

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL MHI-5 PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN DE MUJERES EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Ma. Asunción Lara*, Claudia Navarro**, Liliana Mondragón**, Norma Angélica Rubí**,
Ma. del Carmen Lara***

SUMMARY

Treatment of depression has changed due to the fact that certain patients are seen outside mental health institutions, at the primary health care level or at general hospitals and because the effectiveness of interventions for the treatment of depression at this level must be proved. This situation has led to the search and development of instruments for the detection of depression, that are brief, do not require the participation of a mental health specialist, not include physical symptoms, and are sensitive to the effects of an intervention. The aim of this paper is to describe the results of the application of the MHI-5 in a study of depression in women that seek treatment at the primary health care level. The article describes the internal consistency and validity of the instrument: the criterion validity when compared with the diagnosis established by a consultant, the concurrent validity in regard to other scales of symptoms and also data on its sensitivity for the measurement of changes resulting from an anti-depressive intervention (predictive validity).

The study was carried out at three Mental Health Community Centers and a Health Center of the Secretary of Health. The sample consisted of 254 women that requested treatment in response to an offer of a psycho-educational intervention for depression. The women that sought help and met the criteria for inclusion were interviewed based on a questionnaire on socio-demographic variables, life events and other relevant aspects to the study, as well as on emotional symptoms. The latter were evaluated by using the MHI-5, the Depression Scale of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; the Anxiety and Somatization Scales of the SCL-90 and Coopersmith's Self-Esteem Inventory. Current depressive episodes were evaluated using the SCID, which is based on the DSM-III-R criteria. The study compares a group intervention (IG) of six sessions and a minimal intervention (IIM) of one session, with pre-, post- and follow-up evaluations. A sub-sample of 39 randomly selected women was evaluated nearly two years after the intervention. This article only reports the data relevant to the afore mentioned objectives.

The mean age of the interviewees was 35.3 years (DS 6.5), and their socio-economic level was lower middle or low. The internal consistency of the MHI-5, measured through Cronbach's coefficient, was 0.83. The sensitivity of the instrument (validity of criterion) to identify women with a depressive episode diagnosis according to the DSM-III-R was 95.6% and 94.1% with cut-off points of 16 and 17 respectively. The corresponding specificity for both cut-off points was 33.9% and 43.25%. As for concurrent validity, extremely high, significant correlations were observed with the scales of comparison: depression symptoms, somatization, anxiety and negative self-esteem symptoms, at the four points of the evaluation (pre-, post and four-months and two-years follow-up). Predictive validity (sensitivity to change) determined by the application of the MHI-5 in the three evaluations showed significant differences within the groups (between pre; post and four-month follow-up) ($F=52.779$; $P=.00$) but not between conditions (group and individual) ($F=.513$; $P=.60$) in the MANOVA for repeated measures. These results were very similar to those observed in the other scales. For the sub-sample evaluated after two years, the MANOVA for repeated measures showed significant differences between the groups ($F=13.319$; $P=00$), but not between the conditions ($F=.287$; $P=.835$).

The results of this study show that the MHI-5 is a valid, reliable instrument to measure depression in women that attend community mental health institutions and seek primary health care. It is worth noting the high internal consistency obtained, because despite being an instrument with only five items, it stands within the range regarded as appropriate. At the same time, the validity of the MHI-5 as a screening instrument was demonstrated by the high sensitivity observed. The use of the cut-off points recommended by the authors of the instrument means that the possibility of false negatives is virtually null. The MHI-5 proved to be as sensitive to the changes produced by an intervention as other instruments with a higher number of items, a fact that proves the usefulness of this instrument.

Key words: MHI-5, scale, screening, depression, intervention.

* Jefa del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

** Investigadora del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.

*** Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla.

Primera versión: 20 de marzo de 2002. Segunda versión: 12 de agosto de 2002. Aceptado: 24 de septiembre de 2002.

