

Utilidad del PHQ-9 en el diagnóstico de trastorno depresivo en una sala de clínica médica

María Belén Montenegro¹, Jorge Guillermo Kilstein²

1-Médica. Especialista Universitaria en Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.

2-Instructor de residentes de la carrera de especialización en Clínica Médica del Hospital Escuela.

Resumen

Introducción: Los trastornos depresivos son un problema importante de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que generan a nivel físico, psicológico, social y económico. Tienden a ser recurrentes y eventualmente a cronificarse y se estima que ocuparían el segundo lugar como condición médica en el año 2020. Los pacientes con depresión que se encuentran hospitalizados requieren mayor tiempo de internación, de estudios complementarios y de atención profesional. Actualmente el Test de Hamilton (TH) es el gold standar para valorar trastornos depresivos, sin embargo este requiere de entrenamiento para su realización. El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es una encuesta de autoevaluación sencilla diseñada para ser utilizada por médicos sin formación específica en el área de salud mental.

Objetivo: Evaluar la utilización del PHQ-9 para identificar trastorno depresivo en pacientes internados en una Sala de Clínica Médica.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal. Incluyó a todos los pacientes mayores de 17 años, internados por cualquier causa en la sala de internación del Servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón, en el periodo de

Abstract

Introduction: Depressive disorders are an important public health problem, due not only to their high prevalence, but also to the repercussions they generate on a physical, psychological, social and economic level. They tend to be recurrent and eventually become chronic, and it is estimated that they will be the second most common medical condition by the year 2020. Patients who suffer depression and have been admitted to hospital require a more prolonged hospitalization, complementary diagnostic methods and greater professional attention. Although currently the Hamilton Test (HT) is the gold standard to assess depressive disorders, its execution requires training. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) is a simple self-assessment survey, designed to be utilized by doctors lacking specific training in the mental health area.

Objective: Assess the use of PHQ-9 to identify depressive disorders in patients admitted in the internal medicine inpatient ward.

Materials and methods: Descriptive, observational, cross-sectional study. It included all patients over 17 years old, hospitalized for any cause in the Internal Medicine Service inpatient ward of the "Eva Perón" University Hospital, within the



tiempo comprendido entre el 01/06/2014 y el 01/12/2014.

A todos los pacientes que cumplieron criterios de inclusión y no tuvieron criterios de exclusión, se les realizó PHQ-9 en las primeras 24 horas de internación. Con el fin de validar el score se efectuó el TH por médicos especialistas en el campo de la Salud Mental. Los evaluadores fueron ciegos a los resultados obtenidos por el PHQ-9 para eliminar el sesgo de selección.

Se realizó prueba de X2 de las variables incluidas, estableciendo como medida de riesgo el Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza del 95% (IC). Se cálculo de sensibilidad (Se), especificidad (Esp), de cada score.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, 93 (61.18%), fueron hombres. La edad media fue 51 años (mín.17; máx 82). El cuestionario PHQ-9 demostró valores estadísticamente significativos ($p < 0.0001$), para el diagnóstico de trastorno depresivo, con un $OR=69.143$. $Se= 98.7\%$ (IC95% - 92.0; 99.9), y $Esp=70.7\%$ (IC95% (58.9; 80.3). VPP de 77.6% y VPN 98.1%.

Conclusión: El PHQ-9 demostró ser igualmente satisfactorio que el TH en un primer acercamiento con el paciente hospitalizado, y resultó ser de sencilla aplicación y confiable para identificar y categorizar a los pacientes con TD internados en una sala general. Dado su excelente valor predictivo negativo (98.1%), el PHQ-9 podría ser además, una herramienta de tamizaje para los pacientes con TD, aplicado por médicos sin formación específica en el campo de la Salud-Mental.

period of time comprised between June the 6th, 2014 and December the 1st, 2014.

The PHQ-9 questionnaire was held on all patients who fulfilled the inclusion criteria and did not present any exclusion criterion within the first 24 hours of hospitalization. In order to validate the scores, the HT was conducted by specialists in the field of Mental Health. The evaluators were blinded to the results obtained by the PHQ-9 so as to suppress selection bias.

