



Análisis psicométrico del Cuestionario de Autorreporte (SRQ) como indicador de depresión y ansiedad en usuarios de establecimientos de salud de Lima

Psychometric analysis of the Self-Report Questionnaire (SRQ) as an indicator of depression and anxiety in users of health establishments in Lima

Yolanda Robles-Arana^{1,a} , Martín Padilla-Lay^{1,b} 

RESUMEN

Los trastornos mentales muestran alta prevalencia en personas que buscan atención por problemas físicos en establecimientos de salud y que no son apropiadamente identificados y tratados. El Cuestionario de Autorreporte (SRQ) ha sido diseñado para detectar posibles casos y tiene un amplio uso en el campo de la atención primaria. **Objetivo:** Establecer la capacidad predictiva de ítems del SRQ-27 en la identificación de trastornos depresivos y de ansiedad en usuarios de establecimientos de salud de Lima. **Método:** El estudio utilizó datos de la muestra de 10 885 personas del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en establecimientos de salud de Lima Metropolitana 2015. Se analizaron las respuestas al SRQ-27 en relación a la presencia de ansiedad y depresión, establecida por la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica, utilizando procedimientos estadísticos descriptivos, pruebas de asociación y análisis de la AUC-ROC de cada ítem. **Resultados:** Dos ítems referidos a “sentirse triste” y “llorar” fueron los de mayor poder predictivo para la presencia de depresión (AUC ROC 0,766 y 0,719) y el ítem referido a “sentirse nervioso o tenso” fue el de mayor poder para ansiedad (AUC ROC 0,695). Otros nueve ítems, comunes para ambos trastornos, mostraron también ser eficaces (AUC ROC >0,60) en su identificación. **Conclusiones:** Se identificó tres ítems del SRQ-27 con mayor poder predictivo para detectar depresión y ansiedad en general, en tanto que ítems con mayor poder predictivo son comunes para ambas condiciones.

Palabras clave: ansiedad, depresión, SRQ.

SUMMARY

Mental disorders have a high prevalence among people who seek care in health facilities for physical ailments without being properly identified and treated. The Self Report Questionnaire (SRQ) has been designed to detect possible cases and is widely used in the primary care field. **Objective:** To establish the predictive power of items of the SRQ-27 in the identification of depressive and anxiety disorders in users of health establishments in Lima. **Method:** The study utilized data of the sample of 10 885 people from the Epidemiological Study of Mental Health in health establishments of Metropolitan Lima 2015. The responses to the SRQ-27 and its relationship with the presence of anxiety and depression, established by the Mini Neuropsychiatric Interview, were analyzed using descriptive statistics, association tests, and AUC-ROC analysis of each item. **Results:** Two items referring to “feeling sad” and “crying” had the highest predictive power for the presence of depression (AUC ROC 0.766 and 0.719), whereas the item referring to “feeling nervous or tense” had the highest power for anxiety (AUC ROC 0.695). Nine other,

¹ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-. Hideyo Noguchi”

^a Magister en Psicología

^b Licenciado en Psicología.

common to both disorders, also showed to be effective (AUC ROC >0.60) in their identification. **Conclusions:** Three SRQ-27 items were identified as having the highest predictive power for the detection of depression and anxiety in general, while items with the highest predictive power are common for both conditions.

Keywords: anxiety, depression, SRQ.

