

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Básica II
(Procesos Cognitivos)



TESIS DOCTORAL

Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela

Study on depression and anxiety through PHQ in Venezuela

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Taisa Borges Grün

Director

Antonio Cano Vindel

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)



TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO SOBRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE EL PHQ EN
VENEZUELA**

STUDY ON DEPRESSION AND ANXIETY THROUGH PHQ IN VENEZUELA

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR
TAISA BORGES GRÜN

Director

Antonio Cano Vindel

Madrid, 2017

TÍTULO

**ESTUDIO SOBRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE EL PHQ EN
VENEZUELA**

STUDY ON DEPRESSION AND ANXIETY THROUGH PHQ IN VENEZUELA

AUTORA

Taisa Borges Grün

DIRECTOR

Antonio Cano Vindel

Este documento corresponde al trabajo de investigación tutelado por el Dr. Antonio Cano Vindel, realizado durante el período comprendido entre los años 2011-2017, para el reconocimiento del título de doctor.

Agradecimientos

A Dios por la salud, energía y lucidez para terminar este gran reto.

A mi abuela que nos dejó hace poco, por todo su amor, su fe y todas las enseñanzas maravillosas que nos regaló.

A mi amado esposo Jorge, tu sabes que, sin ti, nada de esto sería posible.

A mi hijo querido Theo, por hacerme querer ser siempre mejor.

A mis padres, que son desde siempre mi soporte y mis raíces, los amo.

A mi tía Nena que tornó este sueño realidad y por siempre creer en mí.

A toda mi familia, en especial a mis tías, por su presencia, apoyo y amor todo el tiempo.

A mi hermana y a mis primos queridos, por recordarme que la mejor parte de la vida es reír y pasarlo bien.

A todos mis amigos queridos del doctorado, con quien tanto aprendí sobre análisis de datos y sobre la vida en otros países.

A todos los amigos de los diferentes lugares donde viví, por la amistad, por estar presentes, cerca o lejos a mí.

A todos mis profesores que, uno a uno, fortalecieron mi deseo de aprender e investigar más y más todos los días de mi vida.

A los participantes de esta investigación, por el tiempo y confianza invertidos.

Al profesor Antonio Cano Vindel por su paciencia, amabilidad, apoyo y enseñanzas a lo largo de este camino.

Para mis amores...

ÍNDICE

Resumen (Abstract)	8
Planteamiento del problema	12
Introducción sobre trastornos mentales comunes y su detección	14
El Cuestionario de Salud General (GHQ-28)	26
El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)	29
Mini-International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I.)	32
Enunciado del problema	35
Objetivos generales	36
Justificación del estudio	37
I. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	40
I.1. Depresión	42
I.1.1. Epidemiología de la depresión en la población y en Atención Primaria	42
I.1.2. Pruebas de cribado para la depresión	53
I.1.3. El PHQ-9	57
I.2 Ansiedad	60
I.2.1 Epidemiología de la ansiedad en la población y en Atención Primaria	60
I.2.2 Pruebas de cribado para la ansiedad	65
I.2.3 El GAD-7	69
I.3 Objetivos	72
I.3.1 Objetivos generales	72
I.3.2 Objetivos específicos	72
II. ESTUDIOS	74
II.1 Evidencias de validez del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela	76
II.1.1 Objetivos	76
II.1.2 Método	77
II.1.3 Resultados y Discusión	81
II.1.4 Conclusiones y Recomendaciones	86
II.2 Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en Venezuela	87
II.2.1 Objetivos	87
II.2.2 Método	88
II.2.3 Resultados y Discusión	92
II.2.4 Conclusiones y Recomendaciones	96

II.3 Estudio de depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela	99
II.3.1 Objetivos	99
II.3.2 Método	99
II.3.3 Resultados y Discusión	101
II.3.4 Conclusiones y Recomendaciones	109
III. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	112
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
V. ANEXOS	132
V.1 GHQ-28	133
V.2 PHQ	125
V.3 GHQ-28 validado en Venezuela	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La atención primaria como centro de coordinación: creación de redes en la comunidad atendida y con asociados externos.	19
Figura 2. Modelo resultante de cuatro factores. Fuente: elaboración propia	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pruebas de cribado más frecuentes en estudios con personas mayores y sus características.	49
Tabla 2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en estudios epidemiológicos	56
Tabla 3. Índices de bondad de ajuste de los tres modelos evaluados.	75
Tabla 4: Estadísticos y correlación de Pearson del PHQ con el GHQ-28: N=318.	85
Tabla 5. Frecuencias de los trastornos psiquiátricos encontrados en los pacientes entrevistados por la MINI (N=80).	86
Tabla 6: Parámetros de sensibilidad y especificidad PHQ-9 Y GAD-7	87
Tabla 7. Género y grupos de edad para la muestra (N = 814)	93
Tabla 8. Escolaridad, estado civil y ocupación actual de la muestra (n=814)	94
Tabla 9. Descriptivos de las variables depresión mayor y ansiedad	95
Tabla 10. Descriptivos de las variables depresión mayor y ansiedad según el género	97
Tabla 11. Descriptivos de las variables depresión mayor y ansiedad según los grupos de edad	98
Tabla 12. Descriptivos de las variables depresión y ansiedad según la escolaridad	99
Tabla 13. Descriptivos de las variables depresión mayor y ansiedad según el estado civil	100
Tabla 14. Descriptivos de las variables depresión mayor y ansiedad según ocupación laboral	100

ESTUDIO SOBRE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD MEDIANTE EL PHQ EN VENEZUELA

RESUMEN

El presente trabajo de Tesis Doctoral se enmarca en la perspectiva de la Psicología de la Salud orientada al estudio de la ansiedad y de la depresión en adultos de atención primaria.

Como objetivos el presente estudio se propuso conocer los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas – Venezuela, para ello se agrupó las distintas actividades realizadas en este trabajo en tres estudios.

En el primer estudio se analizaron evidencias de validez psicométrica del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela. En una muestra de 441 participantes se realizó la adaptación y validación del instrumento utilizando el método de modelos de ecuaciones estructurales.

El siguiente estudio, consistió en adaptar y proporcionar evidencias de validez al Cuestionario de Salud de Pacientes (PHQ) en el contexto venezolano con énfasis en la escala de ansiedad y depresión mayor. Para ello se realizaron distintos procedimientos, como estudio de la fiabilidad a partir de la consistencia interna y método de dos mitades, análisis de la validez convergente para lo cual se utilizaron los criterios obtenidos del GHQ-28 en una muestra de 318 participantes. En otra muestra de 80 participantes se estimó la curva COR (Curva Característica Operativa del Receptor) utilizando como criterio un diagnóstico realizado a partir de la entrevista M.I.N.I Plus (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).

En el tercer estudio, se aplicaron las subescalas PHQ-9 y GAD-7 en una muestra de 814 participantes, pacientes de un centro de atención primaria de Caracas, Venezuela. En la muestra se encontró que 10,6% había presentado depresión mayor y el 7% había presentado trastornos de ansiedad generalizada. Al analizar los resultados por variables sociodemográficas como el género, la edad y el

estado civil se encontraron algunas diferencias, pero pocas estadísticamente significativas.

Los resultados son discutidos a luz de los estudios de prevalencia internacionales y se discute sobre las divergencias encontradas.

Los estudios realizados se estiman un aporte al área del conocimiento de la Psicología de la Salud desde la perspectiva metodológica, por proporcionar esfuerzos de adaptación psicométrica de los instrumentos GHQ-28 y PHQ en el contexto de atención primaria venezolano.

Desde la perspectiva teórica, el presente estudio contribuye con elementos sobre evidencias en el uso del cuerpo teórico consolidado y su validez intercultural soportada por la perspectiva de autores como Goldberg (1972, 1978, 1979), Spitzer, Kroenke y Williams (1999); Kroenke y Spitzer (2002); Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe (2010).

Desde la perspectiva de la relevancia en el contexto de salud de Venezuela, y considerando las grandes dificultades políticas, económicas y sociales enfrentadas en este país en los últimos años, el presente estudio contribuye al traer evidencias de validez a pruebas de cribado que pueden ser utilizadas en atención primaria. Esto puede permitir la detección temprana de trastornos de depresión y ansiedad, así como planificar su intervención y contribuir para el desarrollo de políticas públicas en el área de salud. Como consecuencia, se cree que esta investigación pueda generar algún aporte a la salud mental y calidad de vida de los ciudadanos venezolanos a mediano y largo plazos.

Por todo lo demás, se considera que los resultados encontrados sean tomados como evidencia inicial de validez de los instrumentos utilizados en el contexto de atención primaria de Caracas, Venezuela. Además, se sugiere la realización de estudios epidemiológicos, en muestras más grandes y en contextos diversos para generar información consistente a cerca de la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en Venezuela.

Palabras Claves: Depresión, Ansiedad, Población Venezolana.

ABSTRACT

The present work of Doctoral Thesis is framed in the perspective of the Psychology of Health oriented to the study of anxiety and depression in primary care adults.

The objectives were to study the levels of depression and anxiety in adult primary care patients in Caracas, Venezuela, for which the different activities were grouped in three studies.

In the first study, evidence of the psychometric validity of the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) in Venezuela was analyzed. In a sample of 441 participants, the adaptation and validation of the instrument was performed using the structural equation modeling method

The following study consisted in adapting and providing evidence of validity to the Patient Health Questionnaire (PHQ) in the Venezuelan context with emphasis on the scale of anxiety and major depression. Different procedures were performed, such as reliability study based on internal consistency and two-halves method, convergent validity analysis for which the criteria obtained from GHQ-28 were used in a sample of 318 participants. In another sample of 80 participants, the COR curve (Operative Operative Curve of the Receiver) was estimated using a diagnosis made from the M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) interview.

In the third study, subscales PHQ-9 and GAD-7 were applied in a sample of 814 participants, patients from a primary care center. The sample found that 10.6% had major depression and 7% had generalized anxiety disorders. When analyzing the results by sociodemographic variables such as gender, age and marital status, some differences were found, but not statistically significant.

The results are discussed in light of the international prevalence studies and the divergences are discussed.

The studies are estimated to contribute to the area of knowledge of Health Psychology from a methodological perspective, by providing efforts of

psychometric adaptation of the GHQ-28 and PHQ instruments in the context of Venezuelan primary care.

From the theoretical perspective, the present study contributes with elements on evidences in the use of the consolidated theoretical body and its intercultural validity supported by the perspective of authors like Goldberg (1972, 1978, 1979), Spitzer, Kroenke and Williams (1999); Kroenke and Spitzer (2002); Kroenke, Spitzer, Williams and Löwe (2010).

From the perspective of relevance in the context of health in Venezuela, and considering the great political, economic and social difficulties faced in this country in recent years, this study contributes to bring evidence of validity to screening tests that can be used in primary care. This may allow for early detection of depression and anxiety disorders, as well as planning their intervention and contributing to the development of public policies in the area of health. As a consequence, it is believed that this research can generate some contribution on possible public policies oriented to the mental health and quality of life of Venezuelan citizens in the medium and long term.

For all other reasons, the results are considered as initial evidence of validity of the instruments used in the context of primary care in Caracas, Venezuela. In addition, epidemiological studies are suggested, in larger samples and in different contexts to generate consistent information about the prevalence of depressive and anxiety disorders in Venezuela.

Key Words: Depression, Anxiety, Venezuelan Population



Planteamiento del Problema

INTRODUCCIÓN SOBRE TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y SU DETECCIÓN

Desde la introducción de los criterios diagnósticos específicos para los trastornos mentales en 1970, hubo una rápida expansión en la aplicación de escalas de salud mental en larga escala, proporcionando estimaciones de la prevalencia combinada de la población con relación a los trastornos mentales comunes (muy frecuentemente involucrando el humor, la ansiedad y el abuso de sustancias). Con la finalidad de identificar la prevalencia global de estos trastornos mentales comunes, se realizó una revisión sistemática y meta-análisis de los estudios publicados entre 1980 y 2013 (Steel, et al.; 2014).

Entre todos los estudios seleccionados a partir del criterio de inclusión en la revisión, aproximadamente 1 de cada 5 participantes (17,6%, 95% IC: 16,3–18,9%) fueron identificados con los criterios para un trastorno mental común durante los 12 meses anteriores a la evaluación. Por otro lado, el 29,2% (25,9–32,6%) de los encuestados fueron identificados por haber experimentado un trastorno mental común en algún momento durante sus vidas (Steel, et al.; 2014).

Fue evidente un efecto de género consistente en la prevalencia de los trastornos mentales comunes. Las mujeres presentaron mayores tasas de trastornos del humor (7,3%:4%) y trastornos de ansiedad (8,7%:4,3%) durante los 12 meses previos. Por su parte, los hombres presentaron mayores tasas de trastornos de abuso de sustancia (2%:7,5%), con un patrón similar en la prevalencia de por vida (Steel, et al.; 2014).

También hubo evidencia de variación regional consistente en la prevalencia de los trastornos mentales comunes. Países en el norte y sureste de

Asia y algunos países de África presentaron de manera consistente menores prevalencia en un año y por vida que otras regiones. En contrapartida, países de habla inglesa presentaron las estimaciones de prevalencia más altas de por vida. (Steel, et al.; 2014).

En este sentido, otro estudio realizó una revisión sistemática en Europa en 2010 y encontró datos alarmantes. Se estima que cada año el 38,2% de la población de la UE sufra de un trastorno mental. Esto significa que en cada año más de un tercio de la población total de la UE sufre de trastornos mentales. Ajustado por edad y comorbilidad, esto corresponde a 164,8 millones de personas afectadas. En comparación con 2005 (27,4%), esta estimación más alta se debe a la inclusión de 14 nuevos trastornos que también cubren la infancia / adolescencia, así como los ancianos. El número estimado de personas afectadas (2011: 165 millones vs. 2005: 82 millones) se debe a la cobertura de las poblaciones de la infancia y de la vejez, los nuevos trastornos y los nuevos Estados miembros de la UE (Wittchen et al., 2011).

Los trastornos frecuentes son trastornos de ansiedad (14,0%), insomnio (7,0%), depresión mayor (6,9%), somatoforme (6,3%), dependencia de alcohol y drogas (>4%), ADHD (5%) en los jóvenes y demencia (1-30%, dependiendo de la edad). A excepción de los trastornos por consumo de sustancias y del retraso mental, no hubo variaciones sustanciales culturales o nacionales en la UE (Wittchen et al., 2011).

Con relación a discapacidad, los trastornos del cerebro y los trastornos mentales en particular, aportan el 26,6% del total de todas las causas en la UE. Una mayor proporción en comparación con otras regiones del mundo. El orden de clasificación de las enfermedades más discapacitantes varían notablemente

según el sexo y el grupo de edad. En general, las cuatro condiciones únicas inhabilitantes fueron: depresión, demencias, trastornos del consumo de alcohol y accidentes cerebrovasculares (Wittchen et al., 2011).

En EEUU entre las enfermedades más discapacitantes en 2010 también estaban trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad, junto a otros trastornos musculo esqueléticos, dolor de cuello y dolor lumbar (Murray et al., 2013).

Sin embargo, a pesar de que muchas fuentes, incluidas los programas de seguro de salud, revelan aumentos en las licencias por enfermedad, jubilación anticipada y tasas de tratamiento debido a trastornos mentales, las tasas en la comunidad europea no han aumentado con algunas excepciones (es decir, demencia). Tampoco hay indicios consistentes de mejoras en lo que se refiere a las tasas de tratamiento, el retraso en la provisión del tratamiento y el tratamiento inadecuado (Wittchen et al., 2011).

En Inglaterra, la encuesta de 2007 de hogares de la Estadística Nacional (ONS) sobre la morbilidad psiquiátrica de adultos encontró que el 16,2% de los adultos de 16 a 64 años cumplían los criterios diagnósticos de al menos un trastorno en la semana previa a la entrevista. En las tres encuestas de la ONS realizadas hasta el momento, la proporción de adultos que cumplieron los criterios para al menos un trastorno aumentó entre 1993 y 2000, pero no varió entre 2000 y 2007 (15,5% en 1993, 17,5% en 2000 y 17,6% en 2007). El mayor incremento en la tasa de trastornos encontrados entre 1993 y 2007 fue en mujeres de 45 a 64 años, entre las cuales la tasa aumentó en aproximadamente una quinta parte (Kendrick et al., 2011).

Más de la mitad de los adultos identificados con un trastorno de salud mental común en la encuesta de la ONS presentaron un trastorno mixto de ansiedad y depresión (9,0% en la semana pasada a la encuesta). La prevalencia de 1 semana para los otros trastornos de salud mental comunes fue de 4,4% para GAD, 2,3% para un episodio depresivo, 1,4% para fobia, 1,1% para TOC y 1,1% para trastorno de pánico (Kendrick et al., 2011).

En contrapartida, cuando se acerca la mirada hacia América Latina y el Caribe, la investigación en el campo de la salud mental ha tenido muchas limitaciones, especialmente si se la compara con la producción científica alcanzada en los Estados Unidos de América y el Canadá. No obstante, al revisar los estudios desarrollados en las últimas décadas, se observa que existen trabajos serios y con resultados relevantes (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2011).

Resultados de una revisión sistemática realizada entre los años de 1980 y 2004 identificaron la prevalencia de los trastornos mentales en esta región. Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general (Kohn et al., 2005).

La carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa en estos países, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento

individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002, esa carga había ascendido a 22,2% (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola; 2011; Kohn, Rodríguez; 2011).

Esto significa que los trastornos psiquiátricos y otras condiciones de interés para la salud mental representaban algunas de las 20 causas más importantes de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En primer lugar, los trastornos depresivos unipolares que representaban la principal causa de AVAD con respecto a todas las enfermedades. Luego, la violencia ocupaba el segundo lugar; los trastornos por consumo de alcohol el cuarto y otras lesiones no intencionales, el quinto. El retraso mental y la esquizofrenia se encontraban entre las 20 causas principales. El trastorno bipolar y el trastorno de pánico también se encontraban entre las 20 causas principales más importantes de AVAD entre la población de 15 a 59 años de edad. (Kohn, Rodríguez; 2011).

Entre las mujeres la depresión también fue la principal causa de AVAD en Latinoamérica. En los hombres, los trastornos depresivos unipolares eran la cuarta causa principal después de la violencia, los trastornos por el uso de alcohol y las lesiones no intencionales. Los trastornos debidos al consumo de drogas ocupaban el vigésimo lugar. (Kohn, Rodríguez; 2011).

Los AVAD varían enormemente en los países de América Latina y el Caribe. En Haití, los trastornos neuropsiquiátricos daban cuenta de 9,1% de los AVAD, mientras que, en Chile, representaban 30,5%. El número más alto de AVAD debido a trastornos causados por el consumo de alcohol se registró en Argentina y en Saint Kitts y Nevis (7,3% y 7,4%, respectivamente). La violencia

causó más de 10% de todos los AVAD; en Venezuela alcanzó 10,4% y en Colombia, 18,1% (Kohn, Rodríguez; 2011).

Con relación al porcentaje de contribución al total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de todos los trastornos neuropsiquiátricos, los valores estaban comprendidos entre 9,1% (en Haití) y el 30,5% (en Chile). Venezuela presentaba un porcentaje de 23,8. Para los trastornos depresivos unipolares se repitió el mismo patrón, Haití presentó el porcentaje más bajo de AVAD (2,8%) y Chile también presentaba el porcentaje más alto (9,9%). Para Venezuela el porcentaje fue 7,4. (Kohn, Rodríguez; 2011).

Comparando la carga de morbilidad de los trastornos neuropsiquiátricos en América Latina y Caribe y los datos mundiales, se observa que la carga de AVAD es de 22,2% en comparación a los 13% del promedio mundial en el año de 2002. Esta cifra es similar a la cifra de los países desarrollados.

Según Kohn y Rodríguez (2011) esto indica que la carga de los trastornos psiquiátricos en América Latina y el Caribe está en aumento, lo que puede ser el resultado de la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas, de un mayor énfasis en los trastornos emergentes, como la violencia y la infección por el VIH/sida, y de la estructura poblacional cambiante, que cada vez tiene un porcentaje menor de jóvenes, lo que lleva a que aumenten tanto la edad de la población como las probabilidades de que se presenten trastornos mentales. Este proceso es similar al ya vivido por países desarrollados, sin embargo, es muy amplia la disparidad entre estos países, reflejada por su situación económica y tasas de mortalidad (Kohn, Rodríguez; 2011).

Por su parte, la relación entre pobreza y salud mental es indiscutible. Existe una creciente evidencia de que la desigualdad de ingresos se asocia con un mayor riesgo de trastornos mentales, incluyendo trastornos mentales comunes, la depresión, suicidio, el consumo de alcohol y cannabis, primer episodio de psicosis y la esquizofrenia (Burns, 2015).

