



## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria

*Critical revision of Mental health Assessment Tools in Primary Care*

Paola Andrea Tejada MSc<sup>1</sup> • Luís Eduardo Jaramillo MSc<sup>2</sup> • Ricardo Sánchez-Pedraza MSc<sup>2</sup> • Vimal Sharma PhD<sup>1</sup>

Recibido: 15/4/2013 / Aceptado: 12/3/2014

<sup>1</sup> University of Chester. Chester, United Kingdom.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Paola A Tejada. Dirección: Carrera 13 No. 6 A - 01, Neiva, Colombia. Correo electrónico: p.tejada@chester.ac.uk

## | Resumen |

**Antecedentes.** Actualmente existen múltiples escalas y guías de entrevista en atención primaria en salud mental. Sin embargo, estas tienen limitaciones en la práctica clínica diaria. Muchas fueron creadas para realizar investigación, otras requieren gran entrenamiento de quien las aplica y en su gran mayoría cubren un rango limitado de síntomas, por ejemplo ansiedad y depresión. Escalas de gran uso clínico para síntomas ansiosos y depresivos permiten evaluar la presencia o ausencia de síntomas más que dar un diagnóstico específico y deja por fuera un espectro amplio de trastornos psiquiátricos como la demencia y la psicosis. Por estas razones, se han propuesto múltiples alternativas que permitan superar los problemas mencionados.

**Objetivo.** Revisar de forma crítica los instrumentos utilizados para la evaluación psiquiátrica en atención primaria.

**Materiales y métodos.** Revisión de la literatura.

**Resultados.** Dentro de las herramientas desarrolladas y más utilizadas se encuentran la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) y el Patient Health Questionnaire (PHQ). Otra estrategia es la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental (GMHAT). Esta herramienta permite hacer tamizajes amplios y diagnósticos de problemas mentales por personas con poco entrenamiento en psiquiatría y en poco tiempo.

**Conclusiones.** Se recomiendan los instrumentos breves que realizan una valoración global del estado mental sobre aquellos que son específicos para un solo trastorno.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, Salud Mental, Escalas de Valoración Psiquiátrica, Diagnóstico, Cribado (DeCS).

Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R, Vimal S. Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Rev Fac Med. 2014;62:101-110.

## Summary

**Background.** There are many instruments to use in primary care in Mental Health. However, the overall limitations found are that some instruments were developed specifically for research purposes and scales cover a limited range of symptoms and mental disorders like anxiety and depression. Scales used in clinical settings for anxiety and depressive symptoms usually assess the presence or absence of symptoms rather than give a specific diagnosis and leaves out a broad spectrum of psychiatric disorders such as dementia and psychosis. For this reasons, multiple alternatives to overcome these problems have been proposed worldwide.

**Objective.** To review in a critical way the instruments used in primary care.

**Materials and methods.** Literary review.

**Results.** Among the tools developed and used are the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) and the Patient Health Questionnaire (PHQ). Another instrument is the Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT). This tool allows broad screening and diagnosis of mental health problems for people with little training in psychiatry and in a short time.

**Conclusion.** Short Instruments that perform an overall assessment of the mental state are preferred over those that are specific to a single disorder.

**Key words:** Primary Care, Mental Health, Psychiatric Status Rating Scales, Diagnosis, Straining (MeSH).

Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza R, Vimal S. Critical revision of Mental health Assessment Tools in Primary Care. *Rev Fac Med.*2014; 62:101-110.

## Introducción

Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad en el mundo (1). Usualmente los servicios de atención primaria (AP) no tienen el personal con el entrenamiento necesario para la detección y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental. Muchas veces son los médicos generales los primeros contactos que tienen aquellos que padecen algún tipo de patología mental (1). Por esto es importante establecer sistemas que ayuden a estos médicos a identificar a las personas con problemas de salud mental en la primera oportunidad y puedan brindar la intervención más adecuada.

Aunque únicamente el 5,4% de los pacientes consultan por una razón psiquiátrica, hay datos que muestran que 1 de cada 4 personas que entra en contacto con un servicio de salud presenta un trastorno mental reconocido por el CIE10 (1,2). También se ha encontrado que los médicos generales no detectan ni tratan entre el 50% y el 75% de los casos (1,2).

Los trastornos más frecuentes en los servicios de AP son los afectivos (31%), de ansiedad (19%) y somatomorfos (18%) (2). El trastorno depresivo es la segunda patología crónica más frecuente en AP (3,4) y aproximadamente 12% de los pacientes atendidos en estos servicios reúnen criterios para depresión (3). A pesar de esto, solo la mitad de estos pacientes son reconocidos por los médicos generales (2).

Tanto la depresión como la ansiedad pueden presentarse con síntomas somáticos como motivo de consulta (4-7). Dos de cada tres pacientes con depresión reportan síntomas somáticos como motivo de consulta en AP (8). Esto hace no solo que puedan pasar desapercibidos sino que su falta de reconocimiento lleva a que a los pacientes se les realicen laboratorios innecesarios, se les formulen medicamentos inadecuados, sean remitidos de un servicio a otro y en últimas se haga más crónico su cuadro ansioso o depresivo (9).

