado 17 Ene 2021]; 61(1): 112–9. doi: 10.1111/j.1440-1819.2007.01619.x
41. Bech P. Health-related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiol Scand* [en línea]. 1999 [citado 17 Ene 2021]; 43(9): 893–6. doi: 10.1034/j.1399-6576.1999.430906.x
42. Hansson M, Chotai J, Nordstöm A, Bodlund O. Comparison of two self-rating scales to detect depression: HADS and PHQ-9. *Br J Gen Pract* [en línea]. 2009 Sep [citado 18 Ene 2021]; 59(566): 650–654. doi: 10.3399/bjgp09X454070
43. Zigmond AS, Snath RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta psychiatr scand* [en línea]. 1983 [citado 18 Ene 2021]; 67(6): 361-370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
44. Philip S. The Hospital nxiety and Depression scale [en línea]. Reino Unido: HQLO; 2003 [citado 19 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>
45. Cabrera V, Martín-Aragón M, del Carmen Tero M, Núñez R, de los Ángeles Pastor M. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: análisis de sensibilidad y especificidad. *Ter Psicol* [en línea]. 2015 [citado 20 Ene 2021]; 33(3):181–93. doi: 10.4067/S0718-48082015000300003
46. Sanz J, Gutierrez S, Gesteira C, García-Vera M. Criterios y baremos para interpretar

las puntuaciones en la adaptación española del “inventario de depresión de Beck-II” (BDI- II). [tesis Psicología en línea]. España: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología; 2005. [citado 21 Ene 2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/58410/>

47. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther* [en línea]. 1997 [citado 22 Ene 2021]; 35(8): 785–91. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00025-9
48. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* [en línea]. Nov 1961 [citado 22 Ene 2021]; 4: 561–71. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
49. Figueroa G. La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Chil Neuro psiquiatr* [en línea]. 2002 Oct [citado 22 Ene 2021]; 40(1): 46–62. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07172272002000500004&lng=es
50. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occup Med* [en línea]. 2016 [citado 22 Ene 2021]; 66(2): 174–5. doi: 10.1093/occmed/kqv087
51. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* [en línea]. 1977 [citado 23 Ene 2021]; 1(3): 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306
52. Haringsma R, Engels GI, Beekman ATF, Spinhoven P. The criterion validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of self-referred elders with depressive symptomatology. *Int J Geriatr Psychiatry* [en línea]. 2004 [citado 24 Ene 2021]; 19(6): 558–63. doi: 10.1002/gps.1130
54. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

55. Van Dam NT, Earleywine M. Validation of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised (CESD-R): pragmatic depression assessment in the general population. *Psychiatry Res* [en línea]. 2011 [citado 24 Ene 2021]; 186(1): 128–32. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.018>
56. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psychol. Av. Discip.* [en línea]. 2012 Ene-Jun [citado 24 Ene 2021]; 6(1): 91–101. doi: 10.21500/19002386.1173
57. Meader N, Mitchell AJ, Chew-Graham C, Goldberg D, Rizzo M, Bird V, et al. Case identification of depression in patients with chronic physical health problems: A diagnostic accuracy meta-analysis of 113 studies. *Br J Gen Pract* [en línea]. 2011 Dic [citado 24 Ene 2021]; 61(593): 808–20. doi: 10.3399/bjgp11X613151
58. Jokelainen J, Timonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Härkönen P, Jurvelin H, Suija K. Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults. *Scand J Prim Health Care* [en línea]. 2019 [citado 25 Ene 2021]; 37(3): 353–7. doi: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639923>
59. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* [en línea]. 1965 Ene [citado 25 Ene 2021]; 12(1): 63. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>
60. Campo A, Díaz LA, Rueda GE, Barros JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga. *Rev Colomb Psiquiatr* [en línea]. 2005 [citado 25 Ene 2021]; 34(1): 54–62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a04.pdf>
61. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [en línea]. 2007 [citado 25 Ene 2021]; 42(4): 227–32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73555-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73555-2)
62. Vinkers DJ, Gussekloo J, Stek ML, Westendorp RGJ, Van Der Mast RC. The 15-item

Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leiden 85-plus Study. *Int J Geriatr Psychiatry* [en línea]. 2004 [citado 26 Ene 2021]; 19(1): 80–4. doi: 10.1002/gps.1043