INTRODUCCIÓN

Se designan como desórdenes mentales comunes (DMC) a los que muestran prevalencias más altas en estudios epidemiológicos, tanto poblacionales como en la atención primaria: depresión, ansiedad, abuso de sustancias y desórdenes somatomorfos. En el metanálisis de Steel y cols. sobre 155 investigaciones en población, la prevalencia de DMC en los últimos doce meses fue 17,6% (CI 95% 16,3%-18,9%) (1). En servicios de atención primaria en el estudio realizado por Roca y cols. en la población española se encontró que el 53,6% presentó uno o más DMC; asimismo, que el 30,3% tenía más de un desorden mental al tiempo de la investigación, reflejo de la frecuente comorbilidad entre los DMC (2). Las molestias físicas son frecuentes en personas con trastornos mentales, que los conducen a consultar servicios de salud, sin ser detectados como tales y sin encontrar alivio a sus síntomas (3). La comorbilidad entre un desorden mental y un problema físico es también alta y en el ámbito poblacional llega al 11,0%, (CI95% 10,9–11,2%) en áreas pobres (4). La OMS enfatiza la necesidad de abordar de manera integral la salud subrayando el vínculo entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de salud y enfermedad: los problemas y los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades, y las enfermedades, transmisibles o no, incrementan la probabilidad de presentar algún problema o trastorno mental. La presencia de trastorno mental puede complicar la búsqueda de ayuda, afectar la adherencia al tratamiento e influir en la evolución de la enfermedad física. (5). La detección de los DMC es baja; se estima que un tercio de las consultas de medicina general tienen un DMC, que solo la mitad es detectada y que solo la mitad de los detectados recibe tratamiento (6,7). La prevalencia actual de cualquier trastorno mental en una muestra de usuarios de establecimientos de salud de Lima fue 8% y solo el 11,2% de ellos fue reconocido como tal por parte del médico tratante (8). En una muestra proveniente de regiones peruanas estos valores fueron 12,2% y 6,1%, respectivamente (9). Los resultados indican la necesidad de reducir esta brecha de identificación.

El uso de instrumentos de exploración para identificar a quienes tienen un desorden mental, es una estrategia adoptada por la OMS desde 1975, para ampliar el cuidado de la salud mental. Fruto de este interés es el Self Report Questionnaire (SRQ). Originalmente constaba de 20 preguntas referidas a síntomas ansiosos y depresivos, 4 a síntomas psicóticos, uno a convulsiones y desmayos, y otros cinco, agregados posteriormente, relativos al consumo de alcohol, con el propósito de detectar desórdenes mentales en servicios de salud de atención primaria, y preferentemente en países considerados pobres (10). El SRQ-20 fue desarrollado por Harding y cols. con 20 ítems del instrumento original, existiendo otras versiones más breves (3). Está formado por frases sobre problemas o padecimientos presentes en los últimos treinta días, que deben ser respondidas con “Sí” o “No”. Ha sido traducido a diferentes idiomas, con múltiples estudios sobre su validez y puntos de corte más apropiados, siendo el más usado 7/8 (10-16). Junto con el General Health Questionnaire (GHQ) es un instrumento con la más alta capacidad de detectar casos en servicios de atención primaria, adecuando puntajes de corte para diferentes culturas (10,17-22).

El SRQ-20 ha sido adaptado en el país (23) y en otro estudio se obtuvo una versión de 13 ítems (24). La versión utilizada en el presente estudio, que designamos como SRQ-27, proviene de la versión incorporada en el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, validada localmente y a la que se agregó otros ítems para su uso en estudios epidemiológicos en el país (25, 26). El SRQ-27 conserva quince ítems del original SRQ-20 y su confiabilidad por Alpha de Cronbach en varias muestras osciló entre 0,846 y 0,881 (27, 28). El interés de la presente investigación es conocer el valor predictivo de los ítems del SRQ-27 en la detección de los DMC, depresión y ansiedad, en usuarios de servicios médicos, para facilitar a los profesionales de salud su identificación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y diseño

Es un estudio analítico psicométrico sobre la base de datos recogidos en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana realizado en el año 2015 (8).

Población de estudio

La población del estudio original incluyó a las personas de 18 años o más que acudieron en búsqueda de atención médica en ocho hospitales generales, cinco de ellos nacionales y dieciséis centros de salud ubicados en las ciudades de Lima y Callao, y pertenecientes al sector público, entre julio y noviembre del 2015. La muestra se seleccionó de manera independiente entre las personas que esperaban ser atendidas en los consultorios de diecisiete especialidades médicas predefinidas y en el consultorio de psicología. La muestra final de encuestados fue 10 885, 9 036 proveniente de los hospitales y 1 849 de los centros de salud, y es la misma que sirve al presente estudio.