X2 testing of the variables included was performed, establishing Odds Ratio (OR) as a risk measure, with a 95 percent confidence interval (CI). Sensitivity (Se) and specificity (Spe) were calculated on every score.

Results: 152 patients were included, 93 (61.18%) were men. The average age was 51 years old (min. 17; max. 82). The questionnaire PHQ-9 showed statistically significant values ($p < 0.0001$) for the depressive disorder diagnosis, with an $OR=69.143$. $Se= 98.7\%$ (CI95% - 92.0; 99.9) and $Spe=70, 7\%$ (CI95% (58.9; 80.3)). $PPV=77.6\%$ and $NPV =98.1\%$.

Conclusion: The results provided by the PHQ-9 were as satisfactory as those from the HT in a first approach to the hospitalized patient. The PHQ-9 proved to be of simple implementation, and reliable to identify and categorize patients with DD hospitalized in a general ward. Considering its excellent negative predictive value (98.1%), the PHQ-9 could also be a screening tool for patients with DD, hospitalized in a general ward and delivered by doctors with no specific training in the mental health area.

Introducción

Los trastornos depresivos (TD) son un problema importante de salud pública, debido no sólo a su alta

prevalencia, sino también a las repercusiones que generan a nivel físico, psicológico, social y económico¹. La Organización Mundial de la Salud señala a la depresión como la cuarta condición médica más común en el mundo y estima que la misma ocuparía el segundo lugar en el año 2020².

Los trastornos psiquiátricos en general, y la depresión en particular, son más comunes en personas con enfermedades orgánicas crónicas. La prevalencia de los síntomas y síndromes depresivos en pacientes con enfermedades clínicas oscila entre el 6 y el 36% y varía de acuerdo a las características socio demográficas de la población estudiada y el diseño del estudio³.

Se ha comprobado que los pacientes con depresión que se encuentran hospitalizados por otra causa requieren más tiempo de internación, mayor número de estudios complementarios, demandan más tiempo al profesional de la salud, y presentan mayor riesgo de recaída; además los tratamientos implementados resultan menos eficaces y los costos a nivel sanitario son más elevados⁴.

Muchas veces los síntomas depresivos pasan desapercibidos por falta de entrenamiento del médico general en el campo de la salud mental y por la carencia de instrumentos validados de fácil aplicación para realizar el diagnóstico de TD, cuantificar la severidad de los síntomas y monitorizar el tratamiento del TD⁵.

El Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)^{6,7,8} es una encuesta de autoevaluación diseñada para ser aplicada en el campo de la atención primaria, que ha sido validada, y que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo, sino que es útil además, para definir la severidad de dicho cuadro y optimizar el seguimiento durante el tratamiento^{9,10}. A diferencia de los instrumentos actualmente en uso para la identificación de pacientes con síntomas depresivos que deben ser realizados por médicos especialistas, el PHQ-9 está diseñado para su aplicación por médicos sin formación específica en el campo de la salud mental.^{11,12}

Nos propusimos valorar el desempeño del score PHQ-9 en una sala de clínica médica, realizado por médicos en formación en el campo de la medicina interna para el diagnóstico de depresión. Esto permitiría detectar una gran cantidad de casos que permanecen sin diagnóstico e implementar una estrategia terapéutica oportuna.

Objetivo primario

Evaluar la utilidad del PHQ-9 para identificar trastorno

depresivo en pacientes internados en la Sala de Clínica Médica.

Objetivos secundarios

Proveer herramientas de diagnóstico para trastorno depresivo por profesionales médicos no especializados en el campo de la Salud Mental.

Investigar las variables socio-demográficas y clínica relacionadas a la depresión.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal para evaluar la utilidad del PHQ-9 en la Sala de Clínica Médica, del Hospital Escuela Eva Perón, de la ciudad de Granadero Baigorria, Santa fe, Argentina, durante el período comprendido entre el 01/06/2014 al 01/12/2014.

Criterios de inclusión

Se incluyeron a los pacientes mayores de 17 años, de ambos sexos, que cursaban las primeras 24 horas de internación en el Servicio de Clínica Médica.

Criterios de exclusión

Pacientes que se negaron a participar del estudio.