Siguiendo este planteamiento, y considerando que América Latina y Caribe es una de las regiones con persistentes niveles de desigualdad (Banco Mundial, 2016; Kohn, Rodríguez; 2011), reciente estudio ecológico construyó un Índice de Inequidades en Salud (INIQUIS) que sintetiza, en un valor que varía entre 0 y 1, un conjunto de indicadores socioeconómicos y de salud, elaborados por organismos internacionales, que se consideran como determinantes proximales y contextuales de la salud. Según el índice calculado, los cinco países con la peor situación respecto a la salud de su población son Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras (Cardona, Acosta, Bertone; 2013).

Una cuestión relacionada es si la desigualdad del ingreso afecta a todos los individuos en una sociedad de manera similar en términos de riesgo de enfermedad mental o si la carga adicional de los resultados adversos de salud se comparte con los más desprovistos segmentos de la comunidad. La discusión anterior sobre el impacto de la desigualdad de ingresos en la relación pobreza-salud mental sugeriría que el riesgo no está distribuido equitativamente y que los efectos de la desigualdad de los ingresos serían más evidentes en la parte más pobre de la población. (Burns, 2015).

En este sentido es sabido que existen necesidades psicosociales particularmente altas en los grupos con mayor vulnerabilidad, como las poblaciones indígenas y las víctimas de conflictos armados, violencia política o

desplazamiento. En muchos países, la violencia política y las guerras civiles no solo han provocado muertes, heridas y mutilaciones, sino que también han contribuido al movimiento de grupos poblacionales y al incremento de los refugiados, profundizando así la pobreza y el sufrimiento. No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas de bala, los efectos psicosociales pueden tener un impacto profundo y duradero en la vida de las personas (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola; 2011).

En Venezuela se realizó una investigación para examinar el estado psicológico del ciudadano de Caracas (Kort, Garcia & Perez; 1998). Para esto se diseñó un cuestionario con indicadores para la ansiedad, la depresión y la ira. El estudio exploratorio se realizó en diversas zonas del área metropolitana y comparó grupos de clase media alta y clase media baja. La muestra fue de 1803 participantes. Los resultados mostraron que en ambos grupos de nivel socioeconómico se encontraba un grado agudo de estrés: preocupaciones (53% en clase media alta, 51% en clase media baja); malestar corporal (30% y 29% respectivamente); agitación interna (30%, 29%); tensión muscular (22%, 30%); pesimismo (65%, 56%); dificultad para dormir (71%, 63%); llanto (51%, 54%). Ambos grupos preferían ignorar (68%, 68%) las circunstancias y los problemas actuales. Se destacaron además conductas de resignación, pasividad y desesperanza. En contraste se identificó una importante distorsión cognitiva porque la mayoría de los participantes de ambos grupos afirmaba sentirse feliz (88%, 89%). Los autores comentan en las conclusiones que la población parecía no tener suficientes destrezas para enfrentar el estrés y la crisis.

A pesar de todos estos problemas, el desarrollo de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe ha enfrentado serias limitaciones y

dificultades debido a que el tema de la salud mental no ha sido siempre considerado prioritario en las agendas gubernamentales. Para buscar soluciones a esta situación, en 1990 se gestó un movimiento denominado “Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica”, en el cual estaban reunidos casi la totalidad de los países de la Región (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola; 2011).

Esta Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en noviembre de 1990, culminó con la adopción de la “Declaración de Caracas”, documento que marcó históricamente la Región y que tenía la intención de servir como base para la acción en diversos países. La Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola; 2011).

Después de este evento, fueron realizados otros con la misma intención entre los países. Un momento importante sucedió en 2008, cuando se conmemoró el 60º aniversario de la Organización Mundial de la Salud y el 30º aniversario de Alma-Ata sobre atención primaria de salud. Como parte del compromiso de la directora de la OMS, Margaret Chan, en reorientar el interés de la organización hacia la atención primaria de salud, fue publicado el “Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. A partir de los estudios de comorbilidad – incluidos los problemas de salud mental - este informe pone de relieve la importancia de tratar la persona como un todo, tanto en países en desarrollo como en países industrializados.

También comentan que algunos países de alta renta ya utilizan este enfoque para tratar de problemas de salud mental, por ejemplo (OMS, 2008).

Otro punto sugerido en este informe, se refiere a la continuidad de la atención más allá de las cuatro paredes de la sala de consulta. Según la OMS este es un factor determinante de la eficacia para el tratamiento de diferentes enfermedades, incluyendo las relacionadas a salud mental (OMS, 2008).

También se destaca la orientación para que los equipos de atención primaria asuman la función de coordinación (Figura 1). Esto disminuiría la dependencia de especialistas y hospitalizaciones filtrando los casos de utilización innecesaria y paralelamente el tiempo de espera se reduce para los pacientes que realmente necesitan atención de referencia, la hospitalización se acorta, y el seguimiento tras la hospitalización mejora (OMS, 2008).

En la Figura 1 se observa que una de las funciones de los equipos de atención primaria es coordinar la utilización de servicios de atención especializada, como la Unidad de Salud Mental Comunitaria, contando con el apoyo de consultores. Así defienden el paso de una salud mental basada en instituciones a otra basada en la atención primaria (OMS, 2008).

gastan aproximadamente en promedio el 30% de su tiempo con problemas de salud mental.

Existen diferencias importantes en la forma como las personas con problemas de salud mental manifiestan sus quejas emocionales en atención primaria. Existe normalmente comorbilidad con enfermedades físicas y síntomas no explicados medicamente, que deberían ser reconocidos por los médicos como indicativos de angustia emocional subyacente. Sin embargo, esto ni siempre sucede aun cuando existe la presencia de expresiones verbales y no verbales de estos problemas. El problema crítico es que los médicos de atención primaria frecuentemente encuentran dificultad para diferenciar, filtrar y reconocer los síntomas, preocupaciones y problemas relacionadas a la salud mental (Gask et al., 2009; Cano-Vindel, 2012).

Para Cano-Vindel (2012), hacer el diagnóstico correcto es un paso clave para proporcionar el tratamiento más adecuado al paciente. Por lo tanto, las herramientas de diagnóstico validadas pueden ser de gran ayuda en los servicios de atención primaria.

La utilización de pruebas de cribado, cuestionarios sencillos diseñados para identificar señales y síntomas puede ser una de las maneras de facilitar el reconocimiento de los trastornos de salud mental en atención primaria (Ellen, Norman & Burrows; 1997). El GHQ-28 y el PHQ son pruebas de cribado que pueden ser utilizadas para este fin, que se describen a continuación.

El Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

El Cuestionario de Salud General, diseñado por Goldberg (1972) en Inglaterra como un instrumento de auto-reporte para identificar enfermedades psiquiátricas no psicóticas, ha sido exitosamente utilizado en atención primaria, hospitales y comunidades (Weyerer, Elton, Diallina, & Fichter, 1986). Es un instrumento de *screening* muy extendido para diferenciar, de forma sencilla, probables pacientes psiquiátricos de aquellos considerados como potencialmente normales (Retolaza Balsategui et al., 1993). Goldberg y Williams (1988) reportaron que el GHQ había sido traducido en 38 idiomas.

El cuestionario original está compuesto por 60 ítems a partir de la cual se han generado versiones más cortas de 30, 20 y 12 ítems fueron extraídas. También, basado en el GHQ-60, Goldberg y Hillier (1979) desarrollaron el GHQ-28 a partir de un análisis de componentes principales, el cual está conformado por cuatro subescalas, cada cual con 7 ítems. A partir de los datos obtenidos en un estudio con 523 participantes, estos cuatro factores explicaron 59% de la varianza total. Otros estudios revelaron estructuras factoriales muy similares (Weyerer et al., 1986).

De la misma manera existen incontables publicaciones apoyando diferentes aspectos de la validez de este instrumento en sus diferentes versiones. En los Países Bajos se realizó un estudio de validez convergente entre el GHQ-28 y el PSE (Present State Examination). Los resultados indicaron que los cambios en la puntuación total del PSE fueron reflejados por el GHQ (Ormel, Koeter, van den Brink, & Giel, 1989). Por otra parte, un estudio español

realizó la verificación de la validez del GHQ-28 en tres sentidos: como instrumento de *screening*, como detector de morbilidad psiquiátrica real y como indicador de severidad clínica. Los resultados sugieren que ese instrumento es un buen test de screening, pero poco fiable como indicador de morbilidad y como predictor de gravedad clínica (Retolaza Balsategui et al., 1993).

En Polonia, se buscaron los puntos de corte en las puntuaciones del GHQ-12 y del GHQ-28 que permitieran identificar de manera óptima personas con trastornos mentales. Los resultados mostraron una sensibilidad de 64% y una especificidad de 79% para el GHQ-12, mientras para el GHQ-28 los valores fueron inferiores, 59% y 75%, respectivamente (Makowska, Merez, Moscicka, & Kolasa, 2002). Ya en Namibia, un estudio para validar el GHQ-28 en su idioma local encontró mejores resultados – una sensibilidad de 82,1%, una especificidad de 79,4% y el área bajo la curva ROC de 0,86 (Haidula, Shino, Plattner, & Feinstein, 2003).

Por su parte, D. P. Goldberg et al. (1997) realizó un estudio de la validez comparando el desempeño del GHQ-28 y del GHQ-12 en 5438 pacientes de 15 centros de atención primaria obteniendo buenos resultados para ambos instrumentos. El promedio del área bajo la curva ROC fue de 88, los coeficientes de validez fueron casi tan altos para las versiones en otros idiomas como para el idioma original. No hubo tendencia de mal funcionamiento de los GHQ para países en desarrollo. Tampoco género, edad o nivel educacional impactaron significativamente la validez. Finalmente, los investigadores concluyen que el GHQ-12 funciona tan bien como el GHQ-28 y sugieren la utilización del primero como instrumento de *screening* y la utilización del segundo en caso de interés por las puntuaciones de las escalas adicionales proporcionadas por el GHQ-28.

Con relación a estructura factorial, se han encontrado resultados divergentes. En estudio realizado con una muestra de estudiantes griegos y turcos, el análisis factorial exploratorio (AFE) del GHQ-28 reveló una estructura de 4 factores, similar a la original (Weyerer et al., 1986). En una muestra eslovaca de pacientes con artritis reumatoides, los resultados obtenidos a partir de un AFE también apuntan hacia 4 factores, sin embargo por lo menos 6 ítems aparecen con mejor ajuste en diferentes subescalas (Nagyova et al., 2000).

En España, Molina y Andrade (2002) replicaron el estudio de Goldberg y Hillier (1979) con el objetivo de construir su propia versión del GHQ-28 a partir de la versión de 60 ítems. Como resultado presentan 2 versiones más cortas del instrumento, una de 30 ítems y 6 subescalas, y otra de 28 ítems y 4 subescalas. En este estudio también algunos ítems saturaron en factores diferentes al estudio original. En El Salvador el análisis factorial exploratorio reveló una estructura similar a original conformada por 4 factores (Gibbons, Arévalo, & Mónico, 2004).

Otro interesante estudio comparó el funcionamiento del GHQ-28 en dos presentaciones: vía Internet y presencial. El análisis factorial exploratorio replicó la estructura factorial de 4 factores en las dos versiones (Vallejo, Jordan, Diaz, Comeche, & Ortega, 2007).

Sin embargo, otros estudios no pudieron confirmar la estructura factorial original de 4 factores del GHQ-28. En una muestra de víctimas de terrorismo, el análisis factorial exploratorio identificó 3 factores: síntomas somáticos y de ansiedad, disfunción social y depresión severa (Delgado-Gomez et al., 2013). Ya en una muestra de pacientes con dependencia a opiáceos, se realizó la comparación de 2 modelos: el modelo de 4 factores de D.P. Goldberg y Hillier (1979) y un modelo de 3 factores encontrado en otras investigaciones. Los

resultados reflejaron que ninguna de las dos estructuras se confirma en esta muestra de pacientes, pero la estructura de 4 factores presenta un ajuste significativamente mejor que la de 3 factores (Moreno, Rojas, & Tejada, 2010). Otro estudio comparando la estructura factorial del GHQ-28 entre grupos de madres de diferentes etnias no pudo confirmar su invarianza factorial y concluye diciendo que no encontraron evidencia suficiente para recomendar la utilización de este instrumento en poblaciones de madres de diferentes etnias.

A pesar de todos los estudios de validez publicados en diferentes países y de la importancia del GHQ-28 como instrumento de *screening*, no se encontraron estudios profundizando su validez en muestras venezolanas.

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, por su sigla en inglés) es un instrumento de diagnóstico para trastornos mentales, una versión más pequeña y auto administrada del PRIME-MD. (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999; Kroenke y Spitzer, 2002; Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010).

El PHQ fue desarrollado para detectar 5 trastornos, a saber las somatizaciones (PHQ-15), la depresión (PHQ-9), la ansiedad (GAD-7), el pánico (PHQ-PD) y trastornos alimenticios. El PHQ fue validado en dos grandes estudios involucrando 6000 personas (Kroenke y Spitzer, 2002). Cada módulo puede ser utilizado solo, junto a otros módulos o como parte del PHQ completo. Sin embargo, los módulos más utilizados del instrumento son el de depresión, ansiedad y somatizaciones (en este orden) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010).

A continuación, serán explicadas brevemente algunas subescalas del PHQ y presentados algunos resultados de validez recientes encontrados en diferentes contextos con diferentes muestras.

El PHQ-15 fue derivado de los estudios originales del PHQ y gradualmente utilizado para evaluar la severidad de síntomas somáticos y la presencia potencial de somatización y trastornos somatomorfos (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010). Es una medida válida que se ha utilizado en al menos 40 estudios realizados hasta ahora en diferentes contextos sanitarios e incluye 15 síntomas que componen el 90% de los síntomas vistos en atención primaria (excluyendo aquellos referentes al tracto respiratorio superior y oído) (Kocalevent, Hinz y Brähler, 2013a).

Estudio reciente en Alemania (Gierk et al, 2015) ha realizado una comparación entre el PHQ-15 y el SSS-8 (Somatic Symptom Scale-8), una versión más corta del PHQ-15. Ambos instrumentos presentaron similares resultados de fiabilidad y validez. Los autores sugieren la utilización del SSS-8 en contextos con mayor restricción de tiempo.

Sin embargo, otro estudio realizó la comparación de la estructura factorial del PHQ-15 entre Alemania y China (Leonharta, Fritzscheb, Fischer, Zhangd, 2014), no siendo posible encontrar un modelo aceptable para los dos grupos. Esto indica que este instrumento cuando utilizado en diferentes culturas tiene diferentes significados y una comparación directa de la puntuación total pierde sentido.

Por su parte, el PHQ-9 está basado en los nueve criterios para el diagnóstico de trastornos depresivos del DSM-IV (Kroenke y Spitzer, 2002) y puede ser utilizado para hacer un diagnóstico probable del trastorno depresivo

mayor (MDD en inglés) o como una medida continua para identificar síntomas depresivos leves, moderados, moderadamente graves o graves.

La GAD-7 es una prueba breve válida en muestras clínicas, de investigaciones y generales (Konkan et al., 2013). El módulo de ansiedad del PHQ también se ha validado en atención primaria, diferentes grupos de pacientes hospitalizados, la comunidad y en pacientes psicosomáticos ambulatorios (Muntingh et al., 2013).

Diferente a las escalas presentadas hasta el momento, hay poca información disponible acerca de las características del PHQ-PD en poblaciones de atención primaria. La evidencia de que se dispone es muy variable, sobre todo sensibilidad, debido a la relativamente baja prevalencia de la enfermedad (Wittkamp, Baas, Weert y Lucassen, Schene, 2011). Un estudio reciente mostró que la capacidad del módulo de pánico del PHQ para detectar el trastorno de pánico en pacientes de atención primaria de alto riesgo fue moderado (Muntingh et al., 2013).

Estudio reciente realizado en Brasil (Osório, Lima y Chagas, 2015) investigó la validez del PHQ-PD entre pacientes con cáncer. Fueron determinados valores de sensibilidad y especificidad del algoritmo original del instrumento y de la pregunta de *screening*. El valor de sensibilidad fue más adecuado para la pregunta de *screening* (0,66), sin embargo la especificidad fue más elevada utilizando el algoritmo original (0,94).

Por todo lo presentado, se observa la gran utilización y utilidad del PHQ en diferentes contextos y muestras. Sin embargo, todavía existen controversias en los resultados encontrados en cuanto a la validez de la escala, lo que sugiere la necesidad de más investigaciones.

Mini-International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I.)

Algunos instrumentos diagnósticos validados y ampliamente utilizados en psiquiatría fueron elaborados para permitir una recolección precisa y exhaustiva de datos clínicos y de diagnóstico en el contexto de la investigación. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica está limitada por la necesidad de un entrenamiento extensivo de los aplicadores y por su larga duración en entrevistas (1h30 a 3h). En el otro extremo están las encuestas breves también desarrolladas para el diagnóstico de los trastornos mentales en atención primaria, como el PHQ ya mencionado anteriormente (Amorim, 2000).

Un cuestionario más simple y breve que los típicamente destinados a la investigación y más amplio que los instrumentos de diagnóstico rápidos, como las pruebas de cribado, aparece como una alternativa más económica para la selección de pacientes en ensayos clínicos y podría ser utilizado en la práctica clínica en psiquiatría (Amorim, 2000).

En este sentido, la MINI fue desarrollada por investigadores del Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris y de la Universidad de Florida para responder a esos objetivos. La MINI es un cuestionario breve (15-30 minutos), compatible a los criterios del DSM-IV y de la CIE-10, que puede ser utilizado por clínicos después de un entrenamiento rápido (de 1h a 3h) (Amorim, 2000).

La MINI está organizada por módulos diagnósticos independientes, elaborados de una manera a optimizar la sensibilidad del instrumento, a pesar de un posible aumento de falso-positivos (Amorim, 2000). Para permitir una reducción de la duración de la entrevista fueron utilizadas las siguientes estrategias:

- La prioridad es la exploración de los trastornos actuales, de manera que el clínico pueda elegir la terapéutica más adecuada.
- Las respuestas son dicotómicas (si/ no).
- Para todas las sesiones diagnósticas (excepto la sesión de trastornos psicóticos), uno o dos de los ítems que exploran criterios clave permiten excluir el diagnóstico en caso de respuestas negativas y saltar a otro apartado del cuestionario.
- La disfunción, consecuencia del trastorno, y la exclusión de causas somáticas y/o tóxicas de los síntomas no son sistemáticamente explorados.
- Los algoritmos son integrados a la estructura del cuestionario, lo que permite establecer o excluir los diagnósticos durante la entrevista.

Dos versiones de la MINI fueron desarrolladas para responder a objetivos diagnósticos específicos de diferentes contextos de utilización: 1) destinado principalmente a utilización en atención primaria y en ensayos clínicos, la MINI comprende 19 módulos que exploran 17 trastornos en el eje I del DSM-IV, el riesgo para el suicidio y el trastorno de personalidad anti-social. Diferente a los otros módulos que generan diagnósticos positivos, el módulo de Síndrome Psicótica explora los síntomas del criterio A de la esquizofrenia, con el objetivo de excluir la existencia de un trastorno psicótico. 2) Destinado a la evaluación profunda de los trastornos mentales a lo largo de la vida, en la clínica y en la investigación en psiquiatría, la MINI Plus explora sistemáticamente todos los criterios de inclusión y exclusión y la cronología (fecha de inicio y duración de los

trastornos, número de episodios) de 23 categorías diagnósticas del DSM-IV (Amorim, 2000).

La Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) es una breve entrevista de diagnóstico estructurada, desarrollada conjuntamente por psiquiatras y clínicos en los Estados Unidos y Europa, para los trastornos psiquiátricos DSM-IV y ICD-10. Con un tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos, fue diseñado para satisfacer la necesidad de una entrevista psiquiátrica estructurada corta pero precisa para estudios clínicos y estudios epidemiológicos multicéntricos y ser utilizado como un primer paso en el seguimiento de resultados en contextos clínicos no relacionados con la investigación (Sheehan et al., 1998).

La otra versión de la MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) es una entrevista diagnóstica estructurada un poco más larga, desarrollada para evaluar los diagnósticos de pacientes psiquiátricos según los criterios del DSM-IV y de la CIE-10 en menos tiempo que otras entrevistas diagnósticas como la Entrevista Clínica Estructurada Para los trastornos del DSM-IV (SCID), tienden a tomar en consideración la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) o las Listas de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN). Las buenas características psicométricas del MINI (-Plus) la convierten en una buena opción para fines de investigación. Debido a su brevedad (20-30 minutos) la entrevista parece ser especialmente conveniente para diagnosticar pacientes psiquiátricos en la práctica clínica diaria (Van Vliet & De Beurs, 2007).