Procedimientos

El recojo de datos, para el estudio original, se realizó a través de encuestas conducidas por profesionales de la salud previamente capacitados. Durante el trabajo de campo y en gabinete, se desarrollaron procedimientos de control de calidad y consistencia de datos. Para el presente estudio se seleccionó de la base de datos las variables pertinentes: datos sociodemográficos, datos relativos al SRQ-27, previamente descrito, y frecuencias de depresión y de ansiedad en general. Estas últimas fueron obtenidas en el estudio original a través de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión español modificada; para el caso, se tomó en cuenta las respuestas a las secciones que identifican la presencia de trastornos de ansiedad y a las secciones que identifican la presencia de trastornos depresivos (8). Los trastornos de ansiedad en general incluyen: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y fobia social. Los trastornos depresivos en general incluyen: episodio depresivo moderado a severo y distimia.

Análisis estadístico y programa utilizado

Se realizaron análisis de frecuencias y de medidas de tendencia central y dispersión; la prueba chi cuadrado y la prueba Crammer para el análisis de asociación; y análisis de la curva ROC y de los valores del AUC-ROC para establecer el poder predictivo de cada ítem. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 20.

Revisión de comité de ética

El estudio original fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación del INSM, y el consentimiento informado de los participantes fue obtenido de manera previa a la encuesta. La base de datos fue originalmente anonimizada. El actual proyecto contó con la exoneración de revisión del mismo Comité de Ética.

RESULTADOS

Las características de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Los porcentajes de casos identificados como trastornos depresivos en general y trastornos de ansiedad en general, fueron 6,7% y 1,9%, respectivamente. Las medidas de tendencia central y de dispersión del SRQ-27 en estas condiciones y en la muestra se presentan en la Tabla 2.

La Tabla 3 contiene el porcentaje de las respuestas afirmativas a cada ítem, en la muestra y en las condiciones de depresión y de ansiedad en general, indicando las diferencias entre éstas y la muestra total a través de la prueba de asociación.

En la Tabla 4, se presentan los valores AUC-ROC (área bajo la curva del Receiver Operating Characteristic) de cada uno de los ítems del SRQ-27 para depresión y para ansiedad. Se realizó adicionalmente el análisis de sensibilidad y especificidad para cada ítem a fin de evaluar su capacidad de detección de casos positivos y negativos. Para depresión los valores de sensibilidad oscilaron entre, 0,08% y 0,30% y funcionaron mejor los ítems 21 (0,304%), 16 (0,283%) y 22 (0,274%); por el contrario, la especificidad osciló entre 0,93% y 0,98%, que indica buena capacidad para identificar los casos negativos de depresión. Los valores de sensibilidad para detectar casos de ansiedad fueron bajos, oscilando entre 0,02% y 0,10%, mientras que para especificidad estuvieron entre 0,98% y 0,99%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Características sociodemográficas %	n	%
Sexo		
Masculino	3 987	36,6
Femenino	6 898	63,4
Edad		
18-24 años	1 535	14,1
25-44 años	3 464	31,8
45-64 años	4 048	37,2
65 años o más	1 835	16,9
Nivel de Instrucción		
Sin nivel a Primaria	2 679	24,6
Secundaria	5 686	52,2
Superior no universitario	1 434	13,2
Superior universitario (inc postgrado)	1 085	10,0
Estado civil		
Conviviente	2 943	27,0
Separado(a) o divorciado(a)	2 006	18,4
Viudo(a)	814	7,5
Casado(a)	2 544	23,4
Soltero(a)	2 576	23,7
Pobreza		
Pobre extremo (dos o más NBI)	362	3,3
Pobre (una NBI)	1 835	16,9
No Pobre (ninguna NBI)	8 682	79,8

N=10 885

Tabla 2. Puntuaciones de SRQ-27 en la muestra total y según condición de depresión en general y de ansiedad en general.

	Media	Mediana	Moda	DE
Total	5,6	4	2	4,55
Depresión en general	11,05	10	7	5,58
Ansiedad en general	10,78	10	12	5,83

Tabla 3. Diferencias en la frecuencia de síntomas reportados como presentes en la muestra total y en las condiciones de depresión en general y ansiedad en general.