Otras patologías, como el trastorno afectivo bipolar tienen una prevalencia de 3,9% en la comunidad, pero se han encontrado prevalencias hasta del 9,8% en servicios de AP (10). Se sabe también que los problemas relacionados con el consumo de alcohol no son fácilmente reconocidos en los servicios de AP pese a que problemas de abuso o dependencia pueden encontrarse en un 10% de los casos (2,11). Las razones para que esto suceda incluyen la falta de entrenamiento, el no conocimiento de escalas disponibles y las actitudes negativas asociadas a preguntar sobre

el consumo de alcohol (8). La sensibilidad diagnóstica de los médicos generales para la identificación de trastornos por uso de alcohol es de 41,7%, pero solo en un 27,3% de los casos esto se consigna en la correspondiente historia clínica (12). En cuanto al abuso de sustancias, está presente en uno de cada cinco pacientes en contextos médicos generales pero solo al 20% de ellos se les realizan preguntas de tamización para su detección (5).

En términos generales, los principales obstáculos para el reconocimiento de los trastornos mentales por los médicos de AP son: desconocimiento de los criterios diagnósticos, desconocimiento acerca de las preguntas adecuadas para su evaluación y limitaciones de tiempo inherentes a contextos clínicos con sobrecarga de trabajo (13,14).

Por los motivos mencionados, es importante que los profesionales que trabajan en atención primaria cuenten con instrumentos fáciles de aplicar, válidos y confiables que les permitan identificar y manejar pacientes con enfermedad mental. Existen diferentes técnicas para la recolección de información o instrumentos. Las escalas son instrumentos de medición compuestas por ítems que permiten medir fenómenos que no son directamente observables (15). Es importante señalar que las escalas no hacen un diagnóstico formal sino que ayudan a la identificación de personas en alto riesgo o alta probabilidad de reunir criterios para el trastorno o categoría diagnóstica explorada. La entrevista estructurada consiste en una guía de preguntas o temas a tratar las cuales evalúan diferentes variables. Las pruebas cognitivas constan de ítems que evalúan funciones como memoria, lenguaje, praxias y orientación (6).

La selección de un adecuado instrumento o escala es muy importante. Para esto se recomienda tener en cuenta las características de la población en la que se va a aplicar, sus propiedades psicométricas (validez, sensibilidad y especificidad), el tiempo requerido para su aplicación y su utilidad (3,15).

El diagnóstico preciso basado en criterios internacionalmente estandarizados es esencial para realizar una intervención clínica adecuada y para realizar un adecuado monitoreo epidemiológico (16). La falta de un diagnóstico adecuado puede llevar a un tratamiento inadecuado (4). El objetivo de este artículo es revisar críticamente los instrumentos, escalas y herramientas utilizados actualmente para la evaluación psiquiátrica en AP, señalar sus limitaciones y sugerir instrumentos fáciles de aplicar, válidos y confiables.

## Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda selectiva de literatura en las bases de datos PUBMED y SciELO de estudios sobre instrumentos, escalas y herramientas utilizados para la evaluación



psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud. La búsqueda se realizó con los términos MeSH “Primary Health Care”, “Mental Disorders/diagnosis” “Mass Screening” y “Questionnaires”. Para la búsqueda en SciELO se utilizaron los DeCS correspondientes a los anteriores términos MeSH. Se seleccionaron estudios publicados en idioma inglés y español, en adultos y sin restricción de tiempo.

Dos investigadores revisaron las referencias bibliográficas citadas por los artículos seleccionados y se buscaron aquellos artículos pertinentes a la búsqueda que no fueron detectados inicialmente. Los artículos fueron revisados por dos de los investigadores y se seleccionaron aquellos donde se especificara que los instrumentos hubieran sido utilizados en atención primaria

y se contara con datos sobre su descripción y propiedades psicométricas. Los indicadores del desempeño psicométrico que se utilizaron fueron sensibilidad y especificidad.

## Resultados

En total se encontraron 325 artículos. De estos se excluyeron 197 porque no describían instrumentos, no eran específicos para atención primaria en salud mental o su población eran niños y adolescentes. Los 128 artículos restantes hacían referencia a 40 instrumentos. De estos, 33 corresponden a escalas, 3 a entrevistas estructuradas y 4 a pruebas cognitivas. Un resumen de los instrumentos encontrados y sus propiedades psicométricas se muestra en las tablas 1, 2 y 3.