Pacientes que tuvieron diagnóstico de delirium o demencia según criterios diagnósticos de DSM-IV-TR y puntaje de la escala de Pfeiffer a los mayores a 65 años (más de tres errores).

Escala visual analógica del dolor con puntaje mayor o igual a cinco.

Presencia de alteraciones cognitivas que impidiera comprender el contenido de los cuestionarios.

Los pacientes que presentaron un trastorno mental de base (capítulo V de diagnóstico médico CIE-10).

Los pacientes que presentaron diagnóstico de cuadro depresivo actual o pasado o que se encontraron bajo

tratamiento farmacológico para depresión.

Aquellos pacientes que estuvieron bajo efectos de sustancias psicoactivas en el momento de la aplicación del estudio.

Aquellos pacientes con alteración funcional del órgano de la visión o audición que les impedía comprender el contenido de la encuesta, y aquellos que no comprendan el idioma español.

Intervenciones

A todos los pacientes cursando las primeras 24 hs de internación en la sala de Clínica Médica, un residente del servicio les realizó las siguientes pruebas:

Escala visual analógica del dolor (Ver anexo 7), con el fin de identificar aquellos pacientes con mal control del dolor, ya que dicha situación puede interferir en el diagnóstico de depresión.

A los pacientes mayores de 65 años se le realizó además el Test de Pfeiffer, para identificar trastorno cognitivo ^[17]. (Ver anexo 4)

A todos los pacientes incluidos en el estudio, que no presentaron criterios de exclusión y que aceptaron participar mediante el consentimiento informado (Ver anexo 2), se les realizaron las siguientes evaluaciones:

Con el fin de recoger información socio-demográfica, se aplicó un cuestionario sobre edad, sexo, estado civil. El nivel socio- económico se evaluó mediante la estratificación de Graffar, Mendez- Castellanos (Ver

anexo 3) ^[13]. La autonomía de la vida diaria mediante la escala de Barthel (Ver anexo 5) ^[14] y las comorbilidades a través del índice de Charlson (Ver anexo 6) ^[15].

Score PHQ-9 (Ver anexo 1). Según el puntaje total obtenido, se los clasificó a los pacientes en cinco grupos: aquellos sin síntomas de depresión, con depresión leve, moderada, severa y muy severa. El mismo fue administrado en forma dirigida por el evaluador ^[16].

Finalmente, con el fin de validar este score se efectuó, a cargo de un equipo de residentes del Servicio de Salud Mental del hospital, una entrevista psiquiátrica aplicando los criterios del CIE-10 para el diagnóstico de síntomas depresivos, y el Test de Hamilton (Ver anexo 8) ^{[18][19]}. Se clasificó a los pacientes en los mismos grupos que para el Score PHQ-9. Los evaluadores fueron ciegos a los resultados obtenidos por el PHQ-9, para eliminar el sesgo de selección.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el software libre R versión 3.1.3 ^[20].

Los datos se presentan mediante promedio (desvío estándar, DE) o bien mediante la mediana y los valores mínimo y máximo en el caso de las variables cuantitativas. En el caso de las variables categóricas, se presentan las frecuencias absolutas junto con los porcentajes correspondientes.

Para la comparación entre grupos se aplicaron distintos test de acuerdo a las características de las variables evaluadas: el Test t de comparación de medias, el Test de la U de Mann-Whitney, el Test Chi-cuadrado de Pearson y el Test de los scores medios.

En el análisis referido a la capacidad predictiva del cuestionario PHQ-9 en comparación con el cuestionario de Hamilton se presentan los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) junto con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%). La relación entre el nivel de severidad del TD evaluado a través del PHQ-9 y el evaluado según Hamilton se presenta mediante una tabla de clasificación cruzada. Se evaluó la relación entre ambas evaluaciones mediante el Índice de concordancia Kappa (ponderado), para el cual se presenta la estimación puntual junto con el IC95%.

Los resultados con una probabilidad asociada menor que 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 152 pacientes, 93 fueron hombres (61.18%), y 59 mujeres (38.82%). La edad promedio fue de 51 años, donde el más joven tuvo 17 años y el más longevo 82.