SRQ-27	Total		Depresión		Ansiedad		
	Sí %	Sí %	Chi2	Cramer	Sí %	Chi2	Cramer
1. Ha tenido dolores de cabeza, en el cuello, espalda o en otros lugares del cuerpo?	75,1	88,9	78076***	0,085	82,4	5441*	0,022
2. Ha disminuido su apetito?	27,0	49,9	206482***	0,138	43,1	27260***	0,050
3. Ha aumentado su apetito	14,5	16,1	1,750	0,013	19,6	4528*	0,020
4. Ha tenido ardor en el estómago	35,0	47,0	48848***	0,067	44,5	8271**	0,028
5. Ha estado estreñido(a)?	23,4	30,5	24091***	0,047	34,1	13619***	0,036
6. Ha dormido mal?	32,9	58,3	226745***	0,145	55,1	45738***	0,065
7. Se ha asustado con facilidad?	16,9	37,7	242687***	0,150	41,2	87205***	0,090
8. Ha tenido temblor de manos?	10,5	25,3	181042***	0,130	37,3	157097***	0,121
9. Se ha sentido nervioso(a) o tenso(a)	32,3	65,0	380639***	0,188	70,8	142061***	0,115
10. Se ha sentido aburrido(a)?	25,9	48,8	213716***	0,141	49,0	57321***	0,073
11. Ha tenido malas digestiones?	25,1	35,8	47491***	0,066	31,6	4900*	0,021
12. Le sudan las manos?	10,5	21,8	106292***	0,099	29,1	76317***	0,084
13. Ha tenido palpitaciones (fuertes) en el pecho?	19,0	40,8	241795***	0,150	49,9	127555***	0,109
14. Ha podido pensar con claridad (fácilmente, sin ninguna dificultad? ¹	26,1	46,8	174436***	0,127	41,4	25437***	0,049
15. Se ha sentido triste con frecuencia?	23,1	73,6	1115821***	0,322	58,6	148059***	0,117
16. Ha llorado con frecuencia?	13,5	55,4	1165902***	0,329	45,7	183825***	0,130
17. Ha disfrutado o ha gozado menos de sus actividades diarias?	19,6	54,5	599596***	0,236	41,9	65960***	0,078
18. Ha disminuido su capacidad para tomar decisiones?	11,5	37,2	510149***	0,217	32,3	91121***	0,092
19. Ha tenido temblores en el cuerpo?	5,6	18,4	247286***	0,151	27,1	184130***	0,131
20. Ha estado mas colérico(a) que de costumbre?	14,1	33,0	227836***	0,145	40,9	122771***	0,107
21. Ha perdido el interés en las cosas?	8,8	40,2	955996***	0,298	31,8	140210***	0,114
22. Se ha sentido una persona inútil?	8,1	32,5	623182***	0,240	34,6	199585***	0,136
23. Se ha sentido cansado(a) con frecuencia?	30,1	58,2	293519***	0,165	58,4	79097***	0,086
24. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal?	16,6	23,2	23745***	0,047	24,5	9672**	0,030
25. Ha sufrido con frecuencia de diarreas?	6,6	11,2	26106***	0,049	9,4	2,590	0,015
26. Ha bajado de peso?	21,2	35,6	95152***	0,094	28,8	7014**	0,025
27. Ha sufrido de presión arterial alta?	11,4	19,9	56332***	0,072	11,0	0,033	-0,002