El módulo Trastornos Psicóticos de la MINI Plus genera un diagnóstico positivo de 7 subtipos de psicosis: (1) trastorno psicótico debido a una condición médica general y/o inducido por sustancias, (2) esquizofrenia, (3) trastorno

esquizofreniforme, (4) trastorno esquizoafetivo, (5) trastorno psicótico breve, (6) trastorno delirante y (7) trastorno psicótico sin especificación. En estudios que enfocan trastornos específicos (como la esquizofrenia, por ejemplo), es posible utilizar los módulos diagnósticos más detallados correspondientes a la MINI Plus y los módulos más cortos de la MINI para excluir otros diagnósticos (abuso/dependencia de alcohol, por ejemplo) (Amorim, 2000).

Otros instrumentos de la MINI incluyen: la MINI Screen (cuestionario de auto aplicación para la utilización en atención primaria), la MINI Kid (versión para evaluación diagnóstica de niños y adolescentes) y la MINI Outcomes (MINI informatizada asociada a un programa de registro de seguimiento terapéutico, disponible en internet) (Amorim, 2000).

Enunciado del problema

A partir de lo mencionado en la introducción sobre los pocos estudios epidemiológicos en salud mental encontrados en América Latina y Caribe en comparación a EEUU y Canadá, además de la escasez de información específica referente a Venezuela. Considerando toda la situación socio-política vivida en el país en los últimos años y el probable impacto de estos eventos sobre la salud mental de los ciudadanos. Considerando la alta prevalencia de depresión y ansiedad en diferentes poblaciones, así como su impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen. Teniendo en cuenta el impacto y la carga de estas enfermedades mentales en la economía, a partir de la discapacidad asociada en muchos casos y al costo de sus tratamientos. Llevando en consideración que no se encontraron pruebas de cribado para

diagnósticos en salud mental con evidencias de validez suficiente para realizar una investigación epidemiológica en Venezuela.

Por todo lo antes expuesto se considera relevante disponer de instrumentos de evaluación diagnósticos validados y adaptados que permitan de forma rápida la identificación e intervención tempranas de dichos padecimientos, así como de una perspectiva teórica que permita la comprensión de las características de los posibles trastornos de ansiedad y depresión en la población potencialmente sana venezolana, en el presente estudio se propone la siguiente pregunta que guía la investigación:

¿Cómo son los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria en una muestra de Caracas – Venezuela?

Objetivos generales

Estudiar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes de atención primaria adultos en Caracas Venezuela.

Objetivos específicos

- Aportar evidencias de validez psicométricas para el instrumento GHQ-28 en el contexto venezolano.
- Aportar evidencias de validez psicométricas para el instrumento PHQ en el contexto venezolano.
- Describir los niveles de depresión en una muestra de participantes venezolanos.

- Describir los niveles de ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.
- Conocer si existe una relación entre factores sociodemográficos y depresión y/o ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.

Justificación del estudio

El presente estudio se justifica desde las siguientes perspectivas metodológica, teórica y relevancia epidemiológica en el contexto venezolano.

Desde la perspectiva metodológica, el uso de instrumentos para diagnóstico de salud general, como las pruebas de cribado, para pacientes considerados potencialmente normales resulta una práctica común de atención primaria en los sistemas de salud y sugerida por la Organización Mundial de la Salud (WHO & Wonca, 2008).

Las pruebas de cribado permiten la identificación temprana de la depresión y ansiedad en atención primaria, que contribuye para disminuir la enorme brecha de tratamiento para los trastornos mentales, reduce los costos de tratamiento y genera buenos resultados de salud (WHO & Wonca, 2008).

Por otra parte, las estimaciones de la prevalencia de trastornos de salud mental comunes varían considerablemente dependiendo del lugar y el momento en que se realicen las encuestas y del período durante el cual se mide la prevalencia (Kendrick et al., 2011). Esto puede deberse a aspectos metodológicos y de validez de los instrumentos utilizados.

En este sentido, el presente estudio realiza un aporte al respecto, proporcionando evidencias de validez para 2 pruebas de cribado para evaluación

de trastornos mentales en pacientes de centros de salud de atención primaria en el contexto de Venezuela, a saber: el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y para el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ), específicamente los módulos de depresión (PHQ-9) y de ansiedad (GAD-7). Esto podría promover el uso de dichos instrumentos tanto en procedimientos de diagnóstico clínico de la población como para futuras investigaciones científicas en el área del conocimiento de las ciencias de la salud.

Desde el punto de vista teórico, existen múltiples abordajes y perspectiva de aproximación a los conceptos de depresión y ansiedad, tanto en personas sanas como en sub poblaciones específicas con distintos padecimientos, sin embargo, en el contexto venezolano, no se conocen estudios previos sobre evidencias de adaptación ni de validación de contenido de instrumentos que puedan ayudar a comprender y desarrollar conocimiento de estas enfermedades. Tampoco existen reportes de evidencias de adaptación y / o validación del Cuestionario General de Goldberg con 28 ítems (GHQ-28, Goldberg, 1972, 1978, 1979) que permita un diagnóstico rápido tipo screening de trastornos mentales no psicóticos. Ni se conocen estudios previos de validez para el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, por su sigla en inglés) y de sus subescalas de depresión (PHQ-9) y de ansiedad (GAD-7). (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999; Kroenke y Spitzer, 2002; Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010).

En este sentido, el presente estudio genera un aporte al respecto, al proporcionar evidencias de validez de las perspectivas teóricas que sustentan el desarrollo de cada uno de los instrumentos, contribuyendo de esta forma a

proporcionar un enfoque teórico que permita la comprensión de dichas prevalencias en la población venezolana.

Desde el punto de vista de relevancia epidemiológica de la población venezolana, en el área de conocimiento de la salud, y los padecimientos de ansiedad y depresión, resulta necesario para emprender políticas sanitarias y de intervención educativa –familiar, contar con datos válidos y específicos sobre la prevalencia de los síntomas en la población y su vinculación con las características sociodemográficas.

En este sentido el presente trabajo realizando un aporte al respecto al proporcionar información sobre la prevalencia de la ansiedad generalizada, y de la depresión mayor, en función de variables sociodemográficas de pacientes potencialmente sanos en el contexto venezolano.

Así mismo el disponer de datos iniciales pero específicos sobre estos padecimientos pudiera contribuir para replicar dicha investigación en otras áreas y poblaciones identificadas como vulnerables a fin de proponer acciones tanto de prevención como de tratamiento de dichas enfermedades.



Marco Referencial Teórico

1. Marco Referencial Teórico

1.1 DEPRESIÓN

1.1.1 Epidemiología de la depresión en la población y en Atención Primaria

El DSM-IV describe el Trastorno Depresivo Mayor como un trastorno episódico con un resultado crónico y un elevado riesgo de mortalidad (APA, 2000), equivalente a la descripción de la CIE-10 de trastorno depresivo (WHO, 1992). Implica la presencia de al menos un episodio depresivo mayor, con la experiencia de humor depresivo casi todo el día, todos los días durante al menos 2 semanas.

Existe una pérdida de afecto positivo que se manifiesta en un rango de síntomas, incluyendo trastornos del sueño, falta de autocuidado, poca capacidad de concentración, ansiedad y la falta de interés en actividades diarias (NICE, 2009).

Un diagnóstico formal utilizando el sistema de clasificación CIE-10 requiere por lo menos cuatro de cada diez síntomas depresivos, mientras que el sistema DSM-IV requiere por lo menos cinco de nueve para un diagnóstico de depresión mayor. Los síntomas deben estar presentes por lo menos durante 2 semanas y cada síntoma debe estar presente con la severidad suficiente en la mayoría de los días. Ambos sistemas de diagnóstico requieren que al menos uno (DSM-IV) o dos (CIE-10) síntomas clave estén presentes (estado de ánimo bajo, pérdida de interés y placer o pérdida de energía) (NICE, 2009).

Los trastornos de depresión son muy comunes y cada vez más se reconoce que los síntomas depresivos pueden ser angustiosos e incapacitantes si persistentes (NICE, 2009). La Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey) realizada en 17 países encontró que, en promedio, aproximadamente 1 de cada 20 personas reportaron haber tenido un episodio de depresión en la experiencia previa (World Health Organization, 2012). Es estimado que la depresión afecta a 350 millones de personas alrededor del mundo, con un riesgo de por vida del 7%. Es probable que aumente un 5,7% de la carga mundial de morbilidad en 2020 (Li et al., 2015).

Otro estudio epidemiológico realizado periódicamente investigó la carga mundial de morbilidad de enfermedades (Global Burden of Disease - GBD) e identificó un aumento del impacto de esta enfermedad a lo largo de los años (Ferrari et al., 2013).

Usando el abordaje propuesto por primera vez en el World Development Report de 1993, el GBD utiliza la expresión “años de vida de discapacidad” (disability adjusted life years - DALY) para cuantificar la carga global atribuida a enfermedades. Un DALY representa la pérdida de un año saludable de vida y agrega los años de vida vividos con discapacidad (YLD) con los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura (YLL). En 1990 el GBD clasificó la depresión como la cuarta causa de morbilidad en el mundo, lo que equivale a 3,7% de todos los años de vida de discapacidad (DALY). Su posición se encontraba después de infecciones respiratorias inferiores, enfermedades diarreicas y condiciones durante el periodo perinatal (Ferrari et al., 2013).

En el GBD realizado en el año 2000, los trastornos depresivos son la tercera causa de morbilidad, lo que equivale a 4,3% de todos los DALY, después

de las infecciones respiratorias inferiores y de las enfermedades diarreicas. También fue la principal causa de discapacidad, responsable del 13,4% de los YLD en mujeres y del 8,3% en hombres (Üstün et al., 2004).

El GBD de 2010 cuantificó la carga directa de enfermedades y lesiones, paralelamente a la cuantificación de la carga atribuible a 67 factores de riesgo. Se incluyó un estudio epidemiológico completo de reevaluación de todas las enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 187 países, 21 regiones del mundo, hombres, mujeres, 1990, 2005, 2010 y 20 grupos de edad diferentes. Los trastornos depresivos fueron la segunda causa principal de YLD en 2010. El Trastorno Depresivo Mayor representó el 8,2% (5,9% -10,8%) de los YLD globales. Los trastornos depresivos fueron una de las principales causas de DALYs aunque no se les atribuyó mortalidad como la causa subyacente. El Trastorno Depresivo Mayor representó el 2,5% (1,9% -3,2%) de los DALY globales. Hubo mayores estimaciones en mujeres y adultos en edad laboral. Si bien la morbilidad aumentó en un 37,5% entre 1990 y 2010, esto se debió al crecimiento de la población y al envejecimiento. El Trastorno Depresivo Mayor explicó 16 millones de DALYs de suicidio y casi 4 millones de DALYs de cardiopatía isquémica. Esta carga atribuible aumentaría la carga global de trastornos depresivos de 3,0% (2,2% -3,8%) a 3,8% (3,0% -4,7%) de los DALY globales (Ferrari et al., 2013).

El Global Burden Disease (GBD 2010) también estimó el DALY de suicidio atribuible a trastornos mentales y de uso de sustancias. Los trastornos mentales y de consumo de sustancias fueron responsables de 22,5 millones (14,8-29,8 millones) de los 36,2 millones (26,5-44,3 millones) de DALYs asignados al suicidio en 2010. Esto es equivalente a dos tercios de la carga del

suicidio en 2010. La depresión fue responsable por la mayor proporción de suicidios DALYs (46,1% (28,0% -60,8%). Los DALY ocurrieron durante toda la vida, con la mayor proporción encontrada en Europa oriental y Asia, y los varones entre 20-30 años. La inclusión del suicidio atribuible a DALYs habría aumentado la carga global de los trastornos mentales y de uso de sustancias (asignados a ellos en GBD 2010 como una causa directa) del 7,4% (6,2% -8,6%) al 8,3% (7,1% -9,6%) de los DALY globales, y habría cambiado el ranking mundial de 5ª a 3ª causa de carga (Ferrari et al., 2014).

Además de estos resultados globales, la prevalencia de la depresión y sus correlatos varían entre los países. Se han formulado hipótesis de que factores contextuales, como el nivel de ingresos de los países o las desigualdades de ingresos, pueden contribuir a estas diferencias. En este sentido, un estudio revisó la prevalencia, curso, correlaciones socio-demográficas y costos sociales alrededor del mundo. A pesar de que la prevalencia en la vida y el curso varían bastante entre los países por razones que pueden involucrar procesos sustantivos y metodológicos, los datos cruzados son claros en la documentación de la prevalencia significativa a lo largo de la vida con una amplia variación en la edad de inicio y alto riesgo de la persistencia crónica de por vida. Se encontraron una serie de correlatos sociodemográficos de la depresión mayor de forma uniforme entre los países, y los datos transnacionales también documentan las asociaciones con numerosos resultados adversos, incluyendo, por ejemplo, educación baja, embarazos en la adolescencia, interrupción del matrimonio, empleo inestable, baja calidad conyugal, bajo rendimiento laboral, bajos ingresos. También fueron documentados el aumento del riesgo de aparición, persistencia y gravedad de

una amplia gama de trastornos secundarios y aumento del riesgo de mortalidad temprana por trastornos físicos y suicidio (Kessler y Bromet, 2013).

Para profundizar en los factores socioeconómicos determinantes de la depresión a nivel de país y a nivel individual se realizó un estudio multinivel utilizando datos de entrevistas de 187.496 individuos de 53 países que participaron en las Encuestas Mundiales de Salud de la Organización Mundial de la Salud (Rai et al., 2013). La prevalencia de la depresión varió de 0,4 (en Vietnam) a 15,7% (en Marruecos) entre los países. Sin embargo, las estimaciones medias de la prevalencia de la depresión para países agrupados en acuerdo a su desarrollo económico fueron similares, variando entre 6% en los países con bajos ingresos a 7,6% en los países de alto-medio ingresos, con algunos casos extremos en cada grupo.

En los países de Latinoamérica el de mayor prevalencia fue Brasil con alrededor de 10% de prevalencia de depresión. Los otros países investigados – México, República dominicana, Uruguay, Ecuador y Paraguay – presentaron prevalencia alrededor del 5%. Estos resultados se mantuvieron en diferentes análisis realizados (Rai et al.; 2013).

Los factores individuales fueron responsables por 86,5% de la varianza, pero también hubo una variación considerable en el nivel del país (13,5%), que pareció incrementar con la disminución del desarrollo económico de los países. Por su parte, la renta nacional bruta o la desigualdad de los ingresos no tubo asociación con la depresión. A nivel individual, menos bienes materiales, educación inferior, género femenino, la inactividad y el divorcio o la viudez se asociaron con mayores probabilidades de depresión. El mayor gasto de los

hogares, a diferencia de los activos materiales, fueron asociados con aumento en las probabilidades de depresión (análisis ajustado). (Rai et al., 2013).

Por otra parte, también se ha estudiado la prevalencia de la depresión de manera exhaustiva en diferentes grupos, poblaciones y sus asociaciones con diferentes características personales y condiciones médicas, entre otros. Probablemente la diferencia de la prevalencia de la depresión entre géneros es uno de los resultados más extendidos. Es sabido que la prevalencia de la depresión mayor es más frecuente en mujeres que en hombres (Ferrari et al., 2013).

En este sentido, Albert (2015) escribió un editorial centrado en los contribuyentes biológicos femeninos que son experimentalmente manejables y pueden ayudar a entender cómo y por qué la depresión es más frecuente en las mujeres. Según este autor, el hecho de que la prevalencia femenina: masculina sea similar en países desarrollados, sugiere que el riesgo pueda deberse principalmente a diferencias biológicas entre los sexos y menos a la raza, cultura, dieta, educación y muchos otros factores sociales y económicos.

Por la misma razón, el hecho de que el aumento de la prevalencia de la depresión correlaciona con cambios hormonales en las mujeres particularmente durante la pubertad, antes de la menstruación, después del embarazo y en la perimenopausia, sugiere que las fluctuaciones hormonales femeninas pueden ser un desencadenante de la depresión. Por su parte, las hormonas femeninas como el estrógeno parecen funcionar como protectores para la depresión (Albert, 2015).

Un estudio longitudinal reciente (Salk et al., 2016) también investigó la prevalencia de la depresión y la diferencia entre géneros en adolescentes. Los

participantes fueron cuestionados sobre síntomas depresivos a los 11, 13, 15 y 18 años. A los 20 años se evaluó el diagnóstico de depresión. La diferencia de género apareció a los 13 años para síntomas depresivos y a los 13-14 para el diagnóstico. La diferencia encontrada fue más grande que en estudios previos. Un modelo de curva de crecimiento latente indicó que los síntomas de las chicas se aceleran temprano en la adolescencia, mientras que los de los chicos se aceleran más tarde, indicando trayectorias de desarrollo distintas entre géneros. A pesar de que más chicas (24%) que chicos (15%) habían experimentado depresión mayor a los 20 años, la cronicidad entre aquellos con depresión fue similar (mediana = 2,6% días deprimidos para los niños y 2,4% para las niñas).

También en una muestra de adolescentes, un estudio examinó la asociación de condiciones de vecindad percibidas con niveles de síntomas depresivos entre adolescentes en Jamaica, Bahamas, San Cristóbal y Nieves y San Vicente (Lowe et al., 2014). Los autores relatan investigaciones en donde las condiciones percibidas de los vecinos influyen la salud emocional de los adolescentes. La muestra de participantes estaba en el décimo año en los 4 países. Aproximadamente la mitad (52,1%) de todos los adolescentes reportaron síntomas leves a severos de depresión. Un 29,1% reportó síntomas moderados a severos de depresión. En general, los adolescentes jamaicanos percibieron el vecindario de manera más positiva que los de las Bahamas, San Vicente y San Cristóbal y Nieves. Resultados de una serie de análisis jerárquicos de regresión múltiple sugieren que un patrón diferente de factores de vecindad para cada isla se asoció con síntomas depresivos. Sin embargo, los factores de vecindad se asociaron más con los síntomas de la depresión para los estudiantes jamaicanos que para los estudiantes en las otras tres islas.

En se tratando de los adultos mayores, los datos son también muy alarmantes. Ambas la prevalencia (Luppa, et al., 2012) y la incidencia (Palsson, Ostling, Skoog, 2001) de la depresión aumentan notablemente con la edad. Este es el caso de un estudio comparativo que se realizó en América Latina de la prevalencia de la depresión tardía entre diferentes países con bajos y medios ingresos. Participaron de la investigación 17000 personas con edad superior a 65 años viviendo en áreas urbanas y rurales de 9 países (Cuba, República Dominicana, Puerto Rico, México, Venezuela, Perú, China, India y Nigeria). La depresión fue evaluada utilizando los criterios de la CIE-10 y de la EURO-D. La prevalencia de la depresión varió en los diferentes sitios y con respecto al criterio diagnóstico utilizado. Con los criterios de la CIE-10 la prevalencia fue más baja (0,3% a 13,8%) que utilizando los criterios de la EURO-10 (1% a 38,3%). Para Venezuela, la prevalencia de la depresión a partir de los criterios de la CIE-10 estuvo alrededor de 5%, mientras que con los criterios de la EURO-D, alrededor de 19%. La depresión estuvo asociada a mayores edades y al sexo femenino (Guerra et al., 2016).

Algunas condiciones médicas también pueden ser causa de la depresión en adultos mayores, como es el caso de haber un accidente cerebrovascular (Hörnsten, Lövheim, Nordström, Gustafson, 2016). En estudio realizado al norte de Suecia y Finlandia en 2010 fueron enviadas encuestas por correo para personas mayores con edades de 65, 70, 75 y 80 años. El objetivo fue estudiar factores asociados con la depresión entre personas mayores que habían y que no habían sufrido un accidente cerebrovascular. Los resultados indicaron que la depresión era más común entre aquellos que sí habían sufrido un accidente cerebrovascular (Coeficiente de Prevalencia 1,77, 95% IC: 1,48-

2,12). La depresión estuvo asociada con la dependencia para realizar actividades de la vida diaria y haber tenido una crisis importante en la vida el año anterior (Hörnsten et al., 2016).

En pacientes con hipertensión también se ha estudiado la prevalencia de la depresión. Los resultados de una revisión sistemática y meta-análisis (Li et al., 2015) sugieren que la depresión afecta alrededor de un tercio de los pacientes hipertensos (26,8%, 95% intervalo de confianza IC: 21,7%–32.3%), con resultados similares para hombres y mujeres. La prevalencia estimada por escalas de auto-reporte (29,8%, 95% IC: 23,3% - 36,7%) fue superior a prevalencia estimada a partir de entrevistas (21,3%, 95% IC: 14,2% - 30,0%).