63. Terrez BE, Salcedo VV, Estrada CR, Romero JP, Sotres JC. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Ment* [en línea]. 2011 Jul-Ago [citado 26 Ene 2021]; 34(4): 323–31. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a5.pdf>
64. Hanlon C, Medhin G, Selamu M, Breuer E, Worku B, Hailemariam M, et al. Validity of brief screening questionnaires to detect depression in primary care in Ethiopia. *J Affect Disord* [en línea]. 2015 Nov [citado 26 Ene 2021]; 186: 32–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.015>
65. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* [en línea]. 2003 [citado 27 Ene 2021]; 33: 357–62. doi: 10.1017/S0033291702006700
66. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *BJP* [en línea]. 2001 [citado 27 Ene 2021]; 178(2): 145–53. doi: 10.1192/bjp.178.2.145
67. R. Kessler, G. Andrew, L. Colpe, E. Hiripi, D. Mroczek, S. Normand, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* [en línea]. 2002 [citado 28 Ene 2021]; 32: 959 – 76. doi: 10.1017/S0033291702006074.
68. Kessler RC, Green JG, Gruber M. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* [en línea]. 2010 [citado 29 Ene 2021]; 19 (1): 4–22. doi: 10.1002/mpr.310

69. Montoya Gonzalez LE, Restrepo Bernal DP, Mejía-Montoya R, Bareño-Silva J, Sierra-Hincapié G, Torres De Galvis Y, et al. Sensitivity and specificity between the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (World Mental Health, CIDI) and the Standardised Clinical Evaluation version i (SCID-I) in a mental health survey of the city of Medellin, 2012. *Rev Colomb Psiquiatr* [en línea]. 2016 [citado 29 Ene 2021]; 45(1): 22–7. doi: 10.1016/j.rcp.2015.07.001
70. Medina MC. Generalidades de las pruebas diagnósticas, y su utilidad en la toma de decisiones médicas. *Rev. colomb. Psiquiat* [en línea]. 2011 Dic [citado 30 Ene 2021]; 40(4): 787–97. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60165-7
71. Gilbody S, House A, Sheldon T. Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev* [en línea]. 2005 [citado 30 Ene 2021]; (1). doi: 10.1002/14651858.cd002792.pub2
72. El-Den S, Chen TF, Gan YL, Wong E, O'Reilly CL. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. *J Affect Disord* [en línea]. 2018 Ene [citado 31 Ene 2021]; 225: 503–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.060>
73. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* [en línea]. 2007 Feb [citado 31 Ene 2021]; 57(535): 144–51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034175/>
75. Pettersson A, Boström KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry* [en línea]. 2015 Mar [citado 31 Ene 2021]; 69(7): 497–508. doi: 10.3109/08039488.2015.1008568
76. Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *Salud Publica Mex* [en línea]. 2018 Mar [citado 31 Ene 2021]; 60(2): S23–30. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/9340>

77. Pinto-Meza A, Serrano-Blanco A, Peñarrubia MT, Blanco E, Haro JM. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone? *J Gen Intern Med* [en línea]. 2005 Ago [citado 31 Ene 2021]; 20(8): 738–42. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0144.x
78. Simon GE, Revicki D, VonKorff M. Telephone assessment of depression severity. *J Psychiatr Res* [en línea]. 1993 Jul-Sep [citado 1 Feb 2021]; 27(3): 247–52. doi: 10.1016/0022-3956(93)90035-Z
79. Aneshensel CS, Frerichs RR, Clark VA, Yokopenic PA. Measuring depression in the community: A comparison of telephone and personal interviews. *Public Opin Q* [en línea]. 1982 [citado 1 Feb 2021]; 46(1): 110–21. doi: 10.1086/268703
80. Kessler RC. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization. *JAMA* [en línea]. 2004 Jun [citado 1 Feb 2021]; 291(21): 2581–90. doi:10.1001/jama.291.21.2581
81. Mitchell AJ, Vahabzadeh A, Magruder K. Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psychooncology* [en línea]. 2011 Jun [citado 1 Feb 2021]; 20(6): 572–84. doi: 10.1002/pon.1943

ANEXOS

Anexo 1 Instrumentos de tamizaje de depresión

Tabla 20: Escala sobre la salud del paciente (PHQ-9).