Al aplicar el Test de Hamilton, un total de 77 pacientes (50.65%) presentó depresión; y 75 (49.34%) se clasificaron como “No Deprimidos”. (Ver Tabla 1)

No se observaron diferencias significativas entre los grupos de pacientes deprimidos y no deprimidos en lo que respecta a sexo, edad, estado civil, y presencia de comorbilidades valorada por el índice de Charlson.

Clasificación según el PHQ-9	Clasificación según Hamilton		Total
	Deprimidos	No deprimidos	



Deprimidos	76	22	98
No deprimidos	1	53	54
Total	77	75	152

Tabla 1. Presencia de trastorno depresivo según PHQ-9 y test de Hamilton

Respecto del nivel socioeconómico, el 55% (n=83) perteneció a los estratos sociales más bajos que corresponden a la categoría IV de la clasificación de Graffar Méndez Castellanos, y no se observó diferencia de valor estadístico en ambos grupos; sin embargo, los pacientes deprimidos presentaban niveles de dependencia de terceros, medidos por la escala de Barthel, más elevados

(P< 0.043). (Ver Gráfico 1)

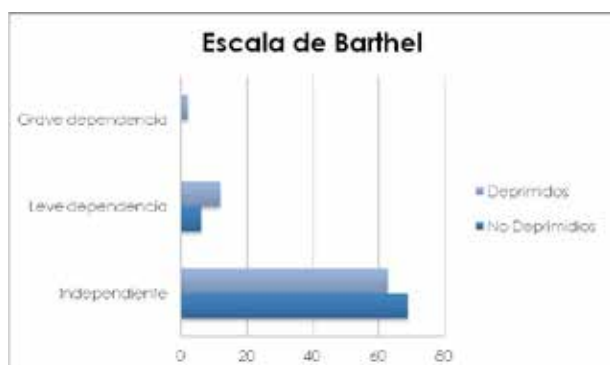


Gráfico 1. Grado de dependencia según escala de Barthel

Escala de Barthel (categorizada) (n°; %)					0,043 ^b
Independiente	69;	92%	63;	82%	
Leve dependencia	6;	8%	12;	15%	
Grave dependencia	0;	0%	2;	3%	
Índice de Charlson (categorizado) (n°; %)					0,070 ^b
Ausencia de comorbilidad	33;	44%	22;	28%	
Baja comorbilidad	23;	31%	29;	38%	
Alta comorbilidad	19;	25%	26;	34%	

Tabla 2. Datos Sociodemográficos de los participantes del estudio
aTest Chi-cuadrado de Pearson. bTest de las diferencias de los scores medios cTest t.

Con respecto a la severidad de la depresión: el 45% (n=35) se clasificaron como depresivos leves, mientras que el 38% (n=29) moderados, el 10% (n=8) severa y el 7% (n=5) muy severa.

El score PHQ-9 clasificó los pacientes con TD leve en el 43% (n=42), moderada en el 36% (n=36) y severo 14% (n=14) y muy severo 7% (n=6) y discriminó correctamente a los pacientes con depresión en la gran mayoría de los casos; (Ver Tabla 3) Presentó una sensibilidad del 98,7%; (IC95% - 92,0; 99,9) y una especificidad del 70,7% (IC95% (58,9; 80,3). VPP de 77.6% y VPN 98.1%.

La concordancia entre el PHQ-9 y el Test de Hamilton fue elevada (Índice Kappa= 0.67 - IC95% 0.56; 0.78). (Ver Tabla 4)

Variable	No deprimidos		Deprimidos		p
	(n=75)		(n=77)		
Sexo (n; % masc.)	51;	68%	42;	55%	0,089 ^a
Edad (promedio; DE)	48; 15		53; 15		
(mínimo-máximo)**	17-83		21-87		0,099 ^c
Estado civil (n°; %)					0,263 ^a
Casado	26;	35%	28;	36%	
Separado	4;	5%	7;	9%	
Soltero	35;	47%	29;	38%	
Unión libre	9;	12%	7;	9%	
Viudo	1;	1%	6;	8%	
Estratificación de Graffar (n°; %)					0,807 ^b
II	1;	1%	0;	0%	
III	19;	25%	17;	22%	
IV	38;	51%	45;	58%	
V	17;	23%	15;	20%	