A pesar de los resultados involucrando bajos recursos, momentos críticos de la vida o problemas de salud, hay evidencia que poblaciones socialmente favorecidas también pueden estar en riesgo para la depresión. Este es el caso de los estudiantes universitarios. Con esta población se realizó una revisión sistemática de la prevalencia de la depresión. Los resultados de estudios han mostrado alta variación en las proporciones de estudiantes identificados con depresión, con tasas relativamente bajas alrededor del 10% hasta tasas cercanas a 40% e incluso 84% en algunos casos. Esta variación está influenciada por diversos factores. De cualquier manera, es sabido que el costo de los desórdenes afectivos puede ser particularmente alto para los jóvenes por representar el futuro de su comunidad, además de traer consecuencias negativas en la vida adulta, impactando sus carreras profesionales y relaciones sociales (Ibrahim et al., 2013).

Aunque posiblemente los estudiantes universitarios tienen más probabilidades de ser favorecidos en términos socioeconómicos, considerados

protectores contra la depresión, hay muchos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de los estudiantes a la depresión. Estos factores incluyen cambios en el estilo de vida, resultando en trastornos del sueño y de la alimentación, estresores financieros, alteraciones en la relación familiar, preocupaciones académicas y preocupación por la vida después de la graduación (Ibrahim et al., 2013).

También se han realizado estudios sobre la prevalencia de la depresión en atención primaria. Un estudio clínico epidemiológico amplio sobre los trastornos depresivos en la atención primaria fue realizado por la OMS (WHO/PPGHC) a mediados de los noventa (Sartorius et al., 1993). Comprendió 14 países y 26.000 pacientes de atención primaria en todo el mundo. En la prevalencia de trastornos depresivos, se encontró una variación de hasta 15 veces entre los países.

Si la variación representa verdaderas diferencias en las prevalencias, tal vez podría ser causada por las diferencias étnicas en la vulnerabilidad a la depresión y las diferencias a nivel comunitario en la exposición a factores de estrés o eventos traumáticos. Sin embargo, la variación puede representar problemas con la definición y la medición: los trastornos depresivos, definidos en los Estados Unidos y Europa Occidental, pueden existir en diferentes formas en otras culturas. Además, métodos de diagnóstico idénticos pueden identificar diferentes niveles de gravedad de la depresión debido a diferencias lingüísticas o culturales en la tendencia a reportar malestar (Vuorilehto, 2008).

En esta investigación, un promedio de 10% de los pacientes en atención primaria parecía sufrir de depresión mayor actual y 2% de distimia basada en la taxonomía CIE-10. Se han encontrado prevalencias comparables en estudios

más pequeños. En Finlandia se encontró depresión clínica en un décimo de los pacientes de atención primaria. También encontró depresión clínica en la mitad de los pacientes en centros de salud mental comunitarios (Vuorilehto, 2008).

Los pacientes que se ven en la atención primaria a menudo representan el extremo menos grave del espectro de la enfermedad. Pueden estar en las primeras etapas de la enfermedad, con signos y síntomas menos diferenciados y, por lo tanto, sus síntomas depresivos pueden no lograr el Diagnóstico de EDM o distimia. La prevalencia de síntomas depresivos subsindrómicos en una revisión de 36 estudios de atención primaria varió de 5% a 16% dependiendo de la definición de la condición. En el 7% de los pacientes de atención primaria el WHO/PPGHC reportó síntomas subsindrómicos (cuatro síntomas de los criterios TDM de la CIE-10, uno de los cuales un criterio básico). En un estudio que incluyó mil pacientes de atención primaria en los Estados Unidos, el 9% de los individuos sufrían depresión o anhedonia que duró al menos dos semanas (Sartorius et al., 1993; Vuorilehto, 2008).

Un estudio de meta-análisis realizado en diferentes países encontró que la prevalencia de la depresión en atención primaria fue 19,5%. Este resultado muestra que la prevalencia de la depresión en los servicios de atención primaria es muy superior a la esperada en la población en general (Cano-Vindel, 2012).

Otro estudio en atención primaria realizó una investigación longitudinal con 3214 pacientes no demenciales a partir de los 75 años de edad. Los participantes fueron reclutados en 138 centros de atención primaria. La incidencia de depresión fue 36,8 (IC del 95%: 29,6-45,3) por 1.000 persona-años en los hombres y 46 (IC del 95%: 39,9-52,8) en mujeres (diferencia de sexo $P = 0,069$). La incidencia aumentó el 35,4 (IC del 95%: 29,7-41,9) por 1000 persona-

años entre las edades de 75 y 79 a 75,2 (IC del 95%: 53,2-103,2) para los sujetos de 85 años de edad y mayores. Las razones de riesgo (HR) para la depresión incidente fueron significativamente mayores para los sujetos de 85 años y aquellos con discapacidad motora, deterioro de la visión deterioro cognitivo leve, deterioro de la memoria subjetiva y el tabaquismo actual (Weyerer et al., 2013).

Por otra parte, los resultados de diferentes estudios indican que la precisión de individuos que sufren con depresión en atención primaria está muy lejos de lo que es deseable. Los pacientes no diagnosticados dejan de recibir tratamiento, mientras los falsos positivos reciben un tratamiento costoso e inadecuado. Por esta razón diagnóstico correcto es el punto de inicio de un tratamiento adecuado (Cano-Vindel, 2012).

En este sentido las pruebas de cribado pueden contribuir para facilitar el diagnóstico adecuado de la depresión en atención primaria. En el siguiente apartado se comenta sobre estos instrumentos.

1.1.2 Pruebas de cribado para la depresión

Basado en la prevalencia y la carga de la depresión, la disponibilidad de herramientas de detección y el acceso a tratamientos potencialmente eficaces, la rutina de detección de depresión se ha propuesto como una forma de mejorar la atención de la depresión.

La detección de la depresión implica el uso de cuestionarios auto administrados o pequeños conjuntos de preguntas para identificar a los pacientes que pueden tener depresión pero que aún no han sido diagnosticados o tratados por depresión.

A pesar de la sugerencia de la OMS (WHO & Wonca, 2008) para la evaluación de la depresión en atención primaria, algunas pautas de la práctica clínica no coinciden en si los profesionales de la salud deben examinar la depresión en la atención primaria y de qué manera este procedimiento debe ser realizado. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) recomienda la detección de la depresión cuando los programas de atención de la depresión puedan asegurar un diagnóstico preciso, un tratamiento y un seguimiento efectivos. El Grupo de Trabajo Canadiense sobre Atención Preventiva a la Salud aprobó previamente una recomendación similar, pero en 2013 se posicionó en contra de la evaluación de la depresión en la atención primaria, citando la falta de evidencia de beneficio de los ensayos controlados aleatorios y la preocupación de que una alta proporción de los diagnósticos positivos serían falsos positivos (Thombs & Ziegelstein, 2014).

En el Reino Unido, el Comité Nacional de Detección ha determinado que no hay evidencia de beneficio de la evaluación de la depresión para justificar los costos y los daños potenciales y se ha recomendado en contra de ella. Una guía de 2010 del Instituto Nacional de Salud y Atención (NICE, 2010) recomiendan la detección rutinaria de la depresión, pero sugirió que los clínicos estén alertas a la depresión posible, particularmente entre pacientes con una historia de depresión o con una condición médica crónica. NICE recomendó que los proveedores de atención médica consideraran preguntar a las personas sospechosas de tener depresión dos preguntas de cribado relacionadas al estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés, y considerar la evaluación de la salud mental para las personas que respondan "sí" a cualquiera (Thombs & Ziegelstein, 2014).

Con relación a este tema, Thombs y Ziegelstein (2014) afirman que un programa de detección de la depresión sólo puede tener éxito si pacientes que no conocen la depresión están de acuerdo en ser evaluados, si se identifica un número sustancial de nuevos casos con relativamente bajos falsos positivos, y si los pacientes recientemente identificados participan en el tratamiento de la depresión con resultados exitosos.

Por esta razón, las herramientas de diagnóstico validadas pueden ser de gran ayuda en los servicios de atención primaria (Cano-Vindel, 2012). A continuación, se describirán algunos estudios que aportan evidencias de validez a estas pruebas de cribado para la depresión.

Un estudio sistemático realizado en 2003 (Watson & Pignone, 2003), examinó la exactitud de las pruebas de cribado para la depresión para personas mayores utilizadas en atención primaria. Fueron incluidos estudios para personas con más de 65 años. Se encontraron 9 instrumentos de cribado diferentes. Las escalas más comúnmente utilizadas están presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Pruebas de cribado más frecuentes en estudios con personas mayores y sus características.

Instrumento	Formato	Ítems	Tiempo de administración	Sens. (%)	Esp. (%)
GDS-15	Sí/ No sobre síntomas comunes	15	2-3 minutos	82–100	72–82
CES-D	Frecuencia de síntomas en la última semana	20	2-3 minutos	74–93	70–87
SelfCareD	Elección múltiple sobre síntomas en el último mes	12	2-3 minutos	77–95	53–98

Fuente: Watson & Pignone, 2003.

Según la Tabla 1, las escalas más utilizadas fueron la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale) en sus versiones de 30 y 15 ítems; la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) y la SelfCARE (D). Diferencias en el rendimiento de estos 3 instrumentos eran mínimas. Las sensibilidades oscilaban entre el 74% al 100% y las especificidades oscilaron entre el 53% y el 98% (Watson & Pignone, 2003).

Otra revisión sistemática y meta-análisis se realizó con pruebas de cribado para identificar trastornos depresivos en niños y adolescentes. Se buscó conocer la fiabilidad, validez y utilidad diagnóstica de cuatro escalas para este fin: el Inventario de Depresión de Niños (CDI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Centro de Estudios Epidemiológicos - Escala de Depresión (CES-D) y la Escala Reynolds de Depresión Adolescente (RADS). Se identificaron 54 estudios (34.542 participantes). En las cuatro escalas, la fiabilidad interna era "buena" (estimación agrupada: 0,89, intervalo de confianza del 95% (IC): 0,86-0,92). La sensibilidad y la especificidad fueron "moderadas" (sensibilidad: 0,80; IC del 95%: 0,76-0,84; especificidad: 0,78, IC del 95%: 0,74-0,83). Para los estudios que utilizaron una entrevista diagnóstica para determinar un diagnóstico de TDM, el poder predictivo positivo para identificar casos verdaderos fue en su mayoría pobre. Las propiedades psicométricas no difirieron en función de la calidad del estudio, el tipo de muestra (clínico vs. no clínico) o la edad de la muestra (niño vs. adolescente).

Stockings et al. (2015), concluyen el estudio diciendo que las escalas de calificación de síntomas de depresión comúnmente usadas son medidas confiables de síntomas depresivos entre niños y adolescentes, sin embargo,

reafirman lo ya mencionado anteriormente en este apartado que el uso de puntuaciones de corte para indicar niveles clínicos de depresión puede resultar en muchos falsos positivos.

A pesar de estas evidencias en favor de las pruebas de cribado en estudios de revisión sistemática, cuando se tratan de pruebas de cribado para la depresión traducidas al español, estudio reciente sugiere que todavía hay poca evidencia para guiar la evaluación de la depresión en atención primaria para hispano hablantes (Limon et al., 2016).

En Venezuela, estudio reciente presentó la Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas (Cardozo, Guarino & Rondón, 2016). Se realizaron análisis de consistencia interna, validez convergente, análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio. A pesar de resultados adecuados en la fiabilidad, los resultados de los AFE y AFC sugieren poco ajuste a los datos.

1.1.3 El PHQ-9

El PHQ-9 es el módulo de depresión del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ por su sigla en inglés), que marca cada uno de los 9 criterios del DSM-IV como "0" (nunca) a "3" (casi todos los días). El PHQ-9 fue completado por 6.000 pacientes en 8 clínicas de atención primaria y 7 clínicas de obstetricia y ginecología. La validez del constructo se evaluó mediante la Encuesta de Salud General en su versión corta de 20 preguntas, los días de enfermedad auto informados, las visitas clínicas, y la dificultad relacionada con los síntomas. La validez del criterio se evaluó frente a una entrevista independiente estructurada

de salud mental (MHP) en una muestra de 580 pacientes (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).

A medida que aumentaba la gravedad de la depresión de PHQ-9, había una disminución sustancial en el estado funcional en todas las 6 subescalas Encuesta de Salud General. Además, la dificultad relacionada con los síntomas, los días de enfermedad y la utilización de los servicios de salud aumentaron. Utilizando la entrevista de MHP como criterio estándar, una puntuación de PHQ-9 ≥ 10 tenía una sensibilidad del 88% y una especificidad del 88% para la depresión mayor. Las puntuaciones de PHQ-9 de 5, 10, 15 y 20 representaron depresión leve, moderada, moderadamente severa y severa, respectivamente. Los resultados fueron similares en las muestras de atención primaria y obstetricia-ginecología (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).

El PHQ-9 puede ser utilizado para hacer un diagnóstico probable del trastorno depresivo mayor (MDD en inglés) o como una medida continua para identificar síntomas depresivos leves, moderados, moderadamente graves o graves (Kroenke y Spitzer, 2002).

El PHQ-9 ha sido validado en diferentes contextos y con diferentes muestras. Por ejemplo, en Alemania se realizó un estudio en gran escala para la estandarización de esta escala en la población general (Kocalevent, Hinz, Brähler, 2013 b). Los resultados suportan la fiabilidad y validez del PHQ-9 como un instrumento unidimensional, y permiten la interpretación y comparación de la depresión con otras poblaciones.

Sin embargo, recientemente se realizó estudio de validación del PHQ-9 entre 198 pacientes con Glaucoma en India utilizando el Rasch Analisis (Gothwal et al., 2014). Los resultados indicaron que el PHQ-9 no ajustó el modelo de

Rasch y que este instrumento no fue adecuado para evaluar depresión en esta muestra de pacientes.

Para comprender mejor el funcionamiento de las pruebas de cribado, se realizó una revisión sistemática de diferentes instrumentos utilizados para la detección de trastornos mentales en ingresos bajos y medios realizada con 153 estudios. Fueron evaluados más de 20 instrumentos y los autores concluyeron recomendando la utilización del PHQ-9 como un instrumento válido de detección de trastornos depresivos en aquellas poblaciones con buenos niveles de alfabetización (Ali, Ryan & Silva, 2016).

En lo general, además de hacer diagnósticos basados en criterios de trastornos depresivos, el PHQ-9 es también una medida fiable y válida de la gravedad de la depresión. Estas características y su brevedad hacen que el PHQ-9 sea una útil herramienta clínica y de investigación (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).

1.2 Ansiedad

1.2.1 Epidemiología de la ansiedad en la población y en Atención Primaria

Los trastornos de ansiedad son definidos por el exceso de preocupación, hiperactividad y miedo. Estos síntomas son contraproducentes y debilitantes. Estos trastornos son algunas de las condiciones psiquiátricas más comunes en el Occidente (Remes, Brayne, Linde & Lafortune, 2016).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en EEUU es estimada en 18% y más de 60 millones de personas a padecen en Europa (Remes et al., 2016).

Una revisión sistemática reciente (Remes et al.; 2016) de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en poblaciones adultas encontró 7 revisiones que describían la epidemiología de los trastornos de ansiedad. La prevalencia combinada de un año se estimó en un 10% (95% CI: 7,5%, 14,3%) y la prevalencia de por vida de los trastornos de ansiedad se estimó en un 16,6% (95% CI: 12,7%, 21,1%).

Remes et al. (2016) reportaron también un meta-análisis que investigó si la prevalencia de ansiedad estandarizada por edad aumentó en la última década. Se revisaron estudios sobre culturas en todo el mundo y los hallazgos mostraron que la prevalencia en 1990 (3,8%, IC del 95%: 3,6%, 4,1%) era muy similar a la de 2005 y 2010 (4,0%, IC del 95%: 3,7% 4,2%). Se observó un fuerte aumento en las personas jóvenes a lo largo del tiempo, pero la hipótesis era que los cambios de la edad y las estructuras de la población serían los responsables por este suceso.

Se observó una prevalencia más baja en Asia oriental (2,8%, IC del 95%: 2,2%, 3,4%) y la más alta en América del Norte (7,7%, IC del 95%: 6,8%, 8,8%)

y la región de África del Norte / Medio Oriente (7,7%, 95% IC: 6,0%, 10%) (Remes et al.; 2016).

Las mujeres tienen casi el doble de probabilidades de ser afectadas que los hombres (proporción de 1,9 mujeres: 1 hombre), con diferencias sexuales persistentes en el tiempo y en entornos de recursos altos y bajos (Remes et al.; 2016).

Con relación a la edad, independientemente de la cultura, los individuos menores de 35 años se ven afectados de manera desproporcionada por los trastornos de ansiedad (Baxter et al., 2013, 2014), con excepción de Pakistán, donde personas de mediana edad tienen una alta carga (Remes et al.; 2016).

Globalmente, el TAG (6,2%, IC del 95%: 4,0%, 9,2%) y la fobia específica (4,9%, IC del 95%: 3,4%, 6,8%) parecen tener la mayor prevalencia en la vida y el trastorno de pánico, la más baja (1,2%, IC del 95%: 0,7%, 1,9%). Además de la variación geográfica, se identificó que los criterios de protección son una consideración importante cuando se comparan las estimaciones (Remes et al.; 2016).

Por otra parte, existe una opinión generalizada de que la ansiedad es una característica de los tiempos modernos y que la prevalencia de los trastornos de ansiedad ha aumentado debido a diferentes factores, incluyendo problemas políticos, sociales, económicos o ambientales. Para responder a esta pregunta, Bandelow & Michaelis (2015) compararon diferentes estudios epidemiológicos realizados a lo largo del siglo 21. Los resultados están en la tabla a continuación.

Tabla 2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en estudios epidemiológicos. ECA, Epidemiologic Catchment Area Program; NCS-R, National Comorbidity Survey–Replication; ESEMeD, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

Trastornos de Ansiedad	ECA (1980s)		NCS-R (2001-2003)		ESEMeD (2003)		Wittchen et al.
	Prevalencia	Por vida	Prevalencia	Por vida	Prevalencia	Por vida	
	12 meses		12 meses		12 meses		12 meses
TP	0,9	1,6	3,1	5,2	0,7	1,6	0,7-3,1
TAG	-	-	2,9	6,2	0,9	2,8	0,2-4,3
Agorafobia	-	-	1,7	2,6	0,3	0,8	0,1-10,5
TAS	-	-	8,0	13,0	1,6	2,8	0,6-7,9
Fobia específica	8,8	12,6	10,1	13,8	5,4	8,3	0,8-11,1
Todos los TA	10,1	14,6	21,3	33,7	8,4	14,5	11,1-13,0

Fuente: Bandelow & Michaelis (2015).

En la Tabla 2, se observó que incluso en las encuestas representativas de la población hay discrepancias sustanciales en las tasas de prevalencia. Esto puede ser atribuido a diversos factores, incluidos diferencias metodológicas que podrían distorsionar la prevalencia actual, diferencias culturales y de idioma entre otras (Bandelow & Michaelis, 2015).

Por esta razón es difícil encontrar evidencia confiable para responder a la pregunta si efectivamente los trastornos de ansiedad son más prevalentes hoy en día. Los datos epidemiológicos obtenidos antes de la introducción de sistemas de clasificación psiquiátrica son demasiado imprecisos para ser comparables con los estudios modernos. En 1980, los trastornos de ansiedad se reclasificaron y el trastorno de pánico se incorporó como una nueva entidad diagnóstica (Bandelow & Michaelis, 2015).

Con relación a las diferencias observadas entre los diferentes países, el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (ICPE, por su sigla en

inglés) fue establecido en 1998 por la OMS para llevar a cabo estudios comparativos entre países de la prevalencia y las correlaciones de los trastornos mentales. En 2005 las encuestas del ICPE fueron administradas en siete países: América del Norte (Canadá y EE.UU.), América Latina (Brasil y México) y Europa (Alemania, Países Bajos y Turquía), utilizando la versión de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS (CIDI, por su sigla en inglés) para generar diagnósticos (WHO, 2000).

En las estimaciones de por vida, Canadá fue el país con mayor prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad (21,3%) y México la prevalencia más baja (5,6%). En Brasil la prevalencia fue de 17,4% (WHO, 2000).

Con relación a la carga global de morbilidad, examinada por el estudio Global Burden of Disease (GBD, 2010) los trastornos de ansiedad ocuparon la sexta posición como causa de discapacidad, en términos de YLD, tanto para los países de altos ingresos como para los países de medios y bajos ingresos (Baxter et al., 2014).

A nivel mundial, los trastornos de ansiedad representan el 390 DALYs por 100.000 personas (Intervalo de 95% de incertidumbre (UI) 191-371 DALYs por 100.000), en 2010 sin ningún cambio discernible observado con el tiempo. Las mujeres representaron aproximadamente el 65% de los DALYs causados por trastornos de ansiedad, con la carga más alta en hombres y mujeres experimentados por aquellos con edades entre los por entre 15 y 34 años. Aunque con diferencias regionales en la prevalencia, la superposición entre las estimaciones de la incertidumbre significa que diferencias sustanciales en la carga entre las poblaciones no pudieron ser identificados (Baxter et al., 2014).