RESUMEN

El tratamiento de la depresión ha tendido a modificarse debido a que algunos pacientes reciben atención fuera de las instituciones de salud mental, en primer nivel de atención o en hospitales generales y a que se considera prioritario demostrar la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de dicho trastorno en este nivel. Esta situación ha llevado a la búsqueda y desarrollo de instrumentos para detectar la depresión, que sean breves, que no requieran de la participación de un clínico especialista en salud mental, no incluyan síntomas físicos y que sean sensibles al efecto de una intervención. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la aplicación del Inventario de Salud Mental de 5 reactivos (MHI-5, por sus siglas en inglés) en un estudio de depresión en mujeres que acuden al primer nivel de atención. Se presenta la consistencia interna y la validez de este instrumento: validez de criterio al compararse con el diagnóstico establecido por un clínico, validez concurrente con otras escalas de síntomas y, asimismo, datos sobre su sensibilidad para medir cambios como resultado de intervenciones antidepresivas (validez predictiva).

El estudio se llevó a cabo en tres Centros Comunitarios de Salud Mental y en un Centro de Salud de la Secretaría de Salud. La muestra estuvo constituida por 254 mujeres que solicitaron atención, como respuesta al ofrecimiento de una intervención psico-educativa para la depresión. Se entrevistó a las mujeres que solicitaron atención y que cumplieron con los criterios de inclusión con base en un cuestionario sobre variables sociodemográficas, acontecimientos de la vida y otros aspectos relevantes para la investigación, así como sobre síntomas emocionales. Estos últimos se evaluaron con el MHI-5, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); las Escalas de Ansiedad y Somatización del SCL-90 y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. El episodio depresivo actual se evaluó con el SCID, que usa los criterios del DSM-III-R. Se trata de un estudio comparativo entre una intervención grupal (IG) de seis sesiones y una intervención individual mínima (IIM) de una sesión, con evaluaciones pre, postratamiento y de seguimiento a los cuatro meses. Además se evaluó una submuestra de 39 mujeres, seleccionada al azar, casi dos años después de la intervención. Sólo se reportan los datos pertinentes a los objetivos de este trabajo.

La media de edad de las entrevistadas fue de 35.3 años (DS 6.5), y su nivel socioeconómico medio bajo y bajo. La consistencia interna del MHI-5, medida a través del coeficiente de Cronbach, fue de 0.83. La sensibilidad del instrumento (validez de criterio) para identificar a las mujeres a quienes se asignó un diagnóstico de episodio depresivo de acuerdo al DSM-III-R fue de 95.6% y 94.1% con 16 y 17 como punto de corte respectivamente. La especificidad correspondiente para ambos puntos de corte fue de 33.9% y 43.2%. En cuanto a validez concurrente, se observaron correlaciones muy altas, significativas con las escalas de comparación: síntomas de depresión, somatización, síntomas de ansiedad y autoestima (esta última negativa) en los cuatro momentos de la evaluación (pre, post y seguimientos a los cuatro meses y a los dos años). La validez predictiva (sensibilidad al cambio), determinada por la aplicación del MHI-5 en todas las evaluaciones mostró, en el MANOVA para medidas repetidas, diferencias significativas al interior de los grupos (entre pre, post y seguimiento a los cuatro meses) ($F=52.779$; $P=.00$) pero no entre las condiciones (individual y grupal) ($F=.513$; $P=.60$). Este comportamiento fue muy similar al observado en las demás escalas. El MANOVA para medidas repetidas en la submuestra que se evaluó después de dos años mostró diferencias

significativas al interior de los grupos ($F=13.319$; $P=00$), pero no entre las condiciones ($F=.287$; $P=.835$).

Los resultados de este estudio indican que el MHI-5 es un instrumento confiable y válido para la medición de depresión en mujeres que acuden a centros comunitarios de salud mental y al primer nivel de atención. Cabe resaltar la elevada consistencia interna obtenida, ya que a pesar de que el referido instrumento consta sólo de 5 reactivos, ésta se encontró dentro del rango considerado como adecuado. Por otro lado, la validez del MHI-5 como instrumento de tamizaje quedó demostrada por la elevada sensibilidad observada; es evidente que a los puntos de corte recomendados por los autores del instrumento, la posibilidad de falsos negativos es casi nula. El MHI-5 demostró ser sensible al cambio producido por una intervención, en la misma medida que otros instrumentos con mayor número de reactivos, lo que viene en apoyo de la utilidad de este instrumento.