Severidad según PHQ_9 (n°; %)	Diagnóstico según Puntaje de Test de Hamilton			
	No deprimidos (n= 75)		Deprimidos (n=77)	
Sin depresión	53;	71%	1;	1%
Leve	16;	21%	26;	34%
Moderada	4;	6%	32;	42%
Severa	1;	1%	13;	17%
Muy severa	1;	1%	5;	6%

Tabla 3. Severidad de trastorno depresivo según ambos tests

PHQ-9	Hamilton	Leve	Moderada	Severa	Muy Severa	Total
No deprimido		1	0	0	0	1
Ligera		25	1	0	0	26
Moderada		8	23	1	0	32
Severa		1	4	5	3	13
Muy Severa		0	1	2	2	5
Total		35	29	8	5	77

Tabla 4. Concordancia entre ambos tests

Discusión

Los trastornos depresivos son cuadros de alta prevalencia, que tienden a ser recurrentes y cronificarse, por lo que su reconocimiento y tratamiento oportuno es de gran importancia en la práctica clínica. Se ha señalado que existen dificultades en el diagnóstico y tratamiento de estos cuadros por médicos no especializados en el área de la Salud Mental.

En nuestro estudio más de la mitad de los pacientes incluidos se les diagnosticó un trastorno depresivo. Si bien el sexo femenino ha sido señalado como un factor de riesgo para presentar este trastorno, el 55% de los pacientes con TD fue de sexo masculino. La población estudiada presentaba una edad media de 51 años, y no se encontró asociación estadística entre los factores socio demográfico analizados como estado civil, presencia de comorbilidades y nivel socioeconómico, con la presencia de TD.

El índice de Barthel es una escala utilizada para valorar y monitorizar, fundamentalmente en pacientes ancianos o con patología neuromuscular o esquelética, los progresos en la independencia y el autocuidado; y representa una medida útil para una valoración funcional de nuestros pacientes. Se encontró una correlación significativa entre la presencia de TD y el valor más elevado de esta escala, lo que refleja un mayor grado de dependencia de terceros.

Con respecto a la severidad del TD, se encontró una elevada prevalencia de TD leve. Esto cobra importancia, dado el potencial que tienen estos cuadros, en caso de no ser diagnosticados y tratados correctamente, de evolucionar a cuadros más severos y cronificarse. Por este motivo los instrumentos diagnósticos deben presentar adecuada sensibilidad y ser accesibles a los médicos no especializados en el campo de la salud mental, ya que son ellos los que se encuentran generalmente en el primer nivel de atención con los pacientes con TD.

EL PHQ-9 es un instrumento de autoadministración

validado en muchos países para su uso en atención primaria, y constituye el módulo de evaluación de depresión del PRIME MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorder). El PHQ-9 no sólo es útil para el diagnóstico del TD, sino para la valoración de la severidad del mismo, así como para su seguimiento^{7,8,9,10,11,12}. Una de las ventajas que posee este test, es que requiere mucho menos tiempo para su realización en comparación con los demás instrumentos validados, y puede utilizarse por profesionales sin entrenamiento específico en el campo de la salud mental.

Este score demostró ser igualmente satisfactorio que el test de Hamilton, en un primer acercamiento con el paciente hospitalizado, y resultó ser de sencilla aplicación y confiable para identificar y categorizar a los pacientes con TD internados en una sala general.

En los casos clasificados como TD severo según el PHQ-9 que no se correspondieron con el Test de Hamilton, fueron considerados como asociados a proceso de duelo, o debido a la repercusión funcional de la enfermedad que motivó la internación. El PHQ-9 ha demostrado que identifica correctamente los pacientes con TD; sin embargo no reemplaza la evaluación por un médico formado específicamente en el área de la Salud Mental para excluir estas situaciones y diferenciarlas de los cuadros depresivos propiamente dichos^{16,21}.

El estudio original de validación del PHQ realizado sobre una muestra de tres mil participantes demostró índices de sensibilidad del 75%; (69-81) y de especificidad del 90% (87-93). En nuestro estudio el cuestionario resultó ser más sensible y menos específico para diagnosticar TD con valores del 98,7%; (IC95% - 92,0; 99,9) y 70,7% (IC95% (58.9; 80.3))^{7,8,9,21}.