En atención primaria, un estudio utilizando la GAD-7, determinó la prevalencia de los trastornos de ansiedad en una muestra aleatoria de 965 participantes. De los 965 pacientes, 19,5% (IC del 95%, 17,0% a 22,1%) tenía al menos un trastorno de ansiedad, 8,6% (CI, 6,9% a 10,6%) tenían el trastorno de estrés postraumático, 7,6% (CI, 5,9% a 9,4 %) tenía un trastorno de ansiedad generalizada, 6,8% (CI, 5,3% a 8,6%) tenía un trastorno de pánico, y 6,2% (CI, 4,7% a 7,9%) tenían el trastorno de ansiedad social (Kroenke et al., 2007).

Cada trastorno se asoció con sustancial deterioro que aumentó significativamente ($P > 0,001$) conforme el aumento del número de trastornos de ansiedad. Muchos pacientes (41%) con un trastorno de ansiedad reportaron no tener tratamiento actual (Kroenke et al., 2007).

A pesar de los avances epidemiológicos en el campo de la ansiedad, importantes áreas de investigación siguen siendo insuficientes o inexploradas. Existe la necesidad de nuevos estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en diferentes contextos, incluyendo los países de Suramérica (Remes et al., 2016).

1.2.2 Pruebas de cribado para la ansiedad

Las pruebas de cribado son herramientas de fácil manejo, que no requieren un especial adiestramiento para su aplicación y que, en pocos minutos, nos concretan la patología del enfermo con una sistemática de evaluación, nos ayudan en el diagnóstico diferencial y en el pronóstico, valorando la severidad del proceso. Estos elementos son indispensables a la hora de elegir la mejor opción terapéutica, cuya eficacia, en muchas ocasiones, ayudan también a evaluar. Las pruebas de cribado también ayudan al enfermo, una vez que los síntomas psicológicos son siempre difíciles de describir y un cuestionario elaborado puede facilitar el propio interrogatorio. (Campodarbe et al.; 1999).

Los test de *screening* son utilizados desde los años cincuenta para detectar casos psiquiátricos menores, en términos generales, con fines epidemiológicos o como una primera aproximación psicológica para evidencia trastornos enmascarados (Campodarbe et al.; 1999).

A pesar de excelentes herramientas, Campodarbe et al. (1999) sugieren que no deben sustituir una entrevista clínica completa y empática, atenta a aspectos verbales y no verbales. Y sugieren que el médico de atención primaria debe tener en cuenta que su persona es el recurso terapéutico más sofisticado de que dispone.

Otro punto a considerar dice respecto a la elección del recurso psicométrico a ser utilizado, una vez que hay inúmeros instrumentos disponibles. Por lo tanto, el clínico deberá basarse en criterios de validez, sensibilidad y especificidad. Además de verificar la validación transcultural (la mayoría de los instrumentos se traducen del inglés) y la fiabilidad (Campodarbe et al.; 1999).

Esta preocupación tiene todavía más sentido en se tratando de pruebas de detección de los trastornos de ansiedad que típicamente proporcionan resultados menos favorables, al menos en poblaciones clínicas. Una razón es que los diferentes tipos de trastornos de ansiedad tienen síntomas más heterogéneos que los diferentes tipos de trastornos depresivos. Otra razón es que las reacciones de ansiedad normales de las muestras clínicas muestran típicamente una mayor superposición con síntomas de ansiedad expresados por los pacientes diagnosticados como tener un trastorno de ansiedad (Rose & Devine, 2014).

A continuación, se describen algunos de las pruebas de cribado de ansiedad más utilizadas:

- Inventario de ansiedad de rasgo-estado (STAI, por su sigla en inglés: desarrollada para medir la ansiedad en dos dimensiones, a saber, rasgo y estado. Cada dimensión está compuesta por 20 ítems y evalúan los síntomas percibidos actualmente y generalmente. El tiempo de administración varía de 4 a 8 minutos por escala. Presenta buenas propiedades psicométricas; $\alpha = 0,86-0,95$; sensibilidad de 0,82 y especificidad de 0,88 (Spielberger, 2010).
- Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HADS, por su sigla en inglés): mide ansiedad y depresión. Presenta 7 ítems de ansiedad y otros 7 para depresión. Las preguntas son referentes a la semana pasada y el tiempo de administración está entre 2 o 5 minutos. Presenta buenas propiedades psicométricas; $\alpha = 0,76-0,80$; sensibilidad y especificidad de 0,85 (Rose & Devine, 2014).

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI, por su sigla en inglés): mide ansiedad a partir de dos dominios, a saber, componentes cognitivos y somáticos. Contiene 21 ítems y evalúa los síntomas en la semana anterior. Es administrada en un periodo que varía de 5 a 10 minutos. Presenta buenas propiedades psicométricas; $\alpha > 0,9$; sensibilidad de 0,67 y especificidad de 0,93 (Rose & Devine, 2014).
- Escala de ansiedad Zung: mide la ansiedad a partir de diferentes dominios, a saber, cognitivo, autonómico, motor, síntomas del sistema nervoso central). Está compuesta por 21 ítem y evalúa los síntomas durante varios últimos días. El tiempo de administración varía entre 10 y 15 minutos. Presenta moderadas propiedades psicométricas; $\alpha = 0,74-0,77$ (Rose & Devine, 2014).
- Escala reducida de ansiedad basada en el ISRA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad) (Cano-Vindel & Tobal; 1999; Martínez-Sánchez et al., 1995): fue elaborada a partir de las 24 respuestas de ansiedad que recoge el ISRA y evalúa el nivel general de ansiedad de una manera simple y rápida. La escala está compuesta por 17 ítems y 3 factores, a saber, cognitivo, fisiológico y motor. Fue validada en una muestra de 238 sujetos que asistían a un centro de salud.
- Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI-SC, por su sigla en inglés): Fue desarrollada una prueba de cribado a partir de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS para atender a las necesidades de coordinación de estudios epidemiológicos alrededor del mundo. Está basada en el DSM-IV y

evalúa Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico y Trastorno Bipolar (Kessler et al.; 2013).

- Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh (EPDS, por su sigla en inglés): Fue originalmente creada como una escala unidimensional para evaluar depresión posparto. Entretanto, evidencias de varios estudios sugieren que es una escala que mide varias dimensiones, principalmente ansiedad además de la depresión. A partir de un análisis de comparación de modelos de AFC, un modelo de 9 ítems y 2 factores fue el que mejor ajustó a los datos, depresión y ansiedad (Bina & Harrington; 2016).

1.2.3 EI GAD-7

Dada la popularidad del PHQ-9 para evaluar y monitorear la depresión severa, una nueva escala de ansiedad, utilizando un conjunto de respuestas similares fue inicialmente desarrollada para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7, por sus siglas en inglés) y validada en 2740 pacientes de atención primaria (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010).

Con el objetivo de desarrollar una medida clínica rápida para examinar el trastorno de ansiedad generalizada (GAD, por su sigla en inglés), Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe (2006) desarrollaron una escala con 9 preguntas y la aplicaron en diferentes espacios de atención primaria para seleccionar los ítems para la escala final y evaluar su fiabilidad y validez.

Los 9 ítems reflejaban todos los criterios del DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada. Las opciones de respuesta son “nunca”, “varios días”, “más de la mitad de los días”, “casi todos los días”, evaluadas con puntuaciones de 0 a 3. Después de los análisis estadísticos, una escala de 7 ítems demostró buena fiabilidad y validez de criterio, de constructo, factorial y procesal. Un punto de corte que optimizó la sensibilidad (89%) y la especificidad (82%). Las puntuaciones crecientes en la escala se asociaron fuertemente con los dominios del deterioro funcional (todas las 6 escalas de la Encuesta de Salud General de forma reducida y los días de incapacidad) (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe; 2006).

Aunque el TAG y síntomas de depresión con frecuencia coinciden, se confirmó el análisis factorial con dimensiones distintas entre estas enfermedades. Además, los síntomas de la TAG y de la depresión tuvieron efectos diferentes pero independientes sobre el impedimento funcional y la discapacidad de los participantes. Hubo buen grado de acuerdo entre las versiones de la escala de auto informe y la administrada por un entrevistador (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe; 2006).

Los autores concluyeron que la GAD-7 es una herramienta válida y eficiente para la detección del trastorno de ansiedad generalizada y para la evaluación de su gravedad en la práctica clínico o investigación (Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe; 2006).

Esta escala también comprobó tener buena sensibilidad y especificidad como *screening* para pánico, ansiedad social y trastorno de estrés post traumático. (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010; Kroenke et al.; 2007).

Se ha informado de que el GAD-7 es una prueba breve válida en muestras clínicas, de investigaciones y generales (Konkan et al., 2013). El módulo de ansiedad del PHQ también se ha validado en atención primaria, diferentes grupos de pacientes hospitalizados, la comunidad y en pacientes psicosomáticos ambulatorios (Muntingh et al., 2013).

Sin embargo, otro estudio reciente verificó las propiedades psicométricas del GAD-7 en una muestra psiquiátrica heterogénea que incluía diferentes

trastornos de ansiedad (Beard y Björgvinsson, 2014). Los resultados demostraron una baja especificidad y altos índices de falsos positivos para todos los trastornos. La escala funcionó bien como una medida de la severidad de los síntomas de ansiedad, pero no para identificar diferentes diagnósticos en esta muestra psiquiátrica.

Por todo lo presentado, se observa la gran utilización y utilidad de la GAD-7 en diferentes contextos y muestras. Sin embargo, todavía existen controversias en los resultados encontrados en cuanto a la validez de esta subescala, lo que sugiere la necesidad de más investigaciones.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos generales

Estudiar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes de atención primaria adultos en Caracas, Venezuela.

1.3.2 Objetivos específicos

- Aportar evidencias de validez psicométricas para el instrumento GHQ-28 en el contexto venezolano.
- Aportar evidencias de validez psicométricas para el instrumento PHQ en el contexto venezolano.
- Describir los niveles de depresión en una muestra de participantes venezolanos.
- Describir los niveles de ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.
- Conocer si existe una relación entre factores sociodemográficos y depresión y/o ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.



2. ESTUDIOS

2. Estudios

2.1 Evidencias de validez del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela

2.1.1 Objetivos

El objetivo del presente estudio fue aportar evidencias de validez al Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en una muestra venezolana de atención primaria.

2.1.2 Objetivos específicos

- Probar, mediante el análisis factorial confirmatorio, tres diferentes modelos factoriales, pero anidados.
- Comparar los diferentes modelos a partir de diferentes procedimientos e índices de bondad de ajuste.
- Evaluar el nivel de ajuste de posibles modelos alternativos derivados de la propuesta del GHQ-28.

2.1.3 Método

2.1.3.1. Descripción de la muestra

La muestra estuvo constituida por 441 participantes, pacientes de un centro de salud de Caracas. La edad promedio fue de 46 años, 158 hombres (35,9%) y 282 mujeres (64,1%). Los datos perdidos fueron imputados a partir del método de imputación por patrón de respuesta similar (*imputation by matching*) en el programa Lisrel 8.8.

2.1.3.2. Instrumento

El instrumento utilizado fue el Cuestionario General de Goldberg en su versión con 28 ítems (GHQ-28, Goldberg, 1972, 1978). Está pensado como un instrumento de *screening* para identificar trastornos mentales no psicóticos en contextos de práctica médica general. El GHQ-28 está compuesto originalmente por cuatro factores o subescalas: síntomas somáticos (ítems 1 al 7); ansiedad e insomnio (ítems 8 al 14); disfunción social (ítems 15 al 21) y depresión severa (ítems 22 al 28). Existen diferentes métodos para determinar la puntuación del GHQ-28. En el presente estudio se asignaron valores de 1 (nunca), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (siempre) a cada una de las posibles respuestas (ver anexo 1).

La fiabilidad test-retest reportada está entre 0,78 y 0,90 (Sterling, 2011). La consistencia interna del GHQ ha sido demostrada en numerosos estudios, encontraron coeficientes de Alpha de Cronbach entre 0,82 y 0,89 en España, Italia, China, Gran Bretaña, Cuba (García, 1999). En El Salvador, la fiabilidad

test-retest y la consistencia interna alcanzaron valores de 0,7 o superiores (Gibbons et al., 2004). Incluso en una presentación vía internet se encontraron coeficientes de Alpha Cronbach de 0,90 para toda la escala y entre 0,71 y 0,85 para las subeslas (Vallejo et al., 2007).

En diferentes muestras de estudiantes universitarios venezolanos el coeficiente Alpha de Cronbach osciló entre 0,73 y 0,94 (Araújo & Moreno, 2006; Guarino, Gavidia, Antor, & Caballero, 2000; Núñez & Socorro, 2005).

2.1.3.3. Procedimiento

El procedimiento realizado se inició con el permiso y apoyo de la Directoría de la clínica participante en la investigación. Los participantes rellenaron un termo de consentimiento para la participación en el presente estudio de manera voluntaria y anónima, solicitando la utilización de los datos con fines exclusivamente de investigación. El instrumento fue aplicado en un salón acondicionado en el período de octubre y noviembre de 2012.

2.1.3.4. Análisis de datos

Como evidencia de validez del modelo basado en la propuesta del GHQ-28 se realizó un análisis factorial confirmatorio utilizando los ítems del cuestionario como indicadores y los cuatro factores asociados a ellos, a saber: Factor 1. Síntomas Somáticos (ítems 1 al 7); Factor 2. Ansiedad e Insomnio (ítems 8 al 14); Factor 3. Disfunción Social (ítems 15 al 21) y Factor 4. Depresión Severa (ítems 22 al 28). También se llevó a cabo una comparación con dos

variaciones anidadas del modelo. En la primera variación, todos los ítems cargan en un único factor. Este modelo está basado en la propuesta original de D. Goldberg (1972), en que conceptualmente existe un factor general que refleja la gravedad de los síntomas de trastornos mentales no psicóticos, en el cual diferentes grados de salud y sufrimiento psicológico pueden ser representados cuantitativamente (Carvalho, Andreoli, & Jorge, 2011; Carvalho, Patrick, Jorge, & Andreoli, 2011).

La segunda variación es un modelo de 3 factores, donde los factores de Síntomas Somáticos y Ansiedad forman un único subtest, conforme solución encontrada por otros autores en diferentes estudios (Delgado-Gomez et al., 2013; Moreno et al., 2010).

Para realizar cada AFC se aplicó el método robusto de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS, por su sigla en inglés, Robust Diagonally Weighted Least Squares) sobre la matriz de correlación policórica y la matriz asintótica. Es adecuado utilizar el método de ajuste DWLS cuando las variables son ordinales y no se distribuyen de forma normal (Jöreskog, 1994, 2002). Para la identificación del modelo se fijó a 1 el valor de una saturación en cada factor y todas las saturaciones de los errores.

La evaluación del ajuste de los modelos se apoya en el valor de χ^2 y en la información aportada por otros índices que juzgan la bondad del modelo (Schermelel-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Entre ellos se consideraron el índice de ajuste general (GFI), la raíz del residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR), la raíz media cuadrática del error de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI), y el criterio de información de Akaike (AIC).

Además del estudio independiente de cada uno de los modelos, se evaluó comparativamente el ajuste de los modelos anidados, utilizando diferentes procedimientos. El de Satorra y Bentler (2001) que proponen una prueba de significación que incorpora criterios de ajuste del estadístico χ^2 para evaluar modelos de AFC anidados cuando los datos no cumplen el criterio de normalidad. Para ello, se utilizó el programa informático SBDIFF.EXE, desarrollado y publicado gratuitamente por Crawford y Henry (2003). A continuación se comprobó la diferencia entre los valores del CFI; si el valor de la diferencia entre dos modelos anidados es superior a 0,01 se debe rechazar el modelo con más restricciones en favor del modelo menos restricto (Cheung & Rensvold, 2002). Finalmente se verificaron los valores del AIC, una vez que dentro de un conjunto de modelos para los mismos datos, el modelo con el menor valor de AIC es considerado el que mejor ajusta (Schermelleh-Engel et al., 2003).

2.1.4. Resultados y Discusión

Con el objetivo de evaluar el nivel de ajuste de posibles modelos alternativos derivados de la propuesta del GHQ-28 (D. Goldberg, 1972, 1978; D. P. Goldberg & Hillier, 1979), se evaluaron utilizando el análisis factorial confirmatorio (AFC) tres modelos diferentes, pero anidados: modelo 1, conformado por un solo factor en el que saturan todos los ítems; modelo 2, conformado por 3 factores donde los factores de Síntomas Somáticos y Ansiedad saturan en un solo factor y modelo 3, conformado por los 4 factores o subescalas propuestas por Goldberg (1972, 1978).

Siguiendo el procedimiento para comparar modelos, se realizó el análisis factorial confirmatorio para cada uno de los tres modelos alternativos evaluados. Se observaron covariaciones positivas entre todos los factores o variables latentes en todos los modelos. Todos los parámetros del modelo 1 de un factor fueron significativos, a excepción del ítem 15 que fue eliminado por esta razón. El menor valor de saturación fue 0,27 y el mayor fue 1,00. Por su parte, el modelo 2 (con tres factores) y el modelo 3 (con cuatro factores) presentaron todos los parámetros significativos. Sin embargo, para ambos modelos, el ítem 23 cargó negativo en el factor Depresión Severa y la varianza error del ítem 26 presentó el signo negativo en la solución estandarizada. Por esta razón el ítem 23 fue eliminado y el ítem 26 fue reubicado en el factor Ansiedad e Insomnio (a partir de los índices de modificación).

Con relación al ítem 23 (*¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?*), 420 participantes (95,2%) respondieron nunca a este ítem. Culturalmente parece haber un discurso donde las personas reafirman tener

esperanza independientemente de las dificultades, por ejemplo, utilizan frases hechas como “Siempre con esperanza”. Tal vez por esta razón este ítem no contribuya a identificar pacientes con depresión en esta muestra.

Por su parte, el ítem 26 (*¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?*) parece ser interpretado más como una pregunta relacionada a ansiedad que a la depresión por los participantes del contexto estudiado, situación reflejada en los resultados arrojados por los AFC, donde fue reubicado en el factor Ansiedad e Insomnio.

A continuación, se presentan los distintos índices de bondad de ajuste para cada uno de los modelos evaluados. En relación a los índices globales se observa que el estadístico χ^2 y el Satorra-Bentler χ^2 resultaron significativos, aspecto que si bien no resulta adecuado, suele ser común debido a la sensibilidad de los estadísticos a tamaños de muestras. Asimismo los índices CFI, GFI, NNFI y RMSEA muestran un buen ajuste para los modelos 2 y 3. Por otra parte el SRMR, que es una forma de sintetizar los residuos estandarizados, indicando cuanto discrepan las correlaciones observadas de las predichas, indica un mejor ajuste del modelo 3 (ver tabla 3)

Tabla 3. Índices de bondad de ajuste de los tres modelos evaluados.

Modelo	GI	χ^2	S-B χ^2	CFI	GFI	NNFI	RMSEA	SRMR	AIC
1. Un factor	324	27115,82*	1968,17*	0,93	0,89	0,92	0,11	0,21	2076,17
2. Tres factores	321	5717,99*	584,30*	0,99	0,95	0,99	0,04	0,11	698,30
3. Cuatro factores	318	4083,08*	444,02*	0,99	0,97	0,99	0,03	0,09	564,02

Nota: * $p \leq 0,000$

Fuente: elaboración propia

Para comparar los modelos, se planteó como hipótesis nula que los modelos 2 y 3 son iguales, H_0 : modelo 2 = modelo 3. Para evaluar la hipótesis se utilizó el procedimiento de Satorra y Bentler (2001) los cuales proponen una prueba de significación que incorpora criterios de ajuste del estadístico χ^2 para evaluar modelos de AFC anidados cuando los datos no cumplen el criterio de normalidad, el cual arrojó los resultados del estadístico de diferencia de escala Satorra-Bentler (22,58; $gl = 3$) y muestra una probabilidad $\chi^2 = 0,000$, por lo que se rechaza la H_0 .

Con relación a los valores del CFI, se comprobó que no hay diferencia entre los modelos 2 y 3 (Cheung & Rensvold, 2002). Finalmente se verificaron los valores del AIC, utilizado para comparar modelos (Schermelleh-Engel et al., 2003) y este índice sugiere que el modelo 3 presenta un mejor ajuste ya que posee el indicador más bajo.

Por todo lo anterior, se observa que ambos modelos presentan buenos índices de ajuste. Sin embargo, y asumiendo que los modelos no son iguales a partir del estadístico χ^2 de Satorra y Bentler (2001), el modelo 3 presenta mejores valores en algunos de ellos. Considerando que este satisface la distribución teórica de cuatro factores propuesta por Goldberg (1972, 1978), se

asume que el modelo 3 es el que presenta mejor ajuste y permite representar la estructura teórica factorial subyacente de forma adecuada.