Palabras clave: MHI-5, escala, tamizaje, depresión, intervención.

INTRODUCCIÓN

La atención de los trastornos de salud mental, en particular la depresión, ha tendido a modificarse en el ámbito mundial, durante los últimos años. Dos factores han contribuido a este cambio. Por una parte, algunos pacientes con depresión reciben atención fuera de las instituciones de salud mental, en primer nivel de atención o en hospitales generales; por la otra es prioritario demostrar la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de dicho trastorno en este nivel.

Esta situación ha llevado a la búsqueda y desarrollo de instrumentos para la detección de la depresión, con características muy específicas: 1) que sean breves, dada la sobrecarga existente en los servicios de atención a la salud; 2) que no requieran de la participación de un clínico especialista en salud mental, ya que el número de estos profesionistas es limitado en estos servicios; 3) que no incluyan síntomas físicos, puesto que gran porcentaje de los pacientes que acuden a estos centros presenta una condición médica con algunos síntomas físicos y 4) que sean sensibles al efecto de una intervención.

La evaluación de la depresión puede ser categórica o dimensional; la asignación de una u otra categoría permite establecer un diagnóstico y la forma más confiable para esto último es realizar una entrevista estructurada. Las entrevistas diagnósticas como la Entrevista Clínica Estructurada (SCID, por sus siglas en inglés, *Structured Clinical Interview*) (11) o las Entrevistas para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN, por sus siglas en inglés: *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) (32) no se pueden emplear rutinariamente tanto por la falta de personal entrenado como por el tiempo que toma su

aplicación. Con los instrumentos que evalúan dimensionalmente la depresión, es posible identificar a las personas que presentan síntomas lo suficientemente intensos como para requerir atención especializada. Los diagnósticos obtenidos mediante uno y otro sistema no siempre coinciden. Se ha informado que los casos identificados por medio de escalas dimensionales, por lo general sobrediagnostican la depresión en comparación con los sistemas categóricos.

En el cuadro 1 se presentan algunos instrumentos para la evaluación de la depresión. Todos los instrumentos que se mencionan han sido sometidos a estudios de validez y confiabilidad; sin embargo, en esta revisión sólo se mencionan sus características de aplicación (autoaplicables o aplicados por un clínico) y sus limitaciones para uso rutinario en primer nivel de atención, principalmente por el número de reactivos. Aunque no se trata de una revisión exhaustiva, se incluye a todos los instrumentos mencionados en el Manual de Mediciones en Psiquiatría de la Asociación Psiquiátrica Americana (16), además de aquéllos incluidos en otras revisiones (5). Como se observa en el Cuadro 1, a excepción de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) todos los instrumentos se diseñaron para pacientes con diagnóstico de depresión; la mitad de las escalas las aplica un clínico; la otra mitad es autoaplicable. El número de reactivos que las compone es de 3 (Escala de Raskin) a 52 (Escala de Carroll).

Otros instrumentos, que no se muestran en el Cuadro, evalúan varias dimensiones de la psicopatología, entre ellas, la depresión. El Inventario de Salud Mental, una de cuyas versiones se presenta en este trabajo, evalúa síntomas psiquiátricos en general, que, asimismo, incluye la depresión. Una de las seis subescalas del Cuestionario del Hospital de

Middlesex (8) es la de depresión. El SCL-90 (9) cuantifica psicopatología en 9 dimensiones, incluyendo depresión. El Inventario Breve de Síntomas, derivado del SCL-90, consta de 53 reactivos, es autoaplicable y evalúa las mismas dimensiones del SCL-90.

Aunque los instrumentos mencionados en el Cuadro originalmente se diseñaron para evaluar la depresión en pacientes con diagnóstico de dicho trastorno, también se han utilizado para identificar depresión en estudios en la comunidad, y en la consulta del médico familiar, por ejemplo Beck (2). La escala de Zung, aunque fue desarrollada para medir la intensidad de la depresión en pacientes deprimidos, también se ha empleado para pacientes con otras condiciones médicas y como instrumento de tamizaje (17).