**Tabla 1.** Escalas para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud.

	Aplicación	Sensibilidad %	Especificidad %
Primary Care Evaluation of Mental Disorders PRIME-MD (1,2,13,17,18)	Cuestionario autoreporte/ Entrevista estructurada	72-81	66-100
Depression in the Medically Ill-18 DMI-18 (3)	Autoreporte	89-97	59-83
Beck Depression Inventory for Primary Care BDI-PC (3,19)	Autoreporte	74-83	72-80
Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D (3,19)	Autoreporte	74-86	75-76
Patient Health Questionnaire PHQ-9 (3,19-22)	Autoreporte	68-93	75-96
Web-Based Depression and Anxiety Test WB-DAT (4)	Autoreporte asistido por computador	63-95	87-97
My Mood Monitor M-3 checklist (10)	Autoreporte	82-88	70-80
Alcohol Use Disorders / Identification Test AUDIT (11,23)	Autoreporte	55-94	79-98
General Health Questionnaire GHQ (14)	Autoreporte	32-68	65-93
Symptom Check-List SCL-90-R (14)	Autoreporte	39-75	59-95
Patient Health Questionnaire PHQ (16,24)	Autoreporte	75-87	88-90
Self-Report Questionnaire SRQ (2,26)	Autoreporte	63-90	44-95
Four-Item Questionnaire (27)	Autoreporte	78	95
Center for Epidemiologic Studies-Depression scale CES-D (17,23)	Autoreporte	73-92	70-74
GDS 15 (28)	Autoreporte	76-82	64-98
GDS 30 (28)	Autoreporte	77	65
Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS (17)	Autoreporte	72-89	86-95
Postpartum Depression Screening Scale PDSS (17)	Autoreporte	78	85
Social Anxiety Screening Questionnaire (29)	Autoreporte	84	67
Kessler 10 K-10 (30)	Autoreporte	72-78	73-79
Whiteley-7 scale (31)	Autoreporte	71-100	62-65
Early Detection Primary Care Checklist PCCL (32)	Heteroaplicada	89	60
Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care SDDS-PC (33)	Cuestionario de autoreporte / Entrevista estructurada / Registro de seguimiento (asistida por computador)	43-90	54-98
Provisional Diagnostic Instrument-4 (34)	Autoreporte	80-83	73-82
Case-finding and Help Assessment Tool CHAT (35)	Autoreporte	26-96	40-97
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ASSIST (36)	Autoreporte	54-97	50-96
Substance abuse and mental illness symptoms screener SAMISS (37)	Autoreporte	86-95	49-75
International HIV Dementia Scale IHDS (37)	Autoreporte	53-86	32-80
Cuestionario SCOFF para trastorno de conducta alimentaria (38)	Autoreporte	84,6	89,6
single-item screening test for unhealthy alcohol use (39)	Pregunta única	81,8	79,3
4-item Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder screen PC-PTSD (40)	Autoreporte	78	87
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale OASIS (41)	Autoreporte	89	71
Hopkins Symptom Checklist-25 HSCL-25 (42)	Autoreporte	89	60-73

**Tabla 2.** Entrevistas para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud.

	Sensibilidad %	Especificidad %
Mini International Neuropsychiatric Interview MINI (43)	75-92	90-99
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI (44) (45)	68-80	90-98
Structured Psychiatric Interview for General Practice SPIFA (46)	ND	ND

**Tabla 3.** Test cognitivos para la evaluación psiquiátrica en adultos en atención primaria en salud.

	Aplicación	Sensibilidad %	Especificidad %
General Practitioner Cognitive Assessment of Cognition GPCOG (47) (48)	Prueba para el paciente y preguntas para informante	82	92
Memory Impairment Screen MIS (48,49)	Prueba cognitiva	80-87	96
Mini-Cognitive Assessment Instrument Mini-Cog (48,49)	Prueba cognitiva	71-79	89
Public Health Center Cognitive Dysfunction Test PHC-cog (50)	Prueba cognitiva para el paciente y preguntas para familiar	96	82

A pesar de la gran variedad de herramientas descritas en la literatura, estas presentan algunas barreras para su aplicación en AP. Las principales limitaciones encontradas en los instrumentos son: no fueron diseñados para su aplicación en AP, requieren 30 minutos o más para su aplicación, cubren un rango limitado de síntomas, fueron desarrollados con propósitos de investigación, son específicos para algunos grupos de edad, requieren la aplicación de más de una escala a cada paciente o no permiten aproximarse a un diagnóstico psiquiátrico preciso. A continuación se presentan algunos ejemplos de estas limitantes.

### Instrumentos para la detección de síntomas

Algunas escalas están diseñadas para realizar tamización de problemas y síntomas. Ejemplos de estas son el GHQ y el SCL-90 (14). El GHQ es un instrumento de autoreporte que permite tamizar trastornos psiquiátricos no psicóticos. Consta de una serie de preguntas que indagan sobre haber experimentado algún síntoma o comportamiento recientemente (14). El SCL-90 es un inventario de síntomas diseñado para abarcar un amplio rango de problemas psicológicos. Las respuestas se combinan en nueve dimensiones sintomáticas: somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, hostilidad, depresión, ansiedad, ideación paranoide, ansiedad fóbica y psicoticismo (14). Tanto el GHQ y el SCL-90 no permiten realizar diagnósticos específicos de acuerdo a sistemas operacionalizados de diagnósticos como el DSM o el CIE10 y solo señalan la presencia o ausencia de síntomas (1,11).