En la Figura 2, se observa el diagrama resultante para el modelo de cuatro factores.

Los análisis sugieren que el modelo resultante apoya el modelo con cuatro factores en el contexto venezolano, con pequeñas modificaciones. Estos resultados deben ser considerados como una evidencia empírica inicial de validez de constructo del instrumento al contexto estudiado. Futuros estudios podrían evaluar nuevas evidencias de validez del instrumento en muestras venezolanas con diferentes características sociodemográficas, médicas entre otras.

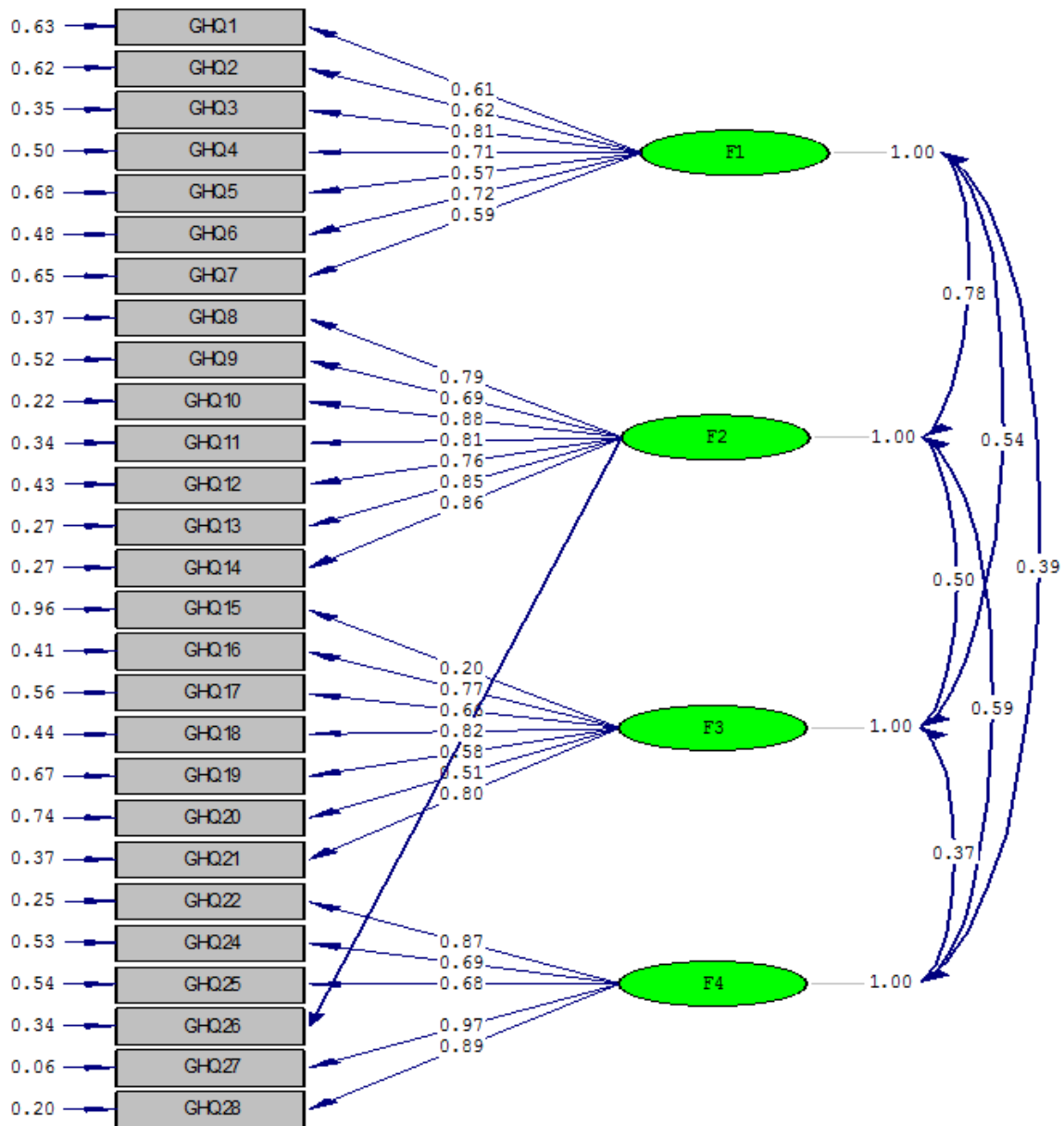


Figura 2. Modelo resultante de cuatro factores. Fuente: elaboración propia.

2.1.5 Conclusiones y Recomendaciones

Con el objetivo de aportar evidencias de validez para el Cuestionario de Salud General de Goldberg (1972, 1978) en el contexto venezolano, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio y la comparación de tres modelos anidados, utilizando el método DWLS, por su sigla en inglés, Robust Diagonally Weighted

Least Squares, procedimiento proporcionado por LISREL 8.8. El primer modelo conformado por un solo factor en el que saturan todos los ítems; el segundo, por tres factores y el tercero conformado por los cuatro factores propuestos originalmente por Goldberg (1972, 1978).

Los resultados sugieren que el modelo de cuatro factores propuesto por Goldberg (1972, 1978), con pequeñas modificaciones, presenta un ajuste más adecuado que los modelos alternativos estudiados y permite reproducir con bajos valores residuales la matriz de varianza-covarianza poblacional a partir de la combinación de parámetros expresados en el modelo, lo que constituye una evidencia empírica a favor de la validez de constructo del instrumento utilizado y soporta su utilidad para evaluar enfermedades psiquiátricas no psicóticas en pacientes de la muestra estudiada en el contexto venezolano.

Sin embargo, se sugiere que los resultados presentados sean considerados como una evidencia empírica inicial de validez de constructo del GHQ-28 al contexto venezolano estudiado y no como datos concluyentes y generalizables a otros contextos, ya que es posible que los resultados obtenidos estén afectados por las características de la muestra, el procedimiento empleado y/o el método de análisis realizado. Futuros estudios podrían evaluar nuevas evidencias de validez en muestras venezolanas con diferentes características, laborales, sociodemográficas, médicas, de formación académica, entre otras. Por último, se espera que las especificaciones conceptuales y metodológicas de la presente investigación favorezcan su replicación.

2.2 Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en Venezuela

2.2.1 Objetivos

El objetivo del presente estudio fue examinar algunas propiedades psicométricas de las dimensiones depresión (PHQ-9) y ansiedad (GAD-7) adaptadas al contexto venezolano.

2.2.2 Objetivos específicos

- Verificar la validez de contenido del PHQ-9 y del GAD-7.
- Verificar la validez convergente del PHQ-9 y del GAD-7 con los respectivos factores del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).
- Verificar la curva COR (Curva Característica Operativa del Receptor) utilizando como criterio la presencia de diagnóstico realizado a partir de la entrevista M.I.N.I (*Mini International Neuropsychiatric Interview*).
- Verificar la fiabilidad del instrumento a partir del estadístico Alpha de Cronbach y del procedimiento de dos mitades.

2.2.3 Método

2.2.3.1 Participantes

Los participantes del presente estudio eran pacientes de atención primaria en una clínica de clase media de Caracas, Venezuela. Participaron 2 muestras según el procedimiento utilizado:

Muestra 1: Constituida por 318 participantes. Respondieron al PHQ-9, a la GAD-7 y al GHQ-28 para los análisis de validez convergente. Los datos perdidos fueron imputados a partir del método de imputación por patrón de respuesta similar (*imputation by matching*) en el programa Lisrel 8.8. La edad de los participantes estuvo comprendida entre 18 y 82 años, siendo el promedio de 46 años (DT = 15,23), 101 hombres (32%) y 217 mujeres (68%).

Muestra 2: Constituida por 80 participantes, que además del PHQ respondieron la entrevista MINI para la realización del análisis de la curva COR. La edad de los participantes estuvo comprendida entre 19 y 82 años, siendo el promedio de 46 años (DT = 15,76%), 17 hombres (21,3%) y 63 mujeres (78,8%).

2.2.3.2 Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos, a saber:

- 1) Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), que permite un diagnóstico rápido de trastornos mentales. Este cuestionario fue generado a partir del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Health Disorders) (Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010). El PHQ contiene diferentes módulos que pueden ser aplicados separadamente, para el presente estudio se utilizaron los módulos de depresión (PHQ-9) y ansiedad generalizada (GAD-7). Estas subescalas presentan un formato tipo Likert de cuatro puntos.
- 2) Cuestionario de Salud General de Goldberg con 28 ítems (GHQ-28, Goldberg, 1972, 1978, 1979) en su versión adaptada al contexto venezolano (Grün y Cano-Vindel, en imprenta). Es un instrumento de *screening* para identificar trastornos mentales no psicóticos en contextos de práctica médica general. Está compuesto por cuatro factores o subescalas: síntomas somáticos; ansiedad e insomnio; disfunción social y depresión severa. Presenta un formato de respuesta tipo Likert de 1 (nunca) a 4 (siempre).
- 3) Entrevista MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) para el diagnóstico de trastornos mentales del eje I, (Sheehan y Lecrubier, 2004). Permite realizar un diagnóstico breve de acuerdo con los sistemas DSM-IV o ICD-10. Se utilizaron apartados correspondientes a los módulos aplicados del PHQ, a saber: Episodio Depresivo Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

2.2.3.3 Procedimiento

El procedimiento realizado, una vez conseguidos los permisos por parte de la Dirección del centro de salud, la investigadora principal y dos estudiantes de psicología en rol de auxiliares de investigación procedieron a solicitar consentimiento por escrito de la participación voluntaria, anónima y utilización de los datos con fines exclusivamente de investigación. Debido al bajo nivel de escolaridad de los participantes, se optó por leer los ítems de los instrumentos, solución posible citada por Spitzer, Kroenke y Williams (1999). Se contó con un salón con aire acondicionado y los datos se recolectaron en el período de octubre y noviembre de 2012.

2.2.3.4 Análisis estadístico

Fueron realizados diferentes análisis con el PHQ-9 y la GAD-7, a saber: cálculo de fiabilidad (Alfa de Cronbach y Dos Mitades) y análisis para aportar evidencias de validez al instrumento – validez de contenido y validez convergente. Finalmente se realizó análisis de la curva COR para verificar la Sensibilidad y Especificidad del instrumento.

Como evidencia de validez de contenido fueron contactados 5 expertos que revisaron el instrumento (PHQ en español de España) y aportaron sugerencias para adaptar el instrumento a la muestra venezolana.

Como evidencia de validez convergente se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de los módulos del PHQ aplicados y las puntuaciones totales de las subescalas del GHQ-28.

El análisis de las curvas COR (Característica Operativa del Receptor) se ha realizado utilizando como criterio la presencia de trastornos mentales diagnosticados con la MINI, y bajo el supuesto de una distribución no paramétrica y un nivel de confianza del 95%. El software estadístico utilizado fue el SPSS 20.0.

2.2.4 Resultados y Discusión

Fueron aplicados cuatro distintos análisis para evaluar la validez del PHQ-9 y de la GAD-7, el primer análisis estudió la validez de contenido en español de España, se solicitó la participación de cinco expertos que revisaron el instrumento y aportaron sugerencias para adaptar el instrumento a la muestra venezolana.

Cada experto relleno un formato previamente elaborado y enviado por correo electrónico, donde se solicitó que evaluaran los ítems del PHQ en relación a su adecuación, obtención del diagnóstico en cada subescala, comprensión del lector y observaciones. Los desacuerdos fueron discutidos y una sugerencia fue modificada en el instrumento, a saber, en las alternativas de respuesta, tanto en el PHQ-9 como en el GAD-7 se cambio la expresión “Casi cada día” por “Casi a diario”.

El segundo análisis estudio la validez convergente del PHQ-9 y de la GAD-7 con el GHQ-28. Para ello se realizo un análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de los módulos del PHQ y las puntuaciones totales de los factores del GHQ-28. Los resultados se muestran en la tabla a continuación:

Tabla 4: Estadísticos y correlación de Pearson del PHQ con el GHQ-28: N=318.

Escala	Media	DT	PHQ-9	GAD-7
GHQ_F1 (n=318)	12,14	3,57	0,529**	0,563**
GHQ_F2 (n=318)	11,42	3,84	0,712**	0,692**
GHQ_F3 (n=318)	10,66	3,45	0,451**	0,254**
GHQ_F4 (n=318)	5,24	0,84	0,386**	0,188*
PHQ-9 (n=311)	5,53	5,11	1	0,736**
GAD-7 (n=187)	6,87	4,62	0,736**	1

**Valores estadísticamente significativos ($p \leq 0,01$). *Valores estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$). F1: Síntomas Somáticos. F2: Ansiedad e Insomnio. F3: Disfunción Social. F4: Depresión Severa.

Se observa que todos los resultados de las correlaciones presentados son significativos ($p \leq 0,01$ o $p \leq 0,05$). Para el GAD-7 el valor más alto de correlación se observó con el factor F2 de Ansiedad e Insomnio, conforme esperado (ver tabla 5)

Para el PHQ-9, la mayor correlación fue observada con el factor F2 (Ansiedad e Insomnio), seguida por el factor F3 (Disfunción Social) y por el factor F4 (Depresión Severa). A pesar de que los valores de r fueron significativos para todos los factores, esperado sería que el factor F4 fuera el más elevado. Algunas hipótesis pueden ser levantadas. Primero, las preguntas relacionadas al sueño componen el factor de ansiedad en el GHQ-28, pero en el PHQ están en la subescala de depresión (PHQ-9), esto puede ayudar a explicar que el valor más alto de r se haya dado en este factor para esta subescala. Por su parte, de los cinco ítems que componen el factor F4 del GHQ-28, tres se refieren a pensamientos relacionados al suicidio. En el PHQ-9, apenas un ítem se refiere a este tema. Esto puede ayudar en la comprensión de haber obtenido la menor correlación en este factor.

También se observan los resultados de la correlación de Pearson realizados entre las subescalas del PHQ evaluadas en este artículo. Se observa un valor alto y positivo entre el PHQ-9 y el GAD-7, que puede sugerir asociación entre los trastornos de depresión y ansiedad, conforme esperado en la literatura (p. ej. Álvaro, Roberts & Harris, 2013; Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008).

El tercer análisis fue el estudio de la sensibilidad y especificidad realizado en los pacientes entrevistados por la MINI (N=80). El Episodio Depresivo Mayor fue diagnosticado en 11,3% de los pacientes y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en 5% (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencias de los trastornos psiquiátricos encontrados en los pacientes entrevistados por la MINI (N=80).

Trastorno Psiquiátrico	Frecuencia
Episodio Depresivo Mayor	9 (11,3%)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	4 (5%)

Los resultados para la depresión son superiores a los encontrados en estudio realizado por la OMS utilizando la Encuesta Mundial de la Salud, que sugiere la prevalencia de depresión de 5% en Venezuela (Rai et al.; 2013).

Con relación a la ansiedad, la prevalencia en esta muestra es inferior a los datos de otros estudios a nivel mundial, que reportaron una prevalencia de 10% (Remes et al.; 2016).

La capacidad del PHQ para discriminar entre pacientes con alteraciones y sin alteraciones psiquiátricas se estimó mediante la curva COR. Los resultados se encuentran en la tabla a continuación:

Tabla 6: Parámetros de sensibilidad y especificidad PHQ-9 y GAD-7

Escala	AUC	Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad	PPV *	NPV*
PHQ-9	0,948	7,5	0,889	0,113	0,123	0,933
GAD-7	0,942	7,5	0,750	0,105	0,042	0,888

*PPV = positive predictive value y NPV = negative predictive value.

Los valores para el Área Bajo la Curva fueron significativos (IC 95%). Los puntos de corte presentados en la Tabla 6 son aquellos que maximizan el valor de la sensibilidad y de la especificidad en cada escala. El valor de sensibilidad de la escala PHQ-9 de Depresión es de 89%, similar a otros estudios realizados en otros contextos (Wittkampf et al., 2009; Liu et al., 2011). El punto de corte de 7,5 es inferior a otros estudios, los cuales reportaron valores comprendidos entre 8 y 11 (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001; Manea, Gilbody, McMillan, 2012; Fine et al., 2013).

Para la escala GAD-7, el valor de sensibilidad de 75% obtenido en el presente estudio es medio. Ambos valores de sensibilidad y punto de corte son inferiores a otras investigaciones que reportaron valores de sensibilidad alrededor de 80% y puntos de corte entre 8 y 10 (García-Campayo et al., 2010; Delgadillo et al., 2012, Konkan et al., 2013). Sin embargo, los valores de esta muestra son similares a una investigación realizada en Perú (Zhong, 2015), donde se encontró un punto de corte de 7 y una sensibilidad de 73,3%.

Referente a la especificidad, los valores de ambas subescalas evaluadas son bajos, resultado que sabidamente disminuye la probabilidad de falsos negativos entre los pacientes diagnosticados. Valores bajos también se

encontraron para el PPV, resultado frecuente cuando la prevalencia de una enfermedad es baja en la población.

Finalmente se estimó la fiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y por el procedimiento de dos mitades. Ambos procedimientos encontraron resultados adecuados de fiabilidad para las dos subescalas. La fiabilidad estimada a través del Alfa de Cronbach aportó valores de 0,789 para la escala PHQ-9 y 0,856 para la escala GAD-7. El análisis de fiabilidad realizado mediante el procedimiento de dos mitades de Spearman-Brown aportó valores de 0,796 para la escala PHQ-9 y 0,852 para la escala GAD-7.

2.2.5 Conclusiones y Recomendaciones

El objetivo del presente trabajo fue estudiar evidencias de validez para dos subescalas del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), a saber, PHQ-9 (Depresión) y GAD-7 (Trastorno de Ansiedad Generalizada), en pacientes de atención primaria en Venezuela.

Se observa una validez de contenido del PHQ-9 y del GAD-7 según juicio de expertos una vez que fue necesaria apenas una modificación para ajustarlas al contexto venezolano.

También se observó evidencias de validez de la escala de ansiedad (GAD-7) al correlacionar alto y positivo con su respectivo factor en el Cuestionario General de Goldberg (GHQ-28).

Los valores de sensibilidad del PHQ-9 y del GAD-7 se presentaron adecuados para identificar pacientes con depresión y ansiedad, respectivamente. Sin embargo, los valores de especificidad y puntos de corte son inferiores a otros valores presentados en la literatura.

El último análisis presentado se refiere a fiabilidad que fue estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y por el procedimiento de dos mitades. Ambos procedimientos encontraron resultados adecuados para las escalas estudiadas.

Estos resultados se consideran una evidencia de validez parcial de las escalas PHQ-9 y GAD-7 para ser utilizadas en el contexto venezolano.

Sobre las limitaciones del presente estudio, el tamaño de la muestra que dificulta encontrar pacientes con los diagnósticos de trastornos mentales necesarios para los análisis, una vez que su prevalencia es baja en la población general. Por esta razón se sugiere que futuros estudios evalúen nuevas evidencias de validez en muestras venezolanas más grandes y con diferentes características.

Por su parte, los instrumentos utilizados GHQ-28 y la MINI presentan diferencias importantes con relación al PHQ, que pueden intervenir en los resultados del presente estudio. Por esta razón se sugiere la utilización de otros instrumentos más compatibles con el PHQ en futuras investigaciones.

Finalmente, cabe resaltar que los resultados presentados deben ser considerados como evidencias empíricas iniciales de validez del PHQ-9 y del GAD-7 en el contexto venezolano estudiado y no como datos concluyentes y generalizables a otros contextos, ya que es posible que los resultados obtenidos estén afectados por las características de la muestra, el procedimiento empleado y/o el método de análisis realizado.

2.3 Estudio de depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela

2.3.1 Objetivos

El presente estudio se planteó como objetivos:

- Describir los niveles de depresión en una muestra de participantes venezolanos.
- Describir los niveles de ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.
- Conocer si existe una relación entre factores sociodemográficos y depresión y/o ansiedad en una muestra de participantes venezolanos.

2.3.2 Método

La muestra fue conformada por 814 participantes, que asistieron a un centro de salud de atención primaria ubicado en Caracas – Venezuela que atiende personas que provienen de distintas regiones del País. La edad promedio fue de 45 años (DT = 16), de los cuales 214 (26,3%) fueron hombres y 600 (73,7%) mujeres.

2.3.2.1 Instrumento

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), para el diagnóstico rápido de trastornos mentales. Este cuestionario fue generado a partir del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Health Disorders) (Kroenke, Spitzer, Williams

y Löwe, 2010). El PHQ contiene diferentes módulos que pueden ser aplicados separadamente, para el presente estudio se utilizaron los módulos de depresión (PHQ-9) y ansiedad generalizada (GAD-7). Estas subescalas presentan un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos.

2.3.2.2 Procedimiento

El procedimiento realizado consistió en lo siguiente, una vez conseguido la autorización por parte de la Dirección del centro de salud, la investigadora principal y dos estudiantes de psicología en rol de auxiliares de investigación procedieron a aplicar el cuestionario por escrito a los asistentes, explicando las condiciones de participación de forma voluntaria, anónima y que sus datos serían utilizados exclusivamente con fines de investigación.