Finalmente se han desarrollado otros instrumentos específicamente para pacientes que reciben atención en unidades no psiquiátricas, como los que se muestran en el Cuadro 2.

El Cuestionario de Salud Mental 5, MHI-5 (4), es un instrumento breve (5 preguntas) y autoaplicable que sirve para identificar la presencia de depresión en pacientes que acuden a un servicio de primer nivel de atención y se deriva del Inventario de Salud Mental (30, 31). Detecta trastornos que incluyen depresión mayor, trastornos afectivos generales y trastornos de ansiedad. El MHI-5 se deriva del MHI-8 que a su vez proviene del MHI de 38 reactivos. El MHI-5 es una forma corta basada sólo en los reactivos que reproducen mejor el puntaje total basado en la versión más larga.

El presente artículo tiene como objetivo presentar los resultados de la aplicación del MHI-5 en un estudio de depresión en mujeres que acuden al primer nivel de atención. Se señala la consistencia interna y la validez de este instrumento: validez de criterio al

CUADRO 1
Instrumentos desarrollados para la evaluación de la depresión

<i>Instrumento, Autor (año)</i>	<i>Población</i>	<i>Aplicación</i>	<i>No. de reactivos</i>
Escala de Depresión Hamilton (13)	Pacientes deprimidos	Clínico	17
Escala de Raskin (20)	Pacientes deprimidos hospitalizados	Clínico	3
Montgomery-Asberg (17)	Pacientes deprimidos	Clínico	10
Bech y Rafaelsen (1)	Pacientes deprimidos	Personas con conocimientos clínicos	11
Cuestionario de Beck (3)	Pacientes psiquiátricos	Autoaplicable	21
Escala de Zung (31)	Pacientes deprimidos	Autoaplicable	20
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D (19)	Población general	Autoaplicable	20
Escala de depresión de Carroll (6)	Pacientes deprimidos	Autoaplicable	52
Inventario de síntomas de depresión (24)	Pacientes deprimidos	Una autoaplicable y otra calificada por un clínico	28

CUADRO 2**Instrumentos para pacientes que se atienden en unidades no psiquiátricas**

<i>Instrumento, Autor (año)</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Población</i>	<i>Aplicación</i>	<i>No. de reactivos</i>
Cuestionario General de Salud, Goldberg (12)	Detección	Pacientes de medicina general	Autoaplicable	60, 30, 28 y 2
Escala para la evaluación de Ansiedad y Depresión en el Hospital, Zigmond y Snaith (30)	Evaluación	Pacientes con condiciones médicas	Autoaplicable	7 para ansiedad, 7 para depresión
PRIME-MD (Primary care Evaluation of Mental Disorders) Spitzer y cols (26)	Detección (1a. parte) y diagnóstico (2a. parte)	Pacientes de primer nivel de atención	1a. parte: autoaplicable 2a. parte: Clínico	1a. parte: 26 preguntas, 2 de depresión 2a. parte: 12 páginas
Evaluación concisa de depresión, Silverstone (23)	Detección	Pacientes con otros trastornos médicos	Clínico	6
"Identificador" de depresión (Depression screener) Kramer y Smith (14)	Detección	Pacientes de primer nivel de atención	Autoaplicable	2-3
La escala de depresión de Arkansas (D-ARK) Kramer y Smith, (14)	Diagnóstico	Pacientes de primer nivel de atención	Aplicada por clínico	11

compararse con el diagnóstico establecido por un clínico, validez concurrente con otras escalas de síntomas; datos sobre su sensibilidad para medir cambios como resultado de intervenciones antidepresivas (validez predictiva).

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en tres Centros Comunitarios de Salud Mental y en un Centro de Salud de la Secretaría de Salud. La muestra estuvo constituida por 254 mujeres que solicitaron atención, como respuesta al ofrecimiento de una intervención psicoeducativa para la depresión. Los criterios globales de elegibilidad de la muestra fueron: edad entre 20 y 45 años, con primaria completa como mínimo y presentar sintomatología depresiva moderada o severa (CES-D). Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico de daño orgánico, psicosis o trastorno bipolar (detectados mediante la Entrevista Clínica Estructurada, SCID) (28); hallarse bajo algún otro tratamiento psicológico o farmacológico en el momento del estudio; adicción a sustancias, ideación suicida o evidencia de incapacidad severa debida a la depresión.