El Observatorio Nacional de Salud Mental de Colombia recomienda la aplicación del SRQ para la atención primaria en salud mental, aunque señala que la puntuación para

este cuestionario no es universalmente aplicable (25). Este instrumento, desarrollado por la OMS, ha demostrado ser sensible para la identificación de desórdenes mentales en servicios médicos generales en múltiples países donde es aplicado (26). El instrumento es efectivo para detectar la presencia de trastornos mentales y diferenciar los trastornos psicóticos de los no psicóticos (26). A pesar de esto, solo abarca categorías sintomáticas muy amplias que dificultan una aproximación diagnóstica que permita instaurar una medida terapéutica por parte de un médico general.

### Instrumentos específicos para un solo problema

Considerando que el trastorno depresivo es el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente encontrado en atención primaria la gran mayoría de las escalas se han desarrollado para el diagnóstico de esta entidad (51). Para determinar la capacidad de detección de la depresión en personas medicamente enfermas en atención primaria se han comparado la subescala de depresión de HADS, el BDI-PC, el PHQ-9, el Four-Item Questionnaire, la DMI-18, y la versión abreviada del DMI-18 (DMI-10) (3,19,27). Los resultados sugieren que todos estos instrumentos pueden ser recomendados como estrategias de tamización en depresión (3).

La escala de Zung y la CES-D también han mostrado su utilidad en atención primaria (6,23). Algunas escalas se han diseñado para el diagnóstico de depresión geriátrica siendo la GDS15 la que presenta mayor evidencia para su uso en atención primaria, pero se limita para este rango de edad (28). Se presenta una dificultad adicional cuando estas escalas han sido validadas al español donde versión ultracorta de la PRIME MD mostró poca especificidad (17).

Las escalas mencionadas están diseñadas para evaluar depresión unipolar y no ayudan a diferenciarla de la enfermedad bipolar. Esto es muy importante porque un error diagnóstico puede llevar a un tratamiento inadecuado que incluya la no prescripción de un modulador afectivo y la prescripción de un antidepresivo que pueda incrementar el riesgo de un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto (8).

Existen escalas diseñadas también para la detección de ansiedad en primeros niveles de atención. Algunos de estos son el Social Anxiety Screening Questionnaire (29), la Overall Anxiety Severity and Impairment Scale OASIS (41) y la K-10, la cual ha sido validada y utilizada en múltiples países en el idioma español (30).

Instrumentos de tamización como el CAGE y el Michigan Alcoholism Screening Test se enfocan solo en la dependencia al alcohol (5,9). Aunque herramientas como el AUDIT han mostrado su utilidad en atención primaria para identificar los trastornos relacionados con el alcohol, requieren de la aplicación de instrumentos adicionales para la evaluación de otros problemas (9,23). Otros instrumentos específicos para evaluar consumo de sustancias incluyen el ASSIST (36), el SAMISS (37) y el single-item screening test for unhealthy alcohol use (39).

Otros instrumentos como la escala Whiteley presenta muy buenas propiedades psicométricas en atención primaria pero su uso está limitado para los diagnósticos de somatización e hipocondriasis (31). Escalas como la PCCL se han desarrollado como herramientas sencillas y rápidas para su uso en atención primaria para identificar etapas tempranas de psicosis (32). Dentro de los instrumentos de evaluación para los trastornos mentales orgánicos se encuentran el GPCOG (47,48), el MIS (48,49), el Mini-Cog (48,49) y el PHC-cog (50). Su uso se limita a pacientes con sospecha de algún tipo de deterioro cognitivo.

En resumen, la extensa comorbilidad psiquiátrica encontrada en la población que asiste a atención primaria hace necesario que los clínicos consideren múltiples diagnósticos psiquiátricos por lo cual se limita el uso de los instrumentos mencionados (8).

### **Instrumentos que cubren un rango de problemas**

El PRIME-MD fue diseñado como instrumento diagnóstico para la detección de los trastornos mentales más comunes en atención primaria y población general (12 en total) como trastornos del ánimo, ansiedad, somatomorfos, por consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria (2). Esta

herramienta se basa en los criterios diagnósticos del DSM IV (11). Ha mostrado ser sensible para las categorías diagnósticas de trastornos del afecto, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria y alcohol pero en algunos estudios no tiene buenas propiedades psicométricas en la evaluación de los trastornos somatomorfos (1).

Esta es una de las herramientas que cuenta con mayor evidencia en la literatura; es un procedimiento rápido y estandarizado que ha demostrado una sensibilidad del 83%, una especificidad del 88% y un valor predictivo positivo del 80% para el diagnóstico de cualquier enfermedad mental (2,27). Además de sus buenas propiedades psicométricas, otra de las ventajas de este instrumento es que es uno de los pocos existentes para su aplicación en atención primaria que permite la realización de diagnósticos (7,18). Se han descrito algunas limitaciones para clasificar algunos trastornos que no cumplen todos los criterios en su totalidad o se encuentran en periodos inter críticos (28).

El PHQ es una herramienta de autoreporte diseñada a partir del PRIME-MD para su uso en atención primaria. Si bien el PRIME-MD ha demostrado ser efectivo, ha recibido críticas por requerir mucho tiempo para su aplicación en la consulta médica general ya que además del tiempo utilizado por el paciente para contestar el cuestionario autoadministrado requiere en promedio 8,4 minutos adicionales por parte del médico (13,52). Por estos motivos se crea un instrumento más corto, el PHQ (13,52,53). Este y sus subescalas han mostrado buenas propiedades psicométricas (14,20,54).