El cuestionario PHQ-9 presentó algunas limitaciones que pueden disminuir su desempeño, ya que requiere de capacidades cognitivas e intelectuales adecuadas para comprender el test y puede no ser apropiado para pacientes de edad avanzada o con limitaciones visuales, etc. A pesar de dichas dificultades, el PHQ-9 demostró ser una herramienta de fácil administración, y de gran utilidad para diagnosticar el TD en un tercer nivel de atención. Dado su excelente valor predictivo negativo (98.1%) el PHQ-9 podría ser además, una herramienta de tamizaje para los TD aplicados por médicos sin formación específica en

el campo de la Salud Mental no sólo en el área de la atención primaria sino también en el marco de una sala de internación general de un Hospital de tercer nivel.

La elevada prevalencia de los TD en pacientes internados, sobre todo en sus formas leves y moderadas, que suelen pasar desapercibidas en el contexto de la polipatología de estos pacientes, subrayan la importancia de contar con una herramienta precisa y sencilla como el PHQ-9 para su detección y valoración.



María Belén Montenegro

mariabelen1986@gmail.com

Anexo I

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) versión Argentina

Consta de 9 ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes al momento del ingreso a la Sala General. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0=“nunca”, 1= “algunos días”, 2= “más de la mitad de los días”, 3= “casi todos los días”. Según el puntaje total obtenido en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 0-4: Sin depresión. 5-9: Leve. 10-14: Moderada. 15-19: Severa. 20-27: Muy Severa.

Durante las últimas dos semanas ¿con qué frecuencia tuvo molestias por cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque su respuesta con una "X")

1. Poco interés o placer en hacer cosas

2. Sentirse decaído/a, deprimido/a, o desesperanzado/a

3. Dificultad para dormir o permanecer dormido o dormido demasiado

4. Sentirse cansado/a o con poca energía

5. Con poco apetito o comer demasiado

Anexo II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Granadero Baigorria, _____

Por medio de la presente acepto a participar en el Estudio de Investigación Clínica titulado: “Utilidad

del cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9) en el diagnóstico de trastorno depresivo en

pacientes internados en una sala de clínica médica aprobado por el comité de Docencia del Hospital Escuela Eva Perón.

El PHQ-9 es una encuesta de autoevaluación diseñada para aplicarse en el campo de la atención primaria, que ha sido validada, y que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo, sino que es útil además, para definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento. Esto la diferencia de los demás instrumentos actualmente en uso que deben ser realizados por médicos especialistas.

El objetivo de este estudio es validar la utilización

de este cuestionario en una sala de clínica médica aplicados por médicos en formación en el campo de la medicina interna para el diagnóstico de trastorno depresivo.

Se me ha explicado que mis datos y estudios serán utilizados para el presente estudio y que mi atención médica no se verá modificada en forma alguna con mi participación.

Entiendo que conservo el derecho de participar o no en forma voluntaria en dicho estudio, así como retirar mi consentimiento a participar del mismo en el momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en este hospital.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Firma y aclaración del paciente
Firma y aclaración del/la testigo
Firma y aclaración del investigador

Anexo III Estratificación de Graffar- Méndez Castellano

Cada variable se puntúa en una escala de cinco valores consecutivos y se corresponden con una condición que tipifica un estrato socioeconómico. Los valores más bajos, correspondientes al estrato I, ubica a las personas dentro de la clase alta, el estrato III a la clase media baja, en el estrato IV como pobreza relativa y el estrato V corresponde a la clasificación de pobreza crítica, que implica un alto nivel de privación (28).

VARIABLES	PTS	ÍTEMS
Profesión del jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, banqueros, alta productividad.
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados (Primaria Completa).
	5	Obrero no especializado (Primaria Incompleta).
Nivel de instrucción de la Madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, Secundario completo.
	3	Secundario incompleto.
	4	Primario completo o alfabeta.
	5	Analfabeta.
Principal fuente de ingreso familiar	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Honorarios profesionales.
	3	Sueldo Mensual.
	4	Salario semanal, por día.
	5	Donaciones.
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con gran lujo.
	2	Vivienda óptima con lujos sin excesos.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

PUNTOS	ESTRATO
4 – 6	I
7 – 9	II
10 – 12	III
13 – 16	IV
17 – 20	V

Página 13

Anexo IV Test de Pfeiffer (SPMSQ)

Cuestionario heteroaplicado que identifica aquellos pacientes >65 años con deterioro cognitivo de algún tipo. Consta de 10 ítems. Sólo se consideran las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores (excluidos los que realicen más de 3 errores).