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o a dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Sub total	0 +	+	+	
			= Total	

10. Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente Difícil

Fuente: Spitzer et al. PHQ-9 versión en español.

Tabla 21: Escala sobre la salud del paciente (PHQ-2).

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas.	0	1	2	3
Sub total	0 +	+	+	
			= Total	

Fuente: Spitzer et al. PHQ-2 versión en español.

Tabla 22: Escala de clasificación de la depresión de Hamilton (HDRS).

Ítem	Descripción	Criterios operativos de valoración
1	Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente
		1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado
		2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente
		3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto.
		4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2	Sensación de culpabilidad	0. Ausente
		1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
		2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones
		3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad
		4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3	Suicidio	0. Ausente
		1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida

		2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
		3. Ideas de suicidio o amenazas
		4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4	Insomnio precoz	0. Ausente
		1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora
		2. Dificultades para dormirse cada noche
5	Insomnio medio	0. Ausente
		1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche
		2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6	Insomnio tardío	0. Ausente
		1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse
		2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7	Trabajo y actividades	0. Ausente
		1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones
		2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación
		3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad
		4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8	Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida.	0. Palabra y pensamiento normales
		1. Ligeramente retraso en el diálogo
		2. Evidente retraso en el diálogo
		3. Diálogo difícil
		4. Torpeza absoluta
9	Agitación	0. Ninguna
		1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
		2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10	Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad
		1. Tensión subjetiva e irritabilidad
		2. Preocupación por pequeñas cosas
		3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla
		4. Terrores expresados sin preguntarle
11	Ansiedad somática	0. Ausente
		1. Ligera
		2. Moderada
		3. Grave

		4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Metabólicos: frecuencia urinaria, sudoración.
12	Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno
		1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
		2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13	Síntomas somáticos generales	0. Ninguno
		1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
		2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14	Síntomas genitales	0. Ausente
		1. Débil
		2. Grave
		3. Incapacitante Síntomas como: pérdida de la libido o trastornos menstruales.
15	Hipocondría	0. No la hay
		1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
		2. Preocupado por su salud
		3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
		4. Ideas delirantes hipocondríacas
16	Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)
		0. No hay pérdida de peso
		1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual
		2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)
		B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)
		0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
		1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana
		2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17	Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo
		1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
		2. Niega que esté enfermo

Fuente: Hamilton M. A rating scale for depression.

Tabla 23: Índice de bienestar general de la OMS (WHO-5).

 Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Centre in Mental Health							
Por favor, indique para cada una de las cinco afirmaciones cual define mejor como se ha sentido usted durante las últimas dos semanas. Observe que cifras mayores significan mayor bienestar. Ejemplo: Si se ha sentido alegre y de buen humor más de la mitad del tiempo durante las últimas dos semanas, marque una cruz en el recuadro con el número 3 en la esquina superior derecha.							
Durante las últimas dos semanas:		Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
1	Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
2	Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
3	Me he sentido activo y enérgico	5	4	3	2	1	0
4	Me he despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0
5	Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0

Fuente: WHO Collaborating Center for Mental Health.

Tabla 24: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen en la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.	
D.1	Sigo disfrutando de las cosas como siempre
0	Como siempre
1	No lo bastante
2	Sólo un poco
3	Nada
D.2	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

0	Al igual que siempre lo hice
1	No tanto ahora
2	Casi nunca
3	Nunca
D.3 Me siento alegre	
0	Casi siempre
1	A veces
2	No muy a menudo
3	Nunca
D.4 Me siento lento(a) y torpe	
0	Nunca
1	A veces
2	Muy a menudo
3	Por lo general en todo momento
D.5 He perdido interés por mi aspecto personal	
0	Me preocupo al igual que siempre
1	Podría tener un poco más de cuidado
2	No me preocupo tanto como debería
3	Totalmente
D.6 Me siento optimista respecto al futuro	
0	Igual que siempre
1	Menos de lo que acostumbraba
2	Mucho menos de lo que acostumbraba
3	Nada
D.7 Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	
0	A menudo
1	A veces
2	No muy a menudo
3	Rara vez

Fuente: Zigmond AS. The Hospital Anxiety and Depression Scale

Tabla 25: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, revisada. (CESD-R).