Cuando se han realizado estudios con la versión en español, se ha comprobado la utilidad de un cuestionario breve (PHQ) para detectar problemas de salud mental en el medio hospitalario (15). La validación y utilidad de la PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria se ha realizado en países latinoamericanos con buenos resultados, incluyendo Colombia (21,24). Aunque hay autores que señalan que debe utilizarse como tamización y no como diagnóstico además de no ser adecuada para establecer gravedad (22,54).

La M-3 Checklist ha demostrado su utilidad como una herramienta válida, eficiente y confiable para el tamización de patologías psiquiátricas comunes en atención primaria: depresión, bipolar, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (8). A pesar de esto, deja por fuera otros diagnósticos como los psicóticos, los relacionados con el abuso de sustancias y los mentales orgánicos.

La SDDS-PC es una herramienta que permite identificar depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico,

trastorno obsesivo compulsivo, abuso y dependencia de sustancias e ideación suicida (33). Dentro de sus ventajas, se encuentra su disponibilidad para ser aplicada y calificada a través de un computador. Como limitaciones, se encuentra que solo cubre trastornos ansiosos y depresivos.

El Provisional Diagnostic Instrument-4 es un instrumento breve de autoreporte diseñado para identificar en atención primaria casos de ansiedad generalizada, depresión, manía y déficit de atención e hiperactividad dejando por fuera otros diagnósticos (34). La CHAT es una herramienta desarrollada para detectar en atención primaria la presencia de uso de tabaco, alcohol, psicoactivos, ludopatía, depresión, ansiedad, estrés, irritabilidad y trastornos de la conducta alimentaria (35). No incluye los trastornos psicóticos.

### Instrumentos para la realización de diagnósticos en dos pasos

Dadas las limitaciones presentadas por algunos de los instrumentos mencionados, se ha propuesto utilizar en atención primaria un método de dos pasos para la detección de diagnósticos psiquiátricos (5). Este modelo propone la aplicación inicial de instrumentos de tamización seguidos de evaluaciones confirmatorias para la realización de un diagnóstico, especialmente cuando se evalúan trastornos depresivos y ansiosos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y trastornos cognitivos (5).

Instrumentos como el PRIME-MD están diseñados de esta manera. Inicialmente el paciente completa un cuestionario de autoreporte con preguntas de tamización posteriormente el médico de atención primaria realiza una entrevista estructurada para los pacientes que puntúan positivo en el primer cuestionario (2,11). Quienes recomiendan la utilización del GHQ-12 y SCL-90 para su uso en atención primaria sugieren que estos instrumentos sean utilizados como un primer paso y complementados con entrevistas diagnósticas (12).

### Entrevistas estructuradas

En psiquiatría, las entrevistas estructuradas son el patrón de oro para la realización de diagnósticos y son ampliamente utilizadas en investigación (4). Ejemplos de estas son la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (SCID-I) y la MINI (4,43,55). La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) es una entrevista estructurada estandarizada creada por la OMS para dar diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al CIE 10 y al DSM IV (44,45,56).

Estas entrevistas requieren tiempos largos para su administración y entrenamiento tanto para su realización como para su calificación; por este motivo no han sido adaptadas ampliamente en la práctica clínica de AP (4). Un estudio realizado en Brazil en hospitales psiquiátricos y centros de atención primaria para evaluar la confiabilidad de la CIDI mostro que la entrevista tenía una duración promedio de 2 horas y 30 minutos (44).

La SPIFA es una entrevista que ha mostrado una buena confiabilidad interevaluador para depresión, trastornos de ansiedad y riesgo suicida, aunque en pacientes con trastornos comórbidos la confiabilidad es pobre (46). La duración promedio de la entrevista es de 22 minutos (46).

### La Herramienta Mundial para la Evaluación en Salud Mental en Atención Primaria

La Global Mental Health Assessment Tool/Primary Care (GMHAT/PC) es una herramienta computarizada, de entrevista clínica semiestructurada desarrollada para evaluar e identificar los problemas de salud mental en AP (57). El principal diagnóstico deriva del uso de un modelo jerárquico basado en CIE-10. El programa de diagnóstico toma en cuenta la gravedad de los síntomas (moderada a severa). También genera diagnósticos alternativos y estados de comorbilidad con base en la presencia de síntomas de otros trastornos. Además, incluye una evaluación de riesgo de suicidio.

La GMHAT/PC ha demostrado su capacidad para realizar diagnósticos acertados tanto en atención primaria como en otros servicios médicos y psiquiátricos (58,59). Los diferentes estudios de validación llevados a cabo dan cuenta de buenas propiedades psicométricas utilizando como patrón de oro la entrevista clínica por un psiquiatra. Respecto a la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico se han encontrado sensibilidad entre 73 y 94%, y especificidad entre el 92 y 100% (58-63). El tiempo promedio utilizado para la aplicación del GMHAT/PC fue de aproximadamente 15 minutos en todos los estudios (57).