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? – día, mes, año -	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? (preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono).	
¿Cuántos años tiene?	
Fecha de Nacimiento (día, mes, año)	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Apellido de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct; 23.

PARÁMETRO	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTUACIÓN
Comer	Independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente	10
	Minima ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente (afeitarse, peinarse)	5
	Dependiente	0
Deposiciones (semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente episodio de incontinencia o necesita minima ayuda	5
	Incontinencia	0
Micción	Normal	10
	Un episodio diario de incontinencia o ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el Retrete	Independiente	10

Anexo V

Escala de Barthel

Evalúa 10 actividades de la vida diaria. La puntuación total oscila entre 0 y 100 (90 si el sujeto utiliza silla de ruedas). La dependencia es leve con 91-99 puntos, moderada con 61 a 90, grave con 21 a 60 y total si resulta menor de 20.

	Ayuda pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente	15
	Minima ayuda fisica o supervisión	10
	Necesita gran ayuda pero puede estar sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Camina 50mts sin ayuda	15
	Necesita supervisión	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente	10
	Necesita ayuda fisica o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en sillas de ruedas).

d- Ruzafa J, Moreno J.D. Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. Colaboración pencial. Rev. Esp. Salud Pública. 1997. N° 2. Marzo- Abril 1997.

Anexo VI Índice de Charlson

Es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años. Consta de 19 ítems, que si están presentes, se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida del sujeto. Cada ítem tiene un puntaje que va desde 0-6. En general, se considera de acuerdo al puntaje total *ausencia de comorbilidad*: 0-1 pto, *baja*: 2 ptos y *alta* > 3 ptos.

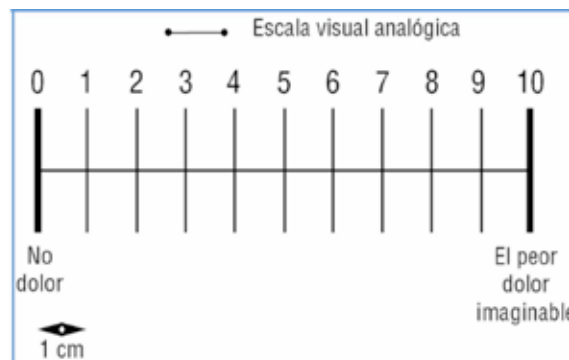
PROCESO	PUNTUACIÓN
Infarto agudo de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad arterial periférica	1
Enfermedad vascular cerebral	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Conectivopatía	1
Úlcera gastroduodenal	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada/grave	2
Diabetes con lesión orgánica	2
Tumor (en los últimos 5 años)	2
Linfoma	2
Leucemia	2
Hepatopatía crónica moderada/grave	3
Tumor sólido metastásico	6
HIV- SIDA	6

Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR: A new method of classifying prognostic comorbidity in archival studies: development and validation. J Chronic Dis 1987; 40 373-383.

Anexo VII Escala visual analógica del dolor

Se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de

“no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. El dolor de intensidad 5 o mayor reduce sustancialmente la calidad de vida, produce cambios en el humor y trastornos del sueño.



Chanques G, Jaber S, Barbotte E, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive.

Anexo VIII Escala de valoración de Hamilton (HDRS)

Escala heteroaplicada, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la entrevista clínica. Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0-52.

Según el puntaje total se define; Sin depresión: 0-7. Depresión ligera: 8-13; Moderada: 14-18; Severa: 19-22; muy severa: >23.