Se entrevistó a las mujeres que solicitaron atención y cumplieron con los criterios de inclusión y con base en un cuestionario sobre variables sociodemográficas, acontecimientos de la vida y otros aspectos relevantes para la investigación, así como sobre síntomas emocionales (pre-evaluación). Estos últimos se evaluaron con el MHI-5 (4), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)* (21); las Escalas de Ansiedad y Somatización del SCL-90 (9) y el Inventario de Autoestima de Cooper-smith** (7).

El episodio depresivo actual se evaluó con el SCID,

que usa los criterios del DSM-III-R. Los instrumentos fueron aplicados por entrevistadoras capacitadas, todas ellas psicólogas y por lo tanto, con estudios sobre psicopatología, las que, además, habían tenido previo contacto con pacientes y realizado numerosas entrevistas de prueba.

Las entrevistadas participaron en una intervención grupal (IG) de seis sesiones o en una intervención individual mínima (IIM) de una sesión. Se evaluó a las participantes de la IG a los quince días (post-evaluación) y a los cuatro meses (seguimiento 1) y las de la IIM, al mes y a los cuatro meses. Se evaluó a una submuestra de 39 mujeres seleccionada al azar casi dos años después de la intervención: entre los 12 y los 34 meses (seguimiento 2).

El MHI-5 evalúa la presencia de síntomas durante el último mes con base en una escala de Likert de 6 puntos, en un rango de "todo el tiempo" a "nunca". De acuerdo con los autores del instrumento, éste permite detectar a la mayoría de las personas que presentan un trastorno según el DSM, con una tasa baja de falsos positivos. El puntaje de cada reactivo se suma; el mayor puntaje alcanzado, 30, es el menos favorable a la salud y 5 es un puntaje más favorable. El punto de corte propuesto por los autores es de 16/17. No tenemos datos de su uso en México.

RESULTADOS

Se entrevistó a 254 mujeres, con una media de edad de 35.3 años (DS 6.5); en su mayoría casadas o en

* Se han realizado estudios de validación en México por Medina-Mora ME y cols., 1992; Salgado de Snyder y Maldonado 1993.

** Se han realizado estudios de validación en México por Lara y cols. 1993.

unión libre (66%), 14% eran solteras y 29% divorciadas o separadas. Su escolaridad fue muy variada, la mayor parte tenía estudios de preparatoria o equivalentes (39%), la minoría había concluido la primaria (16%), 23% la secundaria y 22%, estudios profesionales. Casi 65% dijo realizar alguna actividad económica. En cuanto al ingreso familiar, la media fue de \$3,546.39 mensuales (DS \$2285.25); 13.6% recibía menos de \$1,500 y 26% arriba de \$4,000*. Respecto a la salud mental, en el cuadro 3 se presentan las medias y las desviaciones estándar de las escalas aplicadas. Se observó que las medias estuvieron muy por arriba de los parámetros que se tienen en la población para trastornos emocionales (MHI-5), síntomas de depresión, somáticos y de ansiedad, mientras que la autoestima se cuantificó como baja. Por otra parte, se encontró que 53.5% de las participantes había recibido diagnóstico de depresión, según el DSM-III-R, mientras que el 46.5% no llenó este criterio.

La consistencia interna del MHI-5, medida a través del coeficiente de Cronbach, fue de 0.83. La sensibilidad del instrumento (validez de criterio) para identificar a las mujeres a quienes se asignó un diagnóstico de episodio depresivo según el DSM-III-R fue de 95.6% y 94.1% con 16 y 17 como punto de corte, respectivamente. La especificidad correspondiente para ambos puntos de corte fue de 33.9% y 43.2%. En cuanto a la validez predictiva positiva, fue de 62.5 y 65.6 (lo que corresponde a 37.5 y 34.4 de falsos positivos) y la validez predictiva negativa de 87 y 86.4 (13 y 13.6 de falsos negativos).