¹Item invertido. Respuesta No
*p<0,5; ** p<0.01; ***p<0.001

Tabla 4. Valores AUC-ROC de los ítems del SRQ-27

SRQ-27	Depresión	Ansiedad
1. Ha tenido dolores de cabeza, en el cuello, espalda o en otros lugares del cuerpo?	0,566	0,532
2. Ha disminuido su apetito?	0,616	0,588
3. Ha aumentado su apetito	0,510	0,538
4. Ha tenido ardor en el estómago	0,559	0,547
5. Ha estado estreñido(a)?	0,540	0,556
6. Ha dormido mal?	0,640	0,618
7. Se ha asustado con facilidad?	0,618	0,632
8. Ha tenido temblor de manos?	0,583	0,647
9. Se ha sentido nervioso(a) o tenso(a)	0,674	0,695
10. Se ha sentido aburrido(a)?	0,622	0,621
11. Ha tenido malas digestiones?	0,556	0,534
12. Le sudan las manos?	0,565	0,605
13. Ha tenido palpitaciones (fuertes) en el pecho?	0,619	0,662
14. Ha podido pensar con claridad (fácilmente, sin ninguna dificultad)?*	0,602	0,577
15. Se ha sentido triste con frecuencia?	0,766	0,679
16. Ha llorado con frecuencia?	0,719	0,668
17. Ha disfrutado o ha gozado menos de sus actividades diarias	0,678	0,618
18. Ha disminuido su capacidad para tomar decisiones?	0,638	0,619
19. Ha tenido temblores en el cuerpo?	0,572	0,617
20. Ha estado mas colérico(a) que de costumbre?	0,596	0,635
21. Ha perdido el interés en las cosas?	0,665	0,625
22. Se ha sentido una persona inútil?	0,633	0,651
23. Se ha sentido cansado(a) con frecuencia?	0,649	0,650
24. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal?	0,538	0,547
25. Ha sufrido con frecuencia de diarreas?	0,526	0,518
26. Ha bajado de peso?	0,577	0,541
27. Ha sufrido de presión arterial alta?	0,544	0,492

*ítem invertido. Respuesta No

AUC-ROC: 0,5= rendimiento aleatorio; 1=rendimiento perfecto

DISCUSIÓN

En toda la muestra, el puntaje promedio en el SRQ-27 fue 5,6, y fue mayor en las condiciones de depresión en general y ansiedad en general, 11,05 y 10,78, respectivamente. Destaca la moda mayor en los casos de ansiedad, lo que implica que adolecen de más síntomas. El ítem con más alta frecuencia se refiere al dolor en diferentes partes del cuerpo, lo cual es de esperar considerando que es una población que tiene algún problema de salud.

Los problemas con las más altas frecuencias, por encima del 40%, reportados en el SRQ-27 por personas identificadas con depresión y personas identificadas con ansiedad, son los mismos con leves variaciones porcentuales, lo que expresa manifestaciones comunes en ambas condiciones. Todos los ítems del SRQ-27, excepto uno, están asociados significativamente con la presencia de depresión; sentirse triste y llorar con frecuencia son los problemas con mayor fuerza de asociación. Para el caso de ansiedad en general, todos los ítems, menos dos, tienen una asociación significativa, y la fuerza de la asociación es más moderada.

En estudios sobre muestras de pacientes en atención primaria se han identificado los ítems más frecuentes en los probables casos utilizando el SRQ-20. Penayo y cols. en pacientes nicaragüenses procedentes de establecimientos de atención primaria encontraron seis ítems como los más frecuentes en los casos probables identificados: nerviosismo, tristeza, cansarse fácilmente, dolor de cabeza, estar asustado y sentirse siempre cansado (17). Araya y cols. en chilenos de una clínica de atención primaria hallaron en los probables casos seis ítems más frecuentes: sentirse tenso, tristeza, dolores de cabeza, cansarse fácilmente, sensaciones en el estómago y dificultad para disfrutar actividades diarias (29). Krishnaswamy y Kyaw en una muestra de malasio controles y pacientes con desórdenes neuróticos, identificaron diez preguntas más sensibles a la presencia de problemas mentales, proponiéndolos para una versión breve del SRQ: dormir mal, cansancio, tristeza, nerviosismo y tensión, disfrutar menos de las actividades diarias, asustarse fácilmente, dificultad para tomar decisiones, disminución del apetito, no poder pensar con claridad y sensaciones desagradables en el estómago (11).

El análisis con el AUC-ROC muestra que todos los ítems superan el nivel de aleatoriedad, con diferentes valores en su capacidad de discriminar la presencia de depresión en general y de ansiedad en general. Los ítems 15) Se ha sentido triste con frecuencia y 16) Ha llorado con frecuencia, son claramente los que mejor discriminan la presencia de depresión. El síntoma indicado por el ítem 15 es cardinal para la identificación de los estados depresivos en la CIE 11 (30). El ítem referido a llorar con frecuencia puede ser considerado como expresión de tristeza. Los otros tres ítems con mayor poder de discriminación (AUC ROC >0,65) son: 17) Ha disfrutado o gozado menos de las actividades diarias, 9) Se ha sentido nervioso o tenso y 21) Ha perdido el interés en las cosas. De éstos, los ítems 17 y 21 constituyen también criterios de identificación de depresión según la CIE 11 (30).