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente 1 - Estas sensaciones las relata espontáneamente 2 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 4 	
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 1 - Tiene ideas de culpabilidad o culpa sobre errores pasados o malas acciones 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4 	
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4 	
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad 0 - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1 - Dificultad para dormir cada noche 2 	
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 0 - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 1 - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 2 	

<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Débil 1 - Grave 2 	
<p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Preocupado de si mismo (corporalmente) 1 - Preocupado por su salud 2 - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 3 	
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 0 - Pérdida de más de 500 gr. en una semana 1 - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 2 	
<p>Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo 0 - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 1 - No se da cuenta que está enfermo 2 - No se da cuenta que está enfermo 3 	

<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 0 - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 1 - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2 	
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 0 - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 1 - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 2 - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 3 - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4 	
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales 0 - Ligero retraso en el habla 1 - Evidente retraso en el habla 2 - Dificultad para expresarse 3 - Incapacidad para expresarse 4 	
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna 0 - Juega con sus dedos 1 - Juega con sus manos, cabello, etc. 2 - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 3 - Refuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 4 	
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 0 - Tensión subjetiva e irritabilidad 1 - Preocupación por pequeñas cosas 2 - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 3 - Expresa sus temores sin que le pregunten 4 	
<p>Ansiedad somática (síntomas físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Ligera 1 - Moderada 2 - Severa 3 - Incapacitante 4 	
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno 0 - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 1 - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 2 - 3 - 4 	
<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno 0 - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, Cefaleas, algias musculares. 1 - Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 2 	
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno 0 - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 1 - 2 	

Referencias bibliográficas

- 1-Vélez d.m, acelas lucumí l.m, quiroga santamaría y.j. evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *pensamiento psicológico*. 2008. vol. 4. n° 10. URL Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamiento-psicologico/articulo/view/93>
- 2-Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 17;349(9063):1436-42.
- 3-A. Grau, P. Comas p, Suñer r, Peláez e, Sala e, Planas m. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *AN. Med. Interna* 2007. Mayo; Vol. 24. N° 5. 2007. Madrid.
- 4-GRAU, A. et al. Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *An. Med. Interna (Madrid)* [online]. 2007, vol.24, n.5 [citado 2015-09-20], pp. 212-216 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02127199200700050002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0212-7199.
- 5-Castro- Camacho L, Escobar J.M, Sáenz- Moncaleano C, Delgado- Barrera L, Aparicio S, Molano J.C, Noguera E. Salud Mental en el Hospital General: Resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2012. Vol. 41/n° 1. URL disponible en: <http://ref.scielo.org/6bf3f3>
- 6-Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14; 272.
- 7-Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA*. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
- 8-Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
- 9-Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *PSYCHIATRIC ANNALS*. 2002. 32:509-521. URL disponible en: <http://www.lphi.org/LPHIadmin/uploads/.PHQ-9-Review-Kroenke-63754.PDF>
- 10-Löwe B, Unutzer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care* 2004;42:1194-1201
- 11-S. Ros Montalbán, A. Comas Vives, M.García-García. Validación de la versión española del cuestionario PHQ-15 para la evaluación de síntomas físicos en pacientes con trastornos de depresión y/o ansiedad: estudio DEPRE-SOMA. Original. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(6):345-57.
- 12-BAADER M, Tomas et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2012, vol.50, n.1 [citado 2015-09-20], pp. 10-22. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272012000100002&lng=es&nrm=iso>
- 13-Norvelis del Valle Guzmán de Rodríguez. Validación de los cuestionarios de calidad de vida Kidscreen y Disabkids en niños y adolescentes venezolanos. Universidad de Alicante. España. año 2012. Tesis Doctoral.
- 14-CID-RUZAFÁ, Javier y DAMIAN-MORENO, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública* [online]. 1997, vol.71, n.2 [citado 2015-09-20], pp. 127-137. URL Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11355727199700020004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.
- 15-Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol*. 2008 Dec;61(12):1234-40.
- 16-Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. Pag. 1/9. Instruction Manual. URL disponible en: www.phqscreeners.com.
- 17-Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado, Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 129-34.
- 18-Max Hamilton. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.*, 1960, 23, 56.
- 19-Ramos-Brieva J, Cordero Villafafía A. Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1986;14:324-34).
- 20-Robert Gentleman, Ross Ihaka (1997). R: The R Project for Statistical Computing [Software] Disponible en <https://www.r-project.org/>
- 21-Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001. Jul-Aug;63.