### Discusión

Es necesario mejorar las herramientas disponibles para que los médicos que trabajan en atención primaria puedan detectar la presencia de enfermedad mental. Para esto es necesario contar con escalas y herramientas validadas, prácticas, fáciles de aplicar y procesar. Actualmente existen múltiples escalas y guías de entrevista en atención primaria en salud mental. Sin embargo, estas tienen limitaciones en la práctica clínica diaria.

Muchas de estas herramientas fueron creadas para realizar investigación, otras requieren gran entrenamiento de quien las aplica y, en su gran mayoría, cubren un rango limitado de síntomas, por ejemplo ansiedad y depresión. Escalas de gran uso clínico para síntomas ansiosos y depresivos permiten evaluar la presencia o ausencia de síntomas más que dar un diagnóstico específico y deja por fuera un espectro amplio de trastornos psiquiátricos como la demencia y la psicosis.

En muchos países del mundo se han implementado estrategias que permiten integrar la atención primaria con la salud mental y se han planteado diversas soluciones a los problemas mencionados (57). Así, además del uso de escalas y guías de entrevista semiestructuradas, se han propuesto métodos asistidos por computadores para facilitar la realización de diagnósticos en atención primaria. Un ejemplo de esta estrategia es la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental en Atención Primaria (GMHAT/PC) la cual después de creada en el Reino Unido ha sido utilizada con éxito en sistemas de salud en otros países (64,65).

Los estudios sobre las propiedades psicométricas de esta herramienta presentan resultados positivos que permiten sugerir la puesta en marcha de procesos de evaluación de las propiedades psicométricas del instrumento para aplicarlo en Colombia. Esta entrevista se encuentra actualmente en proceso de ser validada para su uso en el país y otros países de habla hispana.

Este tipo de entrevistas realizadas por computador combinan las ventajas de ser tanto estructuradas como exhaustivas; al mismo tiempo, dejan de ser un procedimiento impersonal como sucede con las escalas de autoreporte (57). La incorporación del examen mental completo puede ayudar a distinguir de forma diferencial los trastornos afectivos, los trastornos del pensamiento y el deterioro cognitivo siendo útiles no solo para los médicos generales, sino para todo el personal que trabaja en atención primaria (66). Aun así, es importante aclarar que, si bien cualquier instrumento de los mencionados es de gran ayuda en la práctica diaria, su propósito no es remplazar el diagnóstico clínico realizado por un psiquiatra (57). Su propósito es el de ayudar a los profesionales que trabajan en atención primaria para reconocer y manejar las necesidades de sus pacientes.

El aporte más importante de este tipo de revisiones es brindar un panorama de los diferentes instrumentos usados actualmente en atención primaria y, al presentarlos de forma comparativa, ayudar al clínico en la toma de decisiones sobre cual utilizar en su práctica habitual. Dentro de las limitaciones de este estudio se puede señalar que, al no haber páginas

o buscadores específicos para escalas (como sí ocurre por ejemplo con las guías de práctica clínica), esto hace que puedan existir instrumentos adicionales a los aquí evaluados y que no se hayan podido detectar en la búsqueda.

## Conclusión

Es necesario mejorar las herramientas disponibles para que los médicos que trabajan en AP puedan detectar la presencia de enfermedad mental. Por ello, se recomienda el uso de instrumentos que realicen una valoración global del estado mental sobre aquellos que son específicos para un solo trastorno.

Además del uso de escalas y guías de entrevista semiestructuradas, se han propuesto métodos asistidos por computadores para facilitar la realización de diagnósticos en AP. Por ello, es preciso resaltar que, dentro de las herramientas desarrolladas y que han demostrado mayor utilidad, se encuentran la Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), el Patient Health Questionnaire (PHQ) y la Herramienta Mundial de Evaluación en Salud Mental (GMHAT).

## Conflicto de interés

Ninguno declarado por los autores.

## Financiación

Ninguna declarada por los autores.

## Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

## Referencias

1. **Loerch B, Szegedi A, Kohnen R, Benkert O.** The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), German version: a comparison with the CIDI. *J Psychiatr Res.* 2000;34:211-20.
2. **Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al.** High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2004;78:49-55.
3. **Orive M, Padierna JA, Quintana JM, Las-Hayas C, Vrotsou K, Aguirre U.** Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. *J Psychosom Res.* 2010;69:399-406.
4. **Farvolden P, McBride C, Bagby RM, Ravitz P.** A Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care. *J Med Internet Res.* 2003;5:e23.