Para el caso de ansiedad, los ítems 9) Se ha sentido nervioso o tenso, 15) Se ha sentido triste con frecuencia, 16) Ha llorado con frecuencia, 13) Ha tenido palpitaciones fuertes en el pecho, 22) Se ha sentido una persona inútil y 23) Se ha sentido cansado(a) con frecuencia, discriminan más adecuadamente su presencia (AUC ROC > 0,65). El síntoma recogido en el ítem 9 es central para la identificación de ansiedad en el CIE 11 (30), así como la presencia de varios síntomas fisiológicos entre los que destacan los ítems 13 y 23.

Los dos ítems con mayor contribución a la detección de depresión, sentirse triste (15) y llorar (16), son también el segundo y el tercer ítem con mayor poder para identificar ansiedad, es decir, ambos ítems tienen mayor poder predictivo para la presencia de cualquiera de los dos estados, depresión en general, y ansiedad en general. En el mismo sentido, el ítem 9, sentirse nervioso o tenso, que es el mayor predictor de ansiedad, tiene un valor alto para identificar depresión. Estos tres ítems, 15,16 y 9, concentran el mayor poder de identificación común de ambas condiciones.

Además de estos tres ítems, se encuentran otros nueve comunes a ambas condiciones, que son eficaces en la identificación de su presencia (AUC ROC >0,60). Estos son: 6) Ha dormido mal?; 7) Se ha asustado con facilidad?; 10) Se ha sentido aburrido(a)?; 13) Ha tenido palpitaciones (fuertes) en el pecho?; 17) Ha disfrutado o ha gozado menos de sus actividades diarias?; 18) Ha disminuido su capacidad para tomar decisiones?; 21) Ha perdido el interés en las cosas?; 22) Se ha sentido una persona inútil? y 23) Se ha sentido cansado(a) con frecuencia?

Estos resultados en conjunto apuntan a la comunidad de síntomas de las dos condiciones, y a la comorbilidad ya anotada en los DMC (2). Por otro lado, el ítem 1, referido a dolor en diferentes partes del cuerpo, siendo el más frecuente en toda la muestra y en los grupos de depresión y ansiedad, tiene un poder predictivo mas bien bajo. Si bien las dolencias físicas son, en general, la motivación para acudir a los servicios médicos, es posible que este resultado refleje precisamente que el dolor en diferentes partes del cuerpo sea tan frecuente en las dos condiciones, depresión y ansiedad, que no se diferencien de los usuarios de los servicios médicos en general (2,3,10).

Utilizando la versión de 28 ítems, Romero y cols. (15) a través del análisis tetracórico y gráfico de redes en una muestra de pacientes psiquiátricos limeños de un hospital general, identificaron cinco conglomerados de síntomas: depresión, ansiedad, síntomas físicos, alcohol y psicosis. En el conglomerado depresión encuentran anhedonia, falta de interés y tristeza, además de llanto, incapacidad para trabajar, ideas de inutilidad, aburrimiento, ideas suicidas, cansancio e indecisión; los cuatro primeros son los mismos que los encontrados en el presente estudio. Asimismo, encontraron que, en el conglomerado ansiedad, los ítems destacados son nerviosismo y asustarse fácilmente, y se superponen con los ítems del conglomerado de síntomas físicos: dormir mal y mal apetito; lo cual coincide con el mayor

poder del ítem nerviosismo de la investigación actual. El estudio concluyó que los síntomas de depresión, ansiedad y físicos se encuentran interconectados entre sí, y son centrales el desinterés, tristeza y nerviosismo. En nuestro caso, y considerando que la población estudiada es diferente, dos de los ítems coinciden con los de mayor poder predictivo, tristeza y nerviosismo. Si bien el desinterés se ha identificado como un ítem común de valor predictivo considerable en nuestro estudio, es sobrepasado por el valor del ítem referido al llanto, que es una forma de expresar el estado afectivo deprimido.