Debido a los distintos niveles de escolaridad de los participantes o por defectos visuales, se optó eventualmente (9,6% aproximado de la muestra) por leer los ítems de los instrumentos, solución posible citada por Spitzer, Kroenke y Williams (1999). Se contó con un salón con iluminación adecuada y aire acondicionado y los datos se recolectaron en el período de septiembre – noviembre 2013.

2.3.2.3 Análisis de datos

Se realizó un análisis de los datos recogidos utilizando estadística descriptiva de las variables sociodemográficas, de la variable ansiedad y de la

variable depresión en la muestra y luego algunas pruebas de tipo inferenciales para el estudio de relaciones entre ellas. El software estadístico utilizado fue el SPSS 20.0.

2.3.3 Resultados y Discusión de los datos

A continuación, se presentan los análisis de estadística descriptiva de las variables sociodemográficas estudiadas.

Tabla 7. Género y grupos de edad para la muestra (N=814).

Género	N	(%)
Femenino	600	73,7
Masculino	214	26,3
Edad		
Menos de 37 años	274	33,7
De 38 hasta 53	269	33,0
De 54 hasta superior	271	33,3

A partir de la Tabla 7, se observa que el 73,3% de los participantes fueron mujeres. La edad de los participantes se encuentra entre 18 y 87 años de edad (promedio 45 años – DT = 16). En la tabla se observan los grupos de edad generados para los análisis que distribuye la muestra en tres grupos de similar proporción, siendo los menores de 37 años que componen el 33,7% de la muestra, de 38 a 53 años un 33% y mayores a 54 años el restante 33,3%.

Comparando las características de la muestra participante del estudio a las características de la población de Venezuela y Caracas en el Censo de 2011, se observan diferencias. En Caracas, cerca de 48% de la población tiene el género femenino y 52% el género masculino (INE, 2013).

Con relación a la edad, en la población de Venezuela la edad promedio era 27,1 años en 2013, bien inferior a la presentada en nuestra muestra (45

años). Con relación a los grupos de edad, en la población de Caracas, cerca de 38% de la población presentaba edad entre 18 y 37 años; cerca de 37% presenta edad entre 38 y 53 años y cerca 24% de la población presenta edad mayor a 54 años (INE, 2013). Tal vez estas diferencias se deban al local de realización del estudio. Es probable que culturalmente las mujeres y personas mayores tienden a frecuentar más clínicas de salud y atención primaria.

En la siguiente tabla se observan las variables sociodemográficas escolaridad, estado civil y ocupación laboral actual.

Tabla 8. Escolaridad, estado civil y ocupación actual de la muestra (N=814).

Escolaridad	N	%
Sin educación formal o básica primaria	78	9,6
Educación secundaria – bachillerato	285	35,0
Educación Superior Universitaria	368	45,2
No reportó	83	10
Estado Civil		
Soltero	351	43,1
Casado	331	40,7
Divorciado	51	6,3
Viudo	52	6,4
No informó	29	3,6
Ocupación Actual		
Activo laboralmente	548	67,3
No activo, jubilado, desempleado, del hogar	266	32,7

Con relación a la escolaridad, la mayor parte de la muestra reportó educación superior universitaria (45,2%) junto a la educación secundaria (35%), que representan el 80,2% de la escolaridad de los participantes. Por su parte, la muestra estaba compuesta por un número ligeramente superior de solteros (43,1%) que casados (40,7%). Y cuando cuestionados sobre su ocupación actual, la mayoría de los participantes reportó ser activo laboralmente (67,4%).

A continuación, se estimó la prevalencia de las variables depresión y ansiedad en la muestra estudiada. Se utilizó el punto de corte de 7,5 para ambas

subescalas, conforme resultados obtenidos en el estudio de validación presentado anteriormente en el presente trabajo (Estudio 2.2).

Tabla 9. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad.

Diagnóstico	N	%	Índice	r de Pearson
Depresión mayor > 7,5	87	10,6	13,4	0,38*
Ansiedad > 7,5	57	7,0	12,1	

*Significativa a 0,05.

La prevalencia en la muestra de participantes con depresión mayor fue el 10,6% de la muestra, mientras que la ansiedad fue 7,0%. Con relación a la depresión, estos datos son superiores a los reportados por el estudio de la OMS utilizando la Encuesta Mundial de Salud, en el cual la prevalencia para la depresión estuvo alrededor del 5% en Venezuela (Rai et al.; 2013).

Con relación a la ansiedad, la prevalencia en esta muestra es inferior a los datos de otros estudios a nivel mundial, que reportaron una prevalencia de 10% en un año y 16,6% la prevalencia de por vida (Remes et al.; 2016). Estos datos también son inferiores a estudios realizados en atención primaria, en el cual se reportó una prevalencia del 19,5% (p. ej. Kroenke et al.; 2007).

En contrapartida, los resultados de la correlación de Pearson realizada entre las variables depresión y ansiedad sugieren una asociación significativa de 0,38 ($p < 0,05$), acompañando la tendencia verificada ampliamente en otros estudios (p. ej. Kessler et al., 2015; Wu & Fang, 2014; Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008; Hirschfeld, 2001).

La presencia de comorbilidad depresiva / ansiedad aumenta sustancialmente la utilización médica y se asocia con mayor cronicidad, recuperación más lenta, mayores tasas de recurrencia y mayor discapacidad psicosocial, implicando en tratamientos más largos (Hirschfeld, 2001).

En la tabla 10, se observa para la variable género las dimensiones de ansiedad y de depresión mayor. Las mujeres y los hombres presentan similares manifestaciones de ambas variables.

Tabla 10. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad según el género.

Género	Ansiedad			Depresión mayor		
	N	Med	DT	N	Med	DT
Masculino	8	12,7	2,7	17	14,0	5,2
Femenino	49	12,1	3,2	70	13,4	3,9

Se aplicó prueba t student para evaluar posible diferencia de los niveles de ansiedad en función del género de los participantes, los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ni para la ansiedad $t(55) = 0,610$; sig= 0,55. Tampoco se encuentran diferencias en la variable depresión = $t(85) = 0,463$; sig. = 0,54. Adicionalmente, se probó la hipótesis con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y se corroboraron estos hallazgos.

Estos resultados llaman la atención por su diferencia a los resultados obtenidos a nivel mundial. Con relación a la ansiedad, las mujeres tienen casi el doble de probabilidad de ser afectadas que los hombres (1,9:1), independientemente de recursos bajos o altos. De la misma manera la

prevalencia de la depresión suele ser superior entre las mujeres en innúmeros estudios (Rai et al., 2013; Ferrari et al., 2013).

Al analizar si la ansiedad varía en función de los grupos de edad, el grupo de menos de 37 años presenta los niveles más altos de ansiedad y también de depresión seguidos por el grupo de mayores de 54 años de edad. Al aplicar la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para contrastar la magnitud de dichas diferencias, se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre los grupos de edad para la ansiedad ($H(2) = 6,10$ sig = 0,04), pero no para la depresión mayor ($H(2) = 1,186$ sig = 0,55).

En relación a la ansiedad se aplicó una prueba post hoc U de Mann-Whitney y los resultados mostraron diferencias significativas, siendo el grupo de 54 años el que presentaba menor ansiedad cuando comparado al grupo menos de 37 años ($Z = -2,04$; sig = 0,04) y cuando comparado al grupo de 38 hasta 53 años de edad ($Z = -2,19$; sig = 0,02).

Tabla 11. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad según los grupos de edad.

Edad	Ansiedad			Depresión mayor		
	N	Med	DT	N	Med	DT
Menos de 37 años	14	12,7	3,0	22	13,8	4,6
De 38 hasta 53	24	12,8	3,1	34	13,9	3,9
De 54 hasta superior	19	10,7	2,9	31	13,0	4,0

Para la ansiedad, estos resultados apuntan en el sentido de los obtenidos en otros estudios a nivel mundial. Independientemente de la cultura, individuos con menos de 35 años suelen ser más afectados por los trastornos de ansiedad.

Con relación a la depresión, esperado sería que las personas de mayores edades presentasen índices más altos de depresión (Guerra et al., 2016).

En relación a la escolaridad, se observa que la ansiedad se manifiesta de forma muy similar entre los grupos. Sin embargo, para esta variable no se pudo contrastar estadísticamente estas diferencias debido a que dicho grupo sin educación formal básica o primaria solo tenía 4 participantes, lo que resulta inadecuado para realizar una prueba ANOVA de un factor (Ver Tabla 12). En relación a la depresión mayor, el grupo que más la presenta también es el de sin educación formal o básica primaria. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir del análisis de varianza (ANOVA de un factor), no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Adicionalmente, se probó la hipótesis con la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis y se corroboraron estos hallazgos.

Tabla 12. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad según la escolaridad.

Escolaridad	Ansiedad			Depresión mayor		
	N	Med	DT	N	Med	DT
Sin educación formal o básica primaria	4	12,0	3,1	12	14,2	3,3
Educación secundaria – bachillerato	25	12,4	3,3	42	13,3	4,2
Educación Superior Universitaria	27	12,2	3,1	30	13,7	4,3

En la tabla 13, se observa que las personas de estado civil casado tienen el menor nivel de ansiedad y de depresión mayor de la muestra, sin embargo, se aplicó una prueba t student para evaluar dichas diferencias, pero los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las personas activas laboralmente y las no activas $t(47) = -0,320$; sig= 0,07. Tampoco se

encuentran diferencias en la variable depresión mayor = $t(74) = 0,597$; sig.=0,55.

Adicionalmente, se probó la hipótesis con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y se corroboraron estos hallazgos.

Tabla 13. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad según el estado civil.

Estado Civil	Ansiedad			Depresión mayor		
	N	Med	DT	N	Med	DT
Soltero	26	12,2	2,6	38	14,0	4,5
Casado	23	10,0	3,9	38	12,2	3,9
Divorciado	5	11,7	2,4	5	13,2	3,7
Viudo	3	12,1	3,1	6	13,6	3,1

En la tabla 14, se muestra el análisis de la ocupación laboral actual de los participantes y los niveles de ansiedad y depresión mayor, se observa un nivel ligeramente más alto en los participantes activos laboralmente.

Tabla 14. Descriptivo de las variables depresión mayor y ansiedad según la ocupación laboral actual.

Ocupación actual	Ansiedad			Depresión mayor		
	N	Med	DT	N	Med	DT
Activo Laboralmente	39	12,6	3,1	55	13,9	4,3
No activo, jubilado, desempleado, del hogar	18	11,0	2,8	32	13,2	3,7

Al aplicar una prueba t student para evaluar posibles diferencias de los niveles de ansiedad en función de la ocupación actual, los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre las personas activas laboralmente y las no activas ($t(55) = 1,89$; sig=0,06). Tampoco se encuentran diferencias entre la depresión y la ocupación actual ($t(85) = 0,89$; sig=0,4). Adicionalmente, se probó la hipótesis con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y se corroboraron estos hallazgos.

A pesar de que varios datos no fueron estadísticamente significativos cuando contrastados los resultados obtenidos en los diferentes grupos de edad, estado civil y ocupación, lo esperado sería que bajos niveles de educación, estar separado o ser viudo y no estar activo laboralmente presentasen mayores niveles de ansiedad y depresión visto que son factores de riesgo para ambas enfermedades (Rai et al., 2013; Klemenc-Ketis, Kersnik, Novak-Glavac; 2010).

Algunas hipótesis pueden ser pensadas para estos resultados distintos a prevalencia obtenida en diferentes estudios internacionales. Primero se puede considerar el tamaño muestral bajo para estudios de esta naturaleza, visto que la prevalencia resulta baja para realizar los contrastes estadísticos necesarios y obtener diferencias estadísticamente significativas.

Segundo, se han observado características particulares de esta muestra por parte de los entrevistadores. Las respuestas podrían estar influidas por la deseabilidad social o por una distorsión cognitiva, como sugerido por estudio realizado en Caracas en 1998, en el cual los autores discuten el hecho de que, a pesar de todas las dificultades encontradas en el estado psicológico del caraqueño, seguían afirmando que sí eran felices y tenían una tendencia a ignorar las circunstancias y problemas actuales (Kort, García & Pérez, 1998).

Por último, se puede cuestionar la incipiente validez de los instrumentos utilizados y la necesidad de nuevos estudios, ya comentada anteriormente, que contribuyan para que puedan discriminar de manera más afinada los síntomas depresivos y de ansiedad en la muestra estudiada.

Por todo lo anterior, se sugiere que los resultados encontrados sean tomados con cautela y que sean realizados estudios epidemiológicos en

muestras más grandes, aleatorias y en diferentes contextos, permitiendo identificar con más claridad los índices de ansiedad y depresión en la población de Caracas, Venezuela.

2.3.4 Conclusiones y Recomendaciones

El presente estudio tuvo como objetivo describir los niveles de depresión y ansiedad en una muestra en Caracas, Venezuela.

Se observó que la muestra tiene características demográficas distintas a la de la población de Venezuela y Caracas. Se discutió que tal vez esto se deba a características particulares o culturales del público que frecuenta este tipo de centro de salud de atención primaria.

La prevalencia de la depresión mayor fue el 10,6%, así mismo se observa que la prevalencia de la ansiedad fue el 7% en la muestra de estudio, ambos valores diferentes al referido en otros estudios. Los resultados sugieren una correlación moderada y significativa entre la ansiedad y la depresión mayor. La correlación entre ambas variables fue significativa y este resultado sí corresponde al esperado.

Llama la atención que otros contrastes realizados entre las variables ansiedad y depresión y diferentes variables sociodemográficas presentaron pocas diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias entre género, escolaridad, estado civil u ocupación. Lo esperado sería que ser del sexo femenino, bajos niveles de educación, estar separado o ser viudo y no

estar activo laboralmente presentasen mayores niveles de ansiedad y depresión visto que son factores de riesgo para ambas enfermedades.

Como parte de las hipótesis para explicar los resultados, se consideró (1) el tamaño muestral pequeño para estudios de esta naturaleza, (2) características particulares de la cultura del caraqueño – quizás venezolana – que pueden haber influido las respuestas a partir de la explicación de la deseabilidad social y (3) los instrumentos utilizados presentaban apenas una validez inicial que puede haber sesgado los resultados del presente estudio.

A pesar de lo anterior, se espera que el estudio realizado haya contribuido en proporcionar información sobre la prevalencia de la depresión y ansiedad en la muestra estudiada, así como comprender mejor los factores sociodemográficos asociados.

Se sugiere replicar esta investigación en otras poblaciones, con características sociodemográfica distintas, incorporando otros indicadores de ansiedad y depresión a fin de identificar con más claridad los índices de ansiedad y depresión en la población de Caracas, Venezuela.

Por todo lo anterior, los datos arrojados en el presente estudio deben ser considerados como datos iniciales y no concluyentes debido a que los resultados pueden estar influenciados por la forma de selección, así como las características de la muestra, por los instrumentos o análisis de datos aplicados. En este sentido no se puede generalizar los resultados a toda la población venezolana.



3. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

III. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

El objetivo general del presente estudio fue identificar niveles de ansiedad y de depresión en pacientes de atención primaria adultos en Caracas, Venezuela, utilizando la perspectiva del cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, por su sigla en inglés) como versión más reducida y auto administrada del PRIME-MD. (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999; Kroenke y Spitzer, 2002; Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, 2010).

Para alcanzar este objetivo fue necesario buscar evidencias de validez para los instrumentos que serían utilizados, una vez que en su momento no fueron ubicados pruebas de cribado suficientemente válidas para el diagnóstico de depresión y ansiedad en Venezuela.

Con la finalidad de realizar una adaptación y validación psicométrica del PHQ en el contexto venezolano como prueba de cribado, se realizaron diversos estudios. Inicialmente se procedió con la adaptación y validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) a través del método de comparación de modelos de ecuaciones estructurales. Esto permitió en un posterior estudio, analizar evidencias de validez convergentes del PHQ con el GHQ.

Para la validación del PHQ-9 y del GAD-7 también se realizaron análisis de la curva COR utilizando como criterio la presencia de trastornos mentales diagnosticados a partir de la M.I.N.I (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), junto con otros procedimientos de fiabilidad que soportan las evidencias de validez de estas subescalas en el contexto venezolano.

Con relación a estos objetivos específicos, los resultados sugieren que los procedimientos realizados para el estudio de las evidencias de validez del GHQ-28, del PHQ-9 y del GAD-7 en la población resultan adecuados y evidencias iniciales para la utilización de dichos instrumentos en la atención primaria de Caracas, Venezuela.

Estos resultados permitieron estudiar el PHQ-9 y del GAD-7 en una muestra de 814 pacientes de atención primaria de un centro de salud de Caracas, Venezuela. La prevalencia de la depresión resultante fue superior a lo observado en estudio de la OMS. Por su parte, la prevalencia de la ansiedad fue inferior a otros estudios realizados a nivel mundial y en atención primaria.

Estos resultados pueden deberse a características de la muestra investigada, con un promedio de edad de 45 años, una vez que la prevalencia de la depresión suele estar más presente a mayor edad y la ansiedad a menores edades.

Por otra parte, estos resultados pueden estar influenciados por las dificultades políticas, económicas y sociales que se iniciaban en el país en aquel entonces y estaban presentes en el discurso de los participantes en las diferentes etapas de esta investigación. Se escuchaban palabras de desesperanza con relación al futuro del país y dificultades en temas de abastecimiento de alimentos que pueden haber impactado la salud mental del caraqueño.

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad en esta muestra. Esto es un punto importante a tener en cuenta a la hora de planificar los tratamientos de estos pacientes, puesto que esta condición aumenta sustancialmente la utilización médica y se asocia con mayor cronicidad,

recuperación más lenta, mayores tasas de recurrencia y mayor discapacidad psicosocial, implicando tratamientos más largos.

En contrapartida, los contrastes realizados entre ansiedad y depresión y distintas variables sociodemográficas solo presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad y grupos de edades. En esta muestra la mayor edad pareció funcionar como un factor protector para la ansiedad. Los otros contrastes realizados con las variables género, escolaridad, estado civil u ocupación no presentaron resultados estadísticamente significativos. Estos resultados pueden deberse a limitaciones del estudio que se comentan en el siguiente apartado.

Por todo lo anterior, estos resultados constituyen un aporte desde la perspectiva metodológica, por generar evidencias de validez a distintos instrumentos que puedan ser utilizados en atención primaria como pruebas de cribado y en futuras investigaciones.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación proporcionó evidencias de validez a las perspectivas teóricas que sustentan el desarrollo de cada uno de los instrumentos, contribuyendo a proporcionar un enfoque teórico que permita la comprensión de dichas prevalencias en la población venezolana.

Desde el punto de vista de la salud mental en la población venezolana y de los padecimientos de ansiedad y depresión, la utilización de instrumentos precisos y válidos por parte de profesionales del área de atención primaria es fundamental para detectar y diagnosticar los trastornos mentales, e influye de manera importante en la elección del tratamiento más adecuado a sus necesidades.

Además, esta investigación trae datos válidos y específicos sobre la prevalencia y algunas características de estos padecimientos que permiten el desarrollo de políticas públicas que generen acciones de prevención, promoción y tratamiento de salud mental en este país. Todo esto contribuye para disminuir la brecha de tratamiento para los trastornos mentales, reduce los costos de tratamiento y genera buenos resultados de salud.

Limitaciones

Las dificultades políticas y económicas que afectan a Venezuela en los últimos años limitó algunas posibles actividades consideradas como valiosas por la investigadora vinculadas al desarrollo y adaptación de otros aspectos vinculados al estudio, así como la utilización de otros posibles instrumentos para evaluar aspectos complementarios y otras dimensiones de depresión y ansiedad.

Se observa una disminución de publicaciones científicas en el área de estudio realizados por venezolanos y para ese contexto, especialmente a partir del año 2010 lo que dificulta el contraste de los métodos, instrumentos, perspectivas teóricas que aborden la problemática de la salud desde distintas ópticas.

El tipo de estudio se centró en muestras específicas tomadas intencionalmente en centros de atención primaria en un área específica de la capital de Venezuela, en este sentido los datos presentados tanto de las evidencias de la validez como de las características de la población deben ser considerados iniciales y no concluyentes, ya que la amplitud socio demográfica

venezolana y sus distintas regiones no están necesariamente representados en el estudio.

De la misma manera, los pequeños tamaños muestrales que, principalmente para la investigación de los niveles de ansiedad y depresión, no permiten clasificar el estudio epidemiológico como tal, visto que la prevalencia resulta baja para realizar los contrastes estadísticos necesarios y obtener diferencias significativas.