5. **Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, Penninx BW, van Balkom AJ.** Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Fam Pract.* 2011;12:66.
6. **Staab JP, Evans DL.** A Streamlined Method for Diagnosing Common Psychiatric Disorders in Primary Care. *Clin Cornerstone.* 2001;3:1-9.
7. **McGrady A, Lynch DJ, Nagel RW, Tamburrino M.** Coherence Between Physician Diagnosis and Patient Self Reports of Anxiety and Depression in Primary Care. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198:420-4.
8. **Romera I, Delgado-Cohen H, Perez T, Caballero L, Gilaberte I.** Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care. *BMC Psychiatry.* 2008;8:4.
9. **Maizels M, Smitherman TA, Penzien DB.** A review of screening tools for psychiatric comorbidity in headache patients. *Headache.* 2006;46(Suppl 3):S98-109.
10. **Gaynes BN, DeVeaugh-Geiss J, Weir S, Gu H, MacPherson C, Schulberg HC et al.** Feasibility and diagnostic validity of the M-3 checklist: a brief, self-rated screen for depressive, bipolar, anxiety, and post-traumatic stress disorders in primary care. *Ann Fam Med.* 2010;8:160-9.
11. **Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al.** The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29:2001-7.
12. **Mitchell AJ, Meader N, Bird V, Rizzo M.** Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;201:93-100.
13. **Avasthi A, Varma SC, Kulhara P, Nehra R, Grover S, Sharma S.** Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire. *Indian J Med Res.* 2008;127:159-64.
14. **Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W.** Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34:360-6.
15. **Sanchez R, Echeverry J.** Validación de Escalas de Medición en Salud. *Revista de Salud Pública.* 2004;6:302-18.
16. **Karekla M, Pilipenko N, Feldman J.** Patient Health Questionnaire: Greek language validation and subscale factor structure. *Compr Psychiatry.* 2012;53:1217-26.
17. **Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN.** Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Ann Fam Med.* 2009;7:455-62.
18. **Bakker IM, Terluin B, van Marwijk HW, van Mechelen W, Stalman WA.** Test-retest reliability of the PRIME-MD: limitations in diagnosing mental disorders in primary care. *Eur J Public Health.* 2009;19:303-7.
19. **Cameron IM, Cardy A, Crawford JR, du Toit SW, Hay S, Lawton K et al.** Measuring depression severity in general practice: discriminatory performance of the PHQ-9, HADS-D, and BDI-II. *Br J Gen Pract.* 2011;61:e419-26.
20. **Delgado J, Payne S, Gilbody S, Godfrey C, Gore S, Jessop D et al.** How reliable is depression screening in alcohol and drug users? A validation of brief and ultra-brief questionnaires. *J Affect Disord.* 2011;134:266-71.
21. **Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C 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. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2012;50:10-22.
22. **Wittkamp K, van Ravesteijn H, Baas K, van de Hoogen H, Schene A, Bindels P et al.** The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:451-9.
23. **Chishinga N, Kinyanda E, Weiss HA, Patel V, Ayles H, Seedat S.** Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC Psychiatry.* 2011;11:75.
24. **Castro-Camacho L, Escobar J, Sáenz-Moncaleano C, Delgado-Barrera L, Aparicio-Turbay S, Molano J, et al.** Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2012;41:61-85.
25. **Torres Y, Bareño J, Sierra G, Mejía R, Berbesi D.** Indicadores de situación de riesgo de salud mental población desplazada Colombia. *Revista del Observatorio Nacional de Salud Mental.* 2011;1:28-38.
26. World Health Organization (WHO). *A User's Guide to the self-Reporting Questionnaire (SRQ).* Geneva: WHO; 1994.
27. **Rickels MR, Khalid-Khan S, Gallop R, Rickels K.** Assessment of Anxiety and Depression in Primary Care: Value of a Four-Item Questionnaire. *J Am Osteopath Assoc.* 2009;109:216-9.
28. **Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N.** Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* 2010;125:10-7.
29. **Sorsdahl K, Vythilingum B, Stein DJ.** A screening tool for social anxiety disorder in primary care: data from South Africa. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:163-6.
30. **Vargas BE, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortés J.** Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas.* *Salud Mental.* 2011;34:323-31.
31. **Fink P, Ewald H, Jensen J, Sørensen L, Engberg M, Holm M et al.** Screening for somatization and hypochondriasis in primary Care and neurological in-patients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *J Psychosom Res.* 1999;46:261-73.
32. **French P, Owens J, Parker S, Dunn G.** Identification of young people in the early stages of psychosis: Validation of a checklist