Para facilitar la detección de DMC y en particular de la depresión en la atención primaria, la Guía NICE (7), recomienda dos preguntas: “Le ha molestado a menudo sentirse decaído, deprimido o desesperanzado?” y “¿Le ha molestado a menudo tener poco interés o placer en hacer las cosas?”. La primera pregunta de la Guía es similar al ítem del SRQ sobre tristeza, que tiene el mayor poder predictivo en el presente estudio, y la segunda pregunta incluye los ítems referidos a la disminución del interés y a la disminución del disfrute, también considerados eficaces en su detección. Para el caso de ansiedad, la Guía recomienda las dos preguntas de la Generalized Anxiety disorder Scale (GAD-2), una de las cuales (“Sentirse nervioso, ansioso o al límite”) es similar al ítem de nerviosismo y tensión del SRQ, y que en el estudio actual es el ítem con mayor poder predictivo para la condición de ansiedad. Cabe destacar que estas tres preguntas recomendadas por la NICE coinciden con los hallazgos de Romero y cols. (15) para ambas condiciones: tristeza, nerviosismo y desinterés. En otro estudio, en población de una aldea brasileña, el ítem referido a sentirse nervioso o tenso del SRQ-20 mostró de lejos mayor sensibilidad (89,81%) para la detección de DMC, seguido por el ítem cansarse fácilmente (77,07%) (12).

Considerando los análisis tanto de frecuencia de las respuestas afirmativas a los ítems como su capacidad predictiva, se encuentra que ambas condiciones, depresión en general y ansiedad en general tienen manifestaciones comunes, identificándose tres ítems que tienen la mayor capacidad de detección de ambos como DMC y que deben tenerse en cuenta en el proceso de la evaluación clínica.

En cuanto a las limitaciones, debemos considerar que los datos de este estudio no son directamente comparables con estudios realizados con el SRQ-20, por la diferente composición de ambos; la versión

utilizada en el estudio tiene 27 ítems y variaciones lingüísticas en la formulación de algunos ítems.

Finalmente podemos concluir lo siguiente:

1. Se identificaron dos ítems con mayor poder predictivo para la presencia de depresión: 15) Se ha sentido triste con frecuencia y 16) Ha llorado con frecuencia, seguidos de 17) Ha disfrutado o gozado menos de las actividades diarias, 9) Se ha sentido nervioso o tenso y 21) Ha perdido el interés en las cosas.
2. Se identificó un ítem con mayor poder predictivo para la presencia de ansiedad: 9) Se ha sentido nervioso o tenso; le siguen los ítems: 15) Se ha sentido triste con frecuencia, 16) Ha llorado con frecuencia, 13) Ha tenido palpitaciones fuertes en el pecho, 22) Se ha sentido una persona inútil y 23) Se ha sentido cansado(a) con frecuencia.
3. Se identificó tres ítems con mayor poder predictivo y comunes a las condiciones de depresión y de ansiedad: 15) Se ha sentido triste con frecuencia, 16) Ha llorado con frecuencia y 9) Se ha sentido nervioso o tenso. Estos pueden usarse para la detección de problemas mentales comunes en la atención primaria de salud.

Conflictos de interés: Los autores refieren no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

Yolanda Robles-Arana.
Eloy Espinoza Saldaña 709, San Martín de Porres 15102.
yrobles@insm.gob.pe.
Celular: 997238316

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steel Z, Marnane C, Iranpour Ch, Chey T, Jackson J, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43 (2): 476–493. Doi. org/10.1093/ije/dyu038
2. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 2009; 119 (1–3): 52–58. Doi. org/10.1016/j.jad.2009.03.014
3. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, Srinivasa R y Wig N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing

- countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241. DOI: 10.1017/s0033291700043993
4. Barnett K, Mercer S, Norbury M, Watt G, Wyke S y Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380: 37–43. Doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
 5. OMS. 2014. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>
 6. Wittchen H, Mühlhig S y Beesdo K. Mental disorders in primary care, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2003; 5(2):115-128. doi: 10.31887/DCNS.2003.5.2/huwittchen
 7. NICE. Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical guideline [CG123]. Published: 25 May 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
 8. Instituto Nacional de Salud Mental (a). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana – 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*, Vol. XXXIV, Año 2018. Número 1. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana 2015 | Saavedra | ANALES DE SALUD MENTAL (insm.gob.pe)
 9. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales – 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*, Vol. XXXV, Año 2019. Número 1. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Regionales – 2015 | Saavedra | ANALES DE SALUD MENTAL (insm.gob.pe)
 10. Beusenbergh M y Orley J. & World Health Organization. Division of Mental Health. (1994) A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). WHO. Geneve. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>
 11. Krishnaswamy S y Kyaw OH. A pilot study on the use of the World Health Organisation Self reporting questionnaires (S.R.Q.) on a Malaysian population. *Singapore Med J*. 1985; 26(6): 431-4. 2605smj3.pdf (sma.org.sg)
 12. Gonçalves D, Stein A, Kapczinski F. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2): 380-390. Doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017
 13. Santos K, de Araújo T, Fernandes de Oliveira N. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (1). Doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023
 14. Scholte W, Verduin F, van Lammeren A, Rutayisire T y Kamperman A. Psychometric properties and longitudinal validation of the self-reporting questionnaire (SRQ-20) in a Rwandan community setting: a validation study. *Medical Research Methodology*. 2011; 11: 116. Doi.org/10.1186/1471-2288-11-116
 15. Romero-Montes A, Sánchez-Chávez F, Lozano-Vargas A, Ruíz-Grosso P, Vega-Dienstmaier J. Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr*. 2016; 79 (3): 142-151. Disponible en: a03v79n3.pdf (scielo.org.pe)
 16. Netsereab T, Kife M, Tesfagiorgis R , Habteab S, Weldeabzgi Y y Tesfamariam O. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *Int J Ment Health Syst* (2018) 12:61 <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0242-y>
 17. Penayo U, Kullgren G, Caldera T. Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; 82(1): 82-85. Doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb01361.x
 18. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, Simon G y Weiss H. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychol Med*. 2008; 38(2): 221–228. Doi.org/10.1017/S0033291707002334
 19. Ali G, Ryan G, De Silva M. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2016; 11(6): e0156939. Doi.org/10.1371/journal.pone.0156939
 20. Husain N, Chaudhry N, Rhouma A, Sumra A, Tomenson B y Waheed W. Validation of the self-reporting questionnaire (SRQ 20) in British Pakistani and White European population in the United Kingdom. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 189: 392–396. Doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.068
 21. Sczufca M, Menezes P, Vallada H & Araya R. Validity of the Self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008; 44: 247-54. Doi.org/10.1007/s00127-008-0425-y
 22. Castillo M, Carrillo C, Campo T, Barrera M. Sintomatología de ansiedad y depresión en población en contextos de pobreza en el sureste mexicano. *Revista Interamericana de Psicología*. 2019; 53(2): 263-280. Doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1058
 23. Véliz J. Validez y confiabilidad del Cuestionario de autorreporte en personal de una institución militarizada. *Anales de Salud Mental*. 1998; XIV: 85-102

24. MINSA. RM 180-2020. Guía Técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
25. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas R. (1995) Salud Mental de una población urbano-marginal de Lima. Serie: Monografías de Investigación No2. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, Lima Perú.
26. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas R. (1995) Salud Mental en adolescentes del distrito de Magdalena. Serie: Monografías de Investigación No.4. INSM Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”, Lima Perú.
27. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la selva peruana. Suplemento 1, Volumen XXV. 2009. <https://openjournal.insm.gob.pe/index.php/EESM/article/view/20>
28. Instituto Nacional de Salud Mental (b). Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de la Sierra Rural – 2008 y del Trapecio Andino 2010 – Ciudad de Abancay. Informe de Investigación. 2018
29. Araya R, Wynn R y Lewis G. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 1993; 27:168-172. [Doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1058](https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1058)
30. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. 2022. <https://icd.who.int/en>

Recibido: 08/03/2023

Aceptado: 25/08/2023