A continuación, leeré una lista de cosas que probablemente usted haya sentido o tenido. Por favor, diga durante cuántos días, en la semana pasada se sintió así, o si le ocurrió casi diario en las últimas dos semanas:

(Por favor escoja solo una respuesta para cada pregunta)

Por favor marque (x) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				

2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Fuente: The center for innovative public health research website. CESD-R versión en español.

Tabla 26: Escala de depresión de Zung (ZDS).

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.				
Por favor marque (x) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Fuente: Zung WW. A self-rating depression scale.

Tabla 27: Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15).

A continuación, hay una serie de preguntas, marque "SI" o "NO" a cada una de ellas, dependiendo si la frase, refleja cómo se sintió usted la semana pasada.			
1	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente usted que su vida está vacía?		
4	¿Se aburre usted a menudo?		
5	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?		

7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?		
9	¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
10	Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?		
12	De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?		
13	¿Se siente usted con mucha energía?		
14	¿Siente usted que su situación es irremediable?		
15	¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		

Fuente: Yesavage J. Escala de Yesavage para depresión geriátrica, versión en español.

Tabla 28: Escala de malestar psicológico de Kessler (K-6).

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia ha tenido estos sentimientos.						
Ítem	En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió ...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a	...nervioso(a)?	1	2	3	4	5
b	...sin esperanza?	1	2	3	4	5
c	...inquieto(a) o intranquilo(a)?	1	2	3	4	5
d	... tan deprimido(a) que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
e	...que todo le suponía un gran esfuerzo?	1	2	3	4	5
f	...inútil?	1	2	3	4	5

Fuente: Kessler et al. Screening for serious mental illness in the general population Archives of General Psychiatry.

Tabla 29: Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10).

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los últimos 30 días. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia ha tenido estos sentimientos.						
Ítem	En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió ...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a	... cansado(a) sin ningún motivo?	1	2	3	4	5
b	...nervioso(a)?	1	2	3	4	5
c	...tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	1	2	3	4	5
d	...sin esperanza?	1	2	3	4	5
e	...inquieto(a) o intranquilo(a)?	1	2	3	4	5

f	...tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	1	2	3	4	5
g	...deprimido(a)?	1	2	3	4	5
h	... tan deprimido(a) que nada podía animarle?	1	2	3	4	5
i	...que todo le costaba mucho esfuerzo?	1	2	3	4	5
j	...inútil?	1	2	3	4	5

Fuente: Kessler et al. Screening for serious mental illness in the general population Archives of General Psychiatry.

Anexo 2 Tablas de matrices

Tabla 30: Matriz del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Término utilizado	Número de Artículos
-----	Todos los artículos	Sin filtro	400
1a	Revisión sistemática de estudios descriptivos transversales	("Depression" [MeSH] AND "screening" [MeSH] AND "primary care" [MeSH])	70
1B	Ensayos clínicos controlados	("Depression" [MeSH] AND "screening" [MeSH] AND "primary care" [MeSH])	5
2a	Revisión sistemática de estudios de cohorte	("Depression" [MeSH] AND "screening" [MeSH] AND "primary care" [MeSH])	2
2B	Estudios de cohorte de baja calidad		0
3a	Revisión sistemática de casos y controles		0
3B	Estudio de casos y controles individuales		0
4	Series de casos, estudios de cohorte y casos y controles de baja calidad		0
	Revisión bibliográfica		77

Elaboración propia

Tabla 31: Matriz de literatura gris utilizada.

Tema del Libro	Acceso	Locación (en línea)	Total, de libros en biblioteca	Número de documentos utilizados
----------------	--------	---------------------	--------------------------------	---------------------------------

Depression and other common mental disorders	Página oficial de la organización mundial de la salud.	https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/	1	1
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	-	-	-	1
Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe	-	https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence	1	1
Libro de texto de sinopsis de psiquiatría	-	-	-	1
Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica	-	-	-	1

Elaboración propia

Tabla 32: Matriz de datos de buscadores y términos utilizados.