- for use in primary care. *Psychiatry Res.* 2012;200:911-6.
33. **Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Keller MB, Olfson M, Higgins ES.** Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med.* 1995;4:211-9.
  34. **Houston JP, Kroenke K, Faries DE, Doebbeling CC, Adler LA, Ahl J, et al.** A Provisional screening instrument for four common mental disorders in adult primary care patients. *Psychosomatics.* 2011;52:48-55.
  35. **Goodyear-Smith F, Coupe NM, Arroll B, Elley CR, Sullivan S, McGill AT.** Case finding of lifestyle and mental health disorders in primary care: validation of the 'CHAT' tool. *Br J Gen Pract.* 2008;58:26-31.
  36. **Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, McRee B, Newcombe D, Pal H, Poznyak V, Simon S, Vendetti J.** A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction.* 2012;107:957-66.
  37. **Breuer E, Stoloff K, Myer L, Seedat S, Stein DJ, Joska J.** Reliability of the lay adherence counsellor administered substance abuse and mental illness symptoms screener (SAMISS) and the International HIV Dementia Scale (IHDS) in a primary care HIV clinic in Cape Town, South Africa. *AIDS Behav.* 2012;16:1464-71.
  38. **Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH.** SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord.* 2010;43:344-51.
  39. **Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R.** Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med.* 2009;24:783-8.
  40. **Davis SM, Whitworth JD, Rickett K.** Clinical inquiries. What are the most practical primary care screens for post-traumatic stress disorder? *J Fam Pract.* 2009;58:100-1.
  41. **Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, Bystritsky A, Sherbourne C, Roy-Byrne P, Stein MB.** Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord.* 2009;112:92-101.
  42. **Ventevogel P, De Vries G, Scholte WF, Shinwari NR, Faiz H, Nassery R, van den Brink W, Olf M.** Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:328-35.
  43. **de Azevedo Marques JM, Zuairi AW.** Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:303-10.
  44. **Quintana MI, Andreoli SB, Jorge MR, Gastal FL, Miranda CT.** The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI2.1). *Braz J Med Biol Res.* 2004;37:1739-45.
  45. **Kessler RC, Calabrese JR, Farley PA, Gruber MJ, Jewell MA, Katon W, et al.** Composite International Diagnostic Interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. *Psychol Med.* 2012;18:1-13.
  46. **Dahl AA, Krüger MB, Dahl NH, Karlsson H, Von Knorring L, Stordal E.** SPIFA-A presentation of the Structured Psychiatric Interview for General Practice. *Nord J Psychiatry.* 2009;63:443-53.
  47. **Pirani A, Brodaty H, Martini E, Zaccherini D, Neviani F, Neri M.** The validation of the Italian version of the GPCOG (GPCOG-It): a contribution to cross-national implementation of a screening test for dementia in general practice. *Int Psychogeriatr.* 2010;22:82-90.
  48. **Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R.** Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *Int Psychogeriatr.* 2008;20:911-26.
  49. **Ladera V, Perea MV.** Rastreo cognitivo en demencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* 2012;12:133-50.
  50. **Park MH, Lee DH, Lee HJ, Song MS.** The PHC-cog: a brief cognitive function screening test for the elderly. *Neurol India.* 2005;53:60-4.
  51. **Kirkcaldy RD, Tynes LL.** Depression Screening in a VA Primary Care Clinic. *Psychiatr Serv.* 2006;57:1694-6.
  52. **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;282:1737-44.
  53. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606-13.
  54. **Amoran O, Ogunsemi O, Lasebikan V.** Assessment of mental disorders using the patient health questionnaire as a general screening tool in western Nigeria: A community-based study. *J Neurosci Rural Pract.* 2012;3:6-11.
  55. **Oslin DW, Ross J, Sayers S, Murphy J, Kane V, Katz IR.** Screening, Assessment, and Management of Depression in VA Primary Care Clinics The Behavioral Health Laboratory. *J Gen Intern Med.* 2006;21:46-50.
  56. **Goldberg DP, Prisciandaro JJ, Williams P.** The primary health care version of ICD-11: the detection of common mental disorders in general medical settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012;34(6):665-70.
  57. **Sharma VK, Copeland JR, Krishna M, Lepping P, Bowen M.** Use of the Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT/PC) in general health care setting. *En prensa.*
  58. **Sharma VK, Jagawat S, Midha A, Jain A, Tambi A, Mangwani LK, et al.** The Global Mental Health Assessment Tool-validation in Hindi: A validity and feasibility study. *Indian J Psychiatry.* 2010;52:316-9.
  59. **Sharma VK, Durrani S, Sawa M, Copeland JR, Abou-Saleh M, Lane S, et al.** Arabic version of the Global Mental Health Assessment Tool—Primary Care version (GMHAT/PC): a validity and feasibility study. *EMHJ.* 2013;19:905-8.

60. **Sharma VK, Lepping P, Cummings AG, Copeland JR, Parhee R, Mottram P.** The Global Mental Health Assessment Tool-Primary Care Version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. *World Psychiatry.* 2004;3:115-19.
61. **Sharma VK, Lepping P, Krishna M, Durrani S, Copeland JR, Mottram P, et al.** Mental health diagnosis by nurses using the Global Mental Health Assessment Tool: a validity and feasibility study. *Br J Gen Pract.* 2008;58:411-6.
62. **Krishna M, Lepping P, Sharma VK, Copeland JR, Lockwood L, Williams M.** Epidemiological and clinical use of GMHAT-PC (Global Mental Health assessment tool-primary care) in cardiac patients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2009;5:7.
63. **Sharma VK, Krishna M, Lepping P, Palanisamy V, Kallumpuram SV, Mottram P et al.** Validation and feasibility of the Global Mental Health Assessment Tool--Primary Care Version (GMHAT/PC) in older adults. *Age Ageing.* 2010;39:496-9.
64. **Sharma VK, Copeland JR.** Detecting mental disorders in primary care. *Ment Health Fam Med.* 2009;6:11-3.
65. **Sharma BB, Singh S, Sharma VK, Choudhary M, Singh V, Lane S, et al.** Psychiatric morbidity in chronic respiratory disorders in an Indian service using GMHAT/PC. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:39-44.
66. **Snyderman D, Rovner B.** Mental Status Examination in Primary Care: A Review. *Am Fam Physician.* 2009;80:809-14.