En cuanto a la validez concurrente, en el Cuadro 4 se señalan las correlaciones con las escalas de comparación. Se observa que todas las correlaciones son significativas en los cuatro momentos en que fueron aplicadas (pre, post, seguimiento 1 y seguimiento 2), y que son más altas con la escala de síntomas de depresión y la de autoestima; esta última con una correlación negativa.

Considerando que se incluyó a mujeres tanto de centros de salud mental como de un centro de salud, se compararon las medias del MHI-5 en la línea base de los cuatro centros en los que se llevó a cabo el estudio, y no se encontró ninguna diferencia entre los mismos ($F=.645$; $P=.775$).

La validez predictiva (sensibilidad al cambio), determinada por la aplicación del MHI-5 en las tres evaluaciones, mostró los resultados que se presentan en la figura 1: una disminución en la postevaluación que se mantuvo en el seguimiento. El MANOVA para medidas repetidas mostró diferencias significa-

CUADRO 3
Escalas de síntomas y autoestima

	Media	(DS)
Cuestionario de salud mental (MHI-5)	20.3	5.6
Síntomas depresivos (CES-D)	40.7	8.6
Somatización (SCL-90)	15.0	9.4
Síntomas de ansiedad (SCL-90)	12.1	8.9
Autoestima (Coopersmith)	10.6	6.2

tivas al interior de los grupos (entre pre, post y seguimiento a los cuatro meses) ($F=52.779$; $P=.00$) pero no entre las condiciones (grupales e individual) ($F=.513$; $P=.60$). Las comparaciones *Post Hoc* con la corrección de Bonferroni mostraron una disminución significativa de pre a post ($t=11.00$; $P=.00$), y de pre a seguimiento 1 ($t=8.965$; $P=.00$). Este comportamiento fue muy similar al observado en las demás escalas*.

El comportamiento de la escala en la submuestra que se evaluó después de dos años (figura 2) también fue muy parecido al del grupo total y a las otras escalas (datos aún sin publicar). El MANOVA para medidas repetidas mostró diferencias significativas al interior de los grupos ($F=13.319$; $P=.00$), pero no dentro de las condiciones ($F=.287$; $P=.835$). Las comparaciones *Post Hoc* con la corrección de Bonferroni mostraron una disminución significativa de pre a post ($t=5.90$; $P=.00$), de pre a seguimiento 1 ($t=4.53$; $P=.00$) y, aunque hubo una reducción de pre a seguimiento 2, esta no fue significativa ($t=2.281$; $P=.08$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que el MHI-5 es un instrumento confiable y válido para la medición de la depresión en mujeres que acuden a centros comunitarios de salud mental y al primer nivel de atención. Cabe resaltar la elevada consistencia interna obtenida, ya que a pesar de ser un instrumento de sólo 5 reactivos, ésta se encontró dentro del rango considerado como adecuado (20). Por otro lado, la validez del MHI-5 como instrumento de tamizaje quedó demostrada con la elevada sensibilidad observada; es evidente que con los puntos de corte recomendados por los autores del instrumento, la posibilidad de falsos negativos es casi nula. La aparente baja especificidad merece un comentario. El MHI-5 no es un instrumento específico para detectar la depresión; de acuerdo a Berwick y cols. (4) detecta

* 1 US Dollar: 10 pesos mexicanos.

* Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L: Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry*. (En prensa).

CUADRO 4
Correlaciones del MHI-5 con las demás escalas

		Síntomas de depresión (CES-D)	Somatización (SCL-90)	Síntomas de Ansiedad (SCL-90)	Autoestima (Coopersmith)	Depresión (DSM-III-R)
Pre-evaluación n = (254)	R (p)	.757 (.00)	.538 (.00)	.594 (.00)	-.616 (.00)	.502 (.00)
Post-evaluación n = (154)	R (p)	.695 (.00)	.430 (.00)	.469 (.00)	-.552 (.00)	No se aplicó
Seguimiento 1 n = (134)	R (p)	.800 (.00)	.659 (.00)	.679 (.00)	-.581 (.00)	.664 (.00)
Seguimiento 2 n = (39)	R (p)	.745 (.00)	.669 (.00)	.631 (.00)	-.615 (.00)	.542 (.00)

igualmente 5 grupos diagnósticos: 1) cualquier trastorno actual, excepto dependencia al tabaco o disfunción psicosexual, diagnosticado por la Entrevista Diagnóstica del Instituto Nacional de Salud Mental (DIS por sus siglas en inglés) (23); 2) el grupo de diagnóstico del Cuestionario General de Salud (depresión mayor, trastorno distímico, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y reacción de duelo); 3) trastornos afectivos que incluyen depresión mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar, reacción de duelo y trastorno bipolar atípico; 4) trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia, fobia social, fobia simple, y agorafobia con crisis de pánico; 5) depresión mayor.