En la muestra se observaron algunas características de la cultura del venezolano como optimismo y deseabilidad social por parecer saludables. Se logró identificar casos en los que después de responder a ciertos ítems de manera negativa referente a determinados síntomas, en lo subsiguiente e incluso en conversaciones posteriores contradijeron su opinión y realizaron quejas o manifestaron dudas sobre su propio padecimiento.

Por último, los instrumentos utilizados para el estudio de la prevalencia en la presente muestra fueron validados apenas inicialmente y necesitan otros estudios que puedan permitirles funcionar de manera todavía más afinada para discriminar los síntomas depresivos y de ansiedad en la población estudiada.

Recomendaciones

La generación de otras evidencias sobre la validez de los instrumentos pudiese ser realizada en distintas regiones y poblaciones lo que permitirá fortalecer tanto el uso de los instrumentos como de las perspectivas teóricas que lo sustentan.

Se recomienda replicar el estudio en distintas poblaciones venezolanas, y de distintas características sociodemográficas y de condiciones de salud, vinculándolas con algunas otras variables psicológicas.

Futuros estudios deben considerar las características idiosincráticas del contexto venezolano y utilizar una metodología que disminuía estos posibles sesgos.

A pesar de la capacidad de discriminación que una prueba de cribado pueda tener, estas no logran sustituir a una entrevista clínica y empática para el diagnóstico de la depresión y de la ansiedad. Por esta razón deben ser tomadas como punto de partida para la realización de un diagnóstico más profundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40 (4), 219-221.
- Ali, G.; Ryan, G. & Silva, M. J. (2016). Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11(6): e0156939. doi:10.1371/journal.pone.0156939.
- Álvaro, P. K.; Roberts, R., M.; Harris, J. D. (2013). A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *SLEEP*, 36 (7), 1059-1068.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington (D.C.): American Psychiatric Association. Geneva: World Health Organization.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico de transtornos mentais 5. Ed (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.
- Araújo, E., & Moreno, D. (2006). *Influencia de las emociones positivas y negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud. (tesis de grado)*, Universidad Católica Andrés Bello.
- Banco Mundial (2016). *América Latina y el Caribe: panorama general*. <http://www.bancomundial.org/es/region/lac/overview>. Acceso en 18 de abril de 2017.
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3): 327–335.
- Baxter, A. J.; Vos, T.; Scott, K. M., Ferrari, A. J. and Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological Medicine*, Available on CJO 2014 doi:10.1017/S0033291713003243.
- Beard, C., Björgvinsson, T. (2014). Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 547–552.

- Bina, R. & Harrington, D. (2016). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Screening Tool for Postpartum Anxiety as Well? Findings from a Confirmatory Factor Analysis of Hebrew Version. *Maternal and Child Health Journal*, 20(4), 904-914.
- Burns, J. K. (2015). Poverty, inequality and a political economy of mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24, 107–113.
- Campodarbe, F.R. D.; Rosselló, L. R. P.; Porrás, D. G. R.; Torra, B. A.; Vall, I. P. (1999). Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 3, 209-225.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la Ansiedad desde un Enfoque Interactivo y Multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Cano-Vindel, A. (2012). Depression in primary care: prevalence, diagnosis and treatment. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Cardona, D.; Acosta, L. D.; Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27 (4), 292–297.
- Cardona, D.; Acosta, L. D.; Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27 (4), 292–297.
- Cardozo, I. Guarino, L. & Rondón, J. E. (2016). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 191-200.
- Carvalho, H. W., Andreoli, S. B., & Jorge, M. R. (2011). Saúde geral: evidências de diferenças relacionadas ao sexo. *Avaliação Psicológica*, 10(2), 173-179.
- Carvalho, H. W., Patrick, C. J., Jorge, M. R., & Andreoli, S. B. (2011). Validation of the structural coherency of the General Health Questionnaire. *Rev Bras Psiquiatr*, 33(1), 59-63.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255.

- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1993). Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 75-84.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 42(Pt 2), 111-131. doi: 10.1348/014466503321903544
- Delgadillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D., Dale, V. Brief case finding tools for anxiety disorders: Validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment. (2012). *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 37– 42.
- Delgado-Gomez, D., Lopez-Castroman, J., de Leon-Martinez, V., Baca-Garcia, E., Cabanas-Arrate, M. L., Sanchez-Gonzalez, A., & Aguado, D. (2013). Psychometrical assessment and item analysis of the General Health Questionnaire in victims of terrorism. *Psychol Assess*, 25(1), 279-287. doi: 10.1037/a0030645
- Ellen, S. R.; Norman, T. R.; Burrows, G. D. (1997). Assessing anxiety and depression in primary care. *Medical Journal of Australia*, 167 (6): 328-33.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*, 10 (11): e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.
- Ferrari, AJ, Norman, RE, Freedman, G, Baxter, AJ, Pirkis, JE, Harris, MG, Page, A, Carnahan, E, Degenhardt, L, Vos, T, Whiteford, HA. (2014). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*, 9 (4): e91936.
- Fine, T. H., Contractor, A. A., Tamburrino, M., Elhai, J.D., Prescott, M.R., Cohen, G.H., Shirley, E., Chan, P.K., Goto, T., Slembariski, R., Liberzon, I., Galea, S., Calabrese, J.R.. (2013). Validation of the telephone-administered PHQ-9 against the in-person administered SCID-I major depression module. *Journal of Affective Disorders* 150, 1001–1007.

- García, C. R. V. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario e Salud General de Goldberg. Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, A.V., Freire, O., Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:8.
- Gask, L.; Lester, H.; Kendrick, T.; Preveler, R. (2009). *Primary Care Mental Health*. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Gibbons, P., Arévalo, H. F., & Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 389-398.
- Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, N., Wahl, I., Brünahl, C.A., Murray, A.M. and Löwe, B. (2015). Assessing somatic symptom burden: A psychometric comparison of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 352–355.
- Goldberg D, Hillier VE (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*; 9: 139-145.
- Goldberg D. (1972). *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph. Oxford University Press. London.
- Goldberg D. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing Company. Windsor.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9(1), 139-145.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*, 27(1), 191-197.

- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: The NFERNELSON publishing Company.
- Gothwal, V. K., Bagga, D. K., Bharani, S., Sumalini, R. y Reddy, S. P. (2014). The Patient Health Questionnaire-9: Validation among Patients with Glaucoma. *Plos One*, 9 (7), e101295.
- Grün, T. B., Cano-Vindel, A. (en imprenta). Evidencias de validez del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela.
- Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8, 57-71.
- Guerra, M., Prina, A M, Ferri, C P, Acosta, D, Gallardo S, Huang, Y, Jacob, K S, Jimenez-Velazquez, I Z, Llibre Rodriguez, J J, Liu, Z, Salas, A, Sosa, A L, Williams, J D, Uwakwe, R, Prince, M. (2016). A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *Journal of Affective Disorders*, 190, 362–368
- Haidula, L., Shino, E., Plattner, I., & Feinstein, A. (2003). A Namibian version of the 28 item General Health Questionnaire. *South African Psychiatry Review*, 6, 23-25.
- Hirschfeld, R. M. A. (2001) The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 3(6): 244–254.
- Hörnsten, C., Lövheim, H., Nordström, P., Gustafson, D. (2016). The prevalence of stroke and depression and factors associated with depression in elderly people with and without stroke. *BMC Geriatrics*, 16:174. DOI 10.1186/s12877-016-0347-6.
- Ibrahim, AK, Kelly, SJ, Adams, CE, Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research* 47, 391 - 400.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2011). XIV Censo Nacional de Poblacion y Vivienda. Ministerio del Poder Popular para la Planificacion. Venezuela. Disponible en <http://www.ine.gov.ve/CENSO2011/>
- Jansson-Fröjmark, M.; Lindblom, K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 443–449

- Jöreskog, K. G. (1994). On the Estimation of Polychoric Correlations and their Asymptotic Covariance Matrix. *Psychometrika*, 59, 381-389.
- Jöreskog, K. G. (2002). *Structural Equation Modeling with Ordinal Variables using LISREL*. 2014
- Kendrick, et al. (2011). *Common mental health disorders: full guideline*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Kessler, R C and Bromet, EJ (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138.
- Kessler, R. C.; Calabrese, J. R.; Farley, P. A.; Gruber, M. J. (2013). Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. *Psychological Medicine*, 43: 1625-1637.
- Kessler, R. C.; Sampson, N. A.; Berglund, P.; Gruber, M. J. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 210-226.
- Klemenc-Ketis, Z.; Kersnik, J.; Novak-Glavac, D. (2010). Determinants of depression and anxiety in family practice patients with comorbidities. *Wien Klin Wochenschr*, 122 (2):35-39.
- Kocalevent, R-D, Hinz, A., Brähler, E. (2013) b. Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35, 551–555.
- Kohn, R.; Rodríguez, J. (2011). Prevalencia y carga de los Trastornos Mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. En: *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Konkan, R., Senormanci, O. Güçlü, O., Aydin, E., Sungur, M. Z. (2013). Validity and Reliability Study for the Turkish Adaptation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) Scale. *Archives of Neuropsychiatry*, 50: 53-58.
- Kort, F.; Garcia, J. H. ; & Perez, L. (1998). Estado Psicológico del Habitante de Caracas (Venezuela). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (1): 137-146.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J. B. W. (2001). Validity of a Brief Depression Severity Measure. *JGIM*, 16, 606-613.

- Kroenke, K., Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals* 32, (9), 1-7.
- Kroenke, K; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. et al. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146:317-325.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. and Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345–359.
- Leonharta, R., Fritzscheb, K., Fischer, F., Zhangd L. (2014). Comparison of the factorial structure of the PHQ-15 between Germany and China. *Journal of Psychosomatic Research* 78 (2015) 588–634. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.079
- Li, Z, Li , Y, Chen, L, Chen, P, and Hu, Y. (2015). Prevalence of depression in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine* 94(31): e1317.
- Limon, F. J.; Lamson, A. L.; Hodgson, J.; Bowler, M.; Saeed, S. (2016). Screening for Depression in Latino Immigrants: A Systematic Review of Depression Screening Instruments Translated into Spanish. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(4): 787-798.
- Liu, S., Yeh, Z., Huang, H., Sun, F., Tjunge, J., Hwang, L., Shih, Y., Yeh, A.W. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 96–101.
- Lowe, GA, Lipps.,G, Gibson, RC, Halliday, S, Morris, A, Clarke, N, Wilson, RN. (2014). Neighbourhood Factors and Depression among Adolescents in Four Caribbean Countries. *PLOS ONE*, 9 (4), e95538.
- Luppa M, Sikorski C, Luck T, et al. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136: 212–21.
- Makowska, Z., Merez, D., Moscicka, A., & Kolasa, W. (2002). The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *Int J Occup Med Environ Health*, 15(4), 353-362.

- Manea, L., Gilbody, S., McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*, 184(3), E191 – E196.
- Martínez-Sánchez, F.; Cano-Vindel, A.; Precioso, J. C. C. (1995). Una Escala Reducida de Ansiedad basada en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.): Un estudio exploratorio. *Anales de psicología*, 11(1), 97-104.
- Molina, J. D., & Andrade, C. (2002). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample: a scaled version of the Spanish population. *Avances en Salud Mental Relacional*, 1(2).
- Moreno, P. P., Rojas, O. M. L., & Tejada, A. J. R. (2010). Propiedades psicométricas del GHQ-28 en pacientes con dependencia a opiáceos. *Adicciones*, 22(1), 65-72.
- Muntingh et al. (2013). Screening high-risk patients and assisting in diagnosing anxiety in primary care: the Patient Health Questionnaire evaluated. *BMC Psychiatry*, 13:192.
- Murray CJL, Lopez AD, editors (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge (Massachusetts): Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization & the World Bank.
- Murray, C. J. L. et al. (2013). The State of US Health, 1990-2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA*, 310 (6) :591-608. doi:10.1001/jama.2013.13805.
- Nagyova, I., Krol, B., Szilasiova, A., Stewart, R., Dijk, J., & Heuvel, W. (2000). General Health Questionnaire-28: Psychometric Evaluation of the Slovak version. *Studia Psychologica*, 42(4), 351-361.
- NICE (2009). *Depression: the treatment and management of depression in adults*. NICE clinical guideline 90. NICE clinical guideline 23. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- NICE (2010). *Depression: The Nice Guideline On The Treatment And Management Of Depression In Adults*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

- Núñez, A., & Socorro, D. (2005). Influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad, el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica. (Undergraduate thesis), Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: WHO.
- Ormel, J., Koeter, M. W., van den Brink, W., & Giel, R. (1989). Concurrent validity of GHQ-28 and PSE as measures of change. *Psychol Med*, 19(4), 1007-1013.
- Osório, F.L., Lima, M.P., Chagas, M.H.N. (2015). Assessment and screening of panic disorder in cancer patients: Performance of the PHQ-PD. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 91–94.
- Palsson SP, Ostling S, Skoog I. (2001). The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychological Medicine*, 31: 1159–68.
- Rai, D, Zitko, P, Jones, K, Lynch, J and Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 195–203. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112482.
- Remes, O.; Brayne, C.; Linde, R. & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*, 6(7), e00497, doi: 10.1002/brb3.497
- Retolaza Balsategui, A., Mostajo, A., De la Rica, J. R., Diaz de Garramiola, A., Perez de Loza, J., Aramberri, I., & Marquez, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(46), 187-194.
- Rodríguez, J. J.; Kohn, R.; Aguilar-Gaxiola, S. (2011). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Rose, M. & Devine, J. (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16: 197-211.

- Rudaz, M., Craske, M. G., Beker, E. S., Ledermann, T., Margraf, J. (2010). Health anxiety and fear of fear in Panic Disorder and Agoraphobia vs. Social Phobia: a prospective longitudinal study. *Depression and Anxiety*, 27, 404-411.
- Salk, R. H., Petersen, J. L., Abramson, L.Y., Hyde, J. S. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: development and chronicity. *Journal of Affective Disorders*, 205 (15), 28-35.
- Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa e Silva, J. A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M. & Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Problems in General Health Care. *Archives of General Psychiatry*, 50: 819-824.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8, 23-74.
- Sheehan, D. V. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20): 22-33.
- Sheehan, D. V. y Lecrubier, Y. (2004). MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. Versión en español 5.0.0.: L. Ferrando, J. Bobes, J. Gilbert, M. Soto, O. Soto.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology*.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W. & Lowe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166: 1092-1097.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K. and Williams, J.B.W. (1999). Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD - The PHQ Primary Care Study. *The Journal of the American Medical Association*, 282, (18).

- Steel, Z.; Marnane, C; Iranpour, C; et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 476–493.
- Sterling, M. (2011). General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28). *J Physiother*, 57(4), 259. doi: 10.1016/S1836-9553(11)70060-1
- Strockings, E. et al. (2015). Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *Journal of Affective Disorders*, 174, (15), 447–463.
- Thombs, B. T. & Ziegelstein, R. C. (2014). Does depression screening improve depression outcomes in primary care? *BMJ*, 348: g1253. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1253>
- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 386–392.
- Vallejo, M. A., Jordan, C. M., Diaz, M. I., Comeche, M. I., & Ortega, J. (2007). Psychological assessment via the internet: a reliability and validity study of online (vs paper-and-pencil) versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *J Med Internet Res*, 9(1), e2. doi: 10.2196/jmir.9.1.e2
- Van Vliet I. M. , de Beurs, E. (2007). The MINI-International Neuropsychiatric Interview. A brief structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV en ICD-10 psychiatric disorders. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 49 (6): 393-397.
- Vuorilehto, M. (2008). *Depressive Disorders in Primary Health Care*. Helsinki: Publications of the National Public Health Institute.
- Watson, L. C. & Pignone, M, P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: A systematic review. *The Journal of Family Practice*, 52 (12), 956-964.
- Weyerer, S., Elton, M., Diallina, M., & Fichter, M. M. (1986). The principal component structure of the General Health Questionnaire among Greek and Turkish adolescents. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 236(2), 75-82.
- Weyerer, S.; Eifflaender-Gorfer, S.; Wiese, B.; et al. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75

years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 42: 173–180.

- WHO (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4): 413-426.
- Wittchen, H. U.; Jacobi, F.; Rehm, J. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655–679.
- Wittkamp, K., Ravesteijn, H., Baas, K., Hoogen, H., Schene, A., Bindels, P., Lucassen, P. Lisdonk, E. Weert, H. (2009). The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 31, 451–459.
- Wittkamp, K.A., Baas, K.D., Weert, H.C., Lucassen, P., Schene, A.H. (2011). The psychometric properties of the panic disorder module of the Patient Health Questionnaire (PHQ-PD) in high-risk groups in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 130, 260–267.
- Wood, C., Cano Vindel, A. (2009). La hiperventilación y el Trastorno de Angustia a la Luz de un Marco Cognitivo. *Clínica y Salud*, 20(1), 57-66.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- World Health Organization (2012). Sixty-fifth world health assembly 2012. <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html>. Accessed April 12, 2017.
- World Health Organization/Wonca (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, Z. & Fang, Y. (2014). Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 26 (4): 277 – 231.
- Zhong, Q., Gelaye, B., Zaslavsky, A.M., Fann, J.R., Rondon, M.B., Sánchez, S.E., Williams, M.A. (2015). Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) among Pregnant Women. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0125096.

ANEXOS

Anexo 1.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

INSTRUCCIONES: Interesa saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?				
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va estallar?				
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
11. ¿Se ha sentido con los nervios "a flor de piel" y malhumorado?				
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?				
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
23. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?				
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				
26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?				
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

Anexo 2.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: Mujer Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor de brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late aceleradamente o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Caída de pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Sensación de fatiga o de poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi a diario
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: **Dep** if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate **box** explanation.

Major Dep **Sev** if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

Other Dep **Sev** if #2a or b and two, three, or four of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

PHQ 1.13

3. Preguntas sobre la ansiedad.

a.	En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5			
b.	¿Alguna vez le había pasado antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.

		NO	SI
a.	¿Se quedó sin aire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿El corazón le latió aceleradamente, con fuerza o le dio un vuelco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Tuvo dolor o presión en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Sudó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	¿Sintió que se estaba ahogando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	¿Tuvo sofocos o escalofríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	¿Tuvo tirones o estremecimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	¿Tuvo miedo de estar muriéndose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi a diario
a.				
b.				
c.				
d.				
e.				
f.				
g.				

FOR OFFICE CODING: Pan **Yes** if all of #3a-d are "YES" and four or more of #4a-k are "YES". Other **Yes/No** if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Preguntas sobre los hábitos alimentarios.			
a. ¿Siente con frecuencia que no puede controlar <u>qué</u> come o <u>cuánto</u> come?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
b. ¿Come con frecuencia, <u>en un periodo de 2 horas</u> , lo que la mayoría de gente consideraría una cantidad inusualmente <u>grande</u> de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si ha marcado "NO" en alguna de las preguntas a) o b), pase a la pregunta n.º 9.			
c. ¿Esto ha ocurrido por lo menos dos veces por semana durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Durante los últimos 3 meses ¿ha hecho con frecuencia alguna de las siguientes cosas para evitar engordar?			
a. ¿Provocarse el vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Ayunar, es decir, no comer nada durante al menos 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Hacer ejercicio durante más de una hora exoesamente para evitar engordar después de una comilona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Si ha marcado "SI" en alguna de estas formas de evitar engordar, ¿ha ocurrido por lo menos dos veces por semana?			
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
9. ¿Alguna vez bebe alcohol (Incluyendo cerveza o vino)?			
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 11.			
10. ¿Le ha pasado algo de lo siguiente <u>más de una vez en los últimos 6 meses</u>?			
a. Ha bebido alcohol aunque el médico le había aconsejado dejar de beber a causa de un problema de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Ha bebido alcohol, ha estado bajo los efectos del alcohol o ha <u>tenido resaca</u> mientras estaba trabajando, iba al colegio, se ocupaba de los niños o de otras responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. No ha ido o ha llegado tarde al trabajo, colegio o a otras actividades porque estaba bebiendo o tenía resaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Ha tenido algún problema para relacionarse con los demás cuando ha estado bebiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Ha conducido el coche después de tomarse varias copas o después de beber demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Si ha marcado <u>alguno</u> de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado <u>dificultades</u> para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?			
Ninguna dificultad	Algunas dificultades	Muchas dificultades	Muchísimas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: ~~See box~~ If #6a,b, and c and #8 are all "YES"; #9 is "Yes" but #8 either "NO" or left blank.
~~See~~ Also if any of #10a-e is "YES".

~~Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. Se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.~~

INSTRUCCIONES

Interesa saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:	Nunca	Algunas Veces	Bastantes veces	Siempre
1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?				
2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?				
6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va estallar?				
7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
9. ¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
10. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
11. ¿Se ha sentido con los nervios "a flor de piel" y malhumorado?				
12. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?				
14. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				
15. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
16. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?				
18. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
19. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?				
20. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
24. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				
25. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				
27. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				