Buscadores	Términos utilizados y operadores lógicos	
	Español	Inglés
Google Scholar	Tamizaje AND depresión	Screening AND depression
	Tamizaje AND depresión AND primer nivel de atención	Screening AND depression AND primary care
	Tamizaje AND instrumentos AND depresión AND propiedades psicométricas	Screening AND instruments AND depression AND psychometric properties
PubMed	MeSH Terms	
	Screening AND depression	
	Screening AND depression AND instruments	
	Screening AND depression AND primary care	
	Screening AND depression AND instruments AND psychometric properties	

Elaboración propia

Anexo 3 Siglario

APA: Asociación Americana de Psicología
BDI-II: Inventario de depresión de Beck, segunda edición
BDI-PC: Inventario de depresión de Beck para primer nivel de atención
BVS: Biblioteca virtual en salud
CDC: Centros de Control y Prevención de Enfermedades
CEG: Guía de evaluación clínica del PRIME-MD
CESD: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos
CESD-10: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, 10 ítems
CESD-20: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, 20 ítems
CESD-R: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, revisada
CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima edición
DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición
GDS-15: Escala de Yesavage para depresión geriátrica, 15 ítems
GDS-30: Escala de Yesavage para depresión geriátrica, 30 ítems
GDS-5: Escala de Yesavage para depresión geriátrica, 5 ítems
HADS: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria
HDRS: Escala de clasificación de la depresión de Hamilton
K-10: Escala de malestar psicológico de Kessler, 10 ítems
K-6: Escala de malestar psicológico de Kessler, 6 ítems
NHIS: Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos
NICE: Instituto nacional para la excelencia clínica
OMS: Organización mundial de la salud
PHQ: Escala sobre la salud del paciente
PRIME-MD PQ: Cuestionario del paciente del PRIME-MD
PRIME-MD: Evaluación de los trastornos mentales en el primer nivel de atención en salud
SAMHSA: Encuesta Nacional de Hogares Sobre el Uso de Drogas y Salud
UTSW: Centro Médico de la Universidad de Texas Southwestern
WHO-5: Índice de bienestar general de la OMS de 5 ítems
WHO-10: Índice de bienestar general de la OMS de 10 ítems
ZDS: Escala de depresión de Zung

Anexo 3 Índice de Tablas

Tabla 1: Características generales de la escala PHQ-9.....	2
Tabla 2: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (PHQ-9).....	4
Tabla 3: Características generales de la escala PHQ-2.....	4
Tabla 4: Características generales de la escala HDRS.....	6
Tabla 5: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (HDRS).....	8
Tabla 6: Características generales de la escala WHO-5.....	8
Tabla 7: Características generales de la escala HADS.....	10
Tabla 8: Características generales de la escala BDI.....	11
Tabla 9: Características generales de la escala CESD-R.....	13
Tabla 10: Características generales de la escala ZDS.....	15
Tabla 11: Características generales de la escala GDS.....	16
Tabla 12: Rangos de puntuación de severidad de cuadro depresivo (GDS-30)....	18
Tabla 13: Características generales de la escala de Kessler.....	18
Tabla 14: Puntos de corte escala de Kessler (K-10).....	19
Tabla 15: Tabla de contingencia.....	22
Tabla 16: Sensibilidad de instrumentos de tamizaje recomendados en el primer nivel de atención.....	23
Tabla 17: Especificidad de los instrumentos de tamizaje de depresión recomendados en el primer nivel de atención.....	24
Tabla 18: Duración promedio de la ejecución de los instrumentos más utilizados en el primer nivel de atención en salud.....	25
Tabla 19: Método de administración de los instrumentos de tamizaje de depresión más recomendados en el primer nivel de atención.....	27
Tabla 20: Escala sobre la salud del paciente (PHQ-9).....	47
Tabla 21: Escala sobre la salud del paciente (PHQ-2).....	48
Tabla 22: Escala de clasificación de la depresión de Hamilton (HDRS).....	48
Tabla 23: Índice de bienestar general de la OMS (WHO-5).....	51
Tabla 24: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).....	51
Tabla 25: Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, revisada. (CESD-R).....	52
Tabla 26: Escala de depresión de Zung (ZDS).....	54
Tabla 27: Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15).....	54

Tabla 28: Escala de malestar psicológico de Kessler (K-6).	55
Tabla 29: Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10).	55
Tabla 30: Matriz del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio.....	56
Tabla 31: Matriz de literatura gris utilizada.....	56
Tabla 32: Matriz de datos de buscadores y términos utilizados.	57