Como se anotó en la sección de Metodología, uno de los criterios de exclusión fue la presencia de un trastorno bipolar que se evaluó mediante el SCID, sin embargo, no se hizo el diagnóstico de otros trastornos como el de ansiedad generalizada y la reacción de duelo que también se detectan con el MHI-5. Es

evidente que la inclusión de estos diagnósticos disminuiría el número de falsos positivos y por lo tanto elevaría la especificidad del instrumento.

Una característica poco frecuente en instrumentos breves es la sensibilidad al cambio, que constituye un indicador de validez predictiva. El MHI-5 demostró ser sensible al cambio producido por una intervención, en la misma medida en que lo son otros instrumentos con mayor número de reactivos, lo que apoya la utilidad de este instrumento.

Además de las características psicométricas, se deben resaltar otras dos características esenciales de este instrumento: 1) brevedad y 2) autoaplicabilidad. En las circunstancias en las que actualmente se tiende a tratar la depresión es evidente que dichas características hacen que este instrumento sea particularmente útil en la evaluación de dicho trastorno, ya que para algunos autores, más que las características psicométricas, la “sensatez” de un instrumento es lo que determina el empleo del mismo (10). Aunque también se ha mencionado lo que algunos autores llaman “los pecados de las formas breves” (27) consideramos que

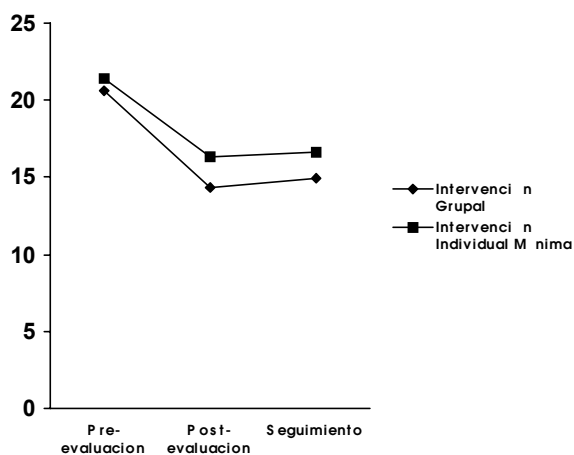


Fig. 1. Cambios en el MHI-5 en una intervención psicoeducativa (N=135).

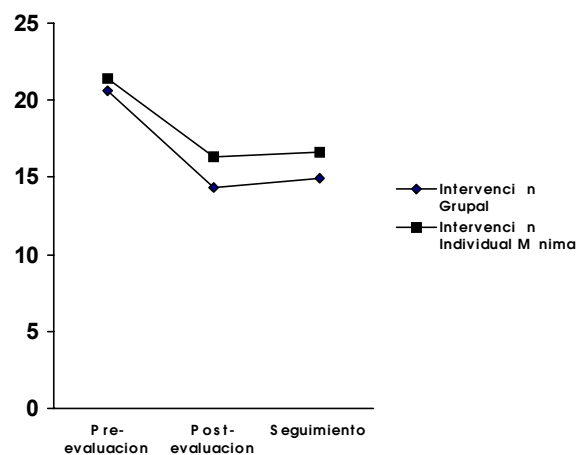


Fig. 2. Cambios en el MHI-5 en una intervención psicoeducativa. (Submuestra n = 39).

en un trastorno tan frecuente como la depresión, que responde además, como en el presente caso, tanto a las intervenciones psicosociales como a las farmacológicas, las ventajas de las formas breves superan ampliamente a sus desventajas.

Debido a que el instrumento sólo se empleó en mujeres, los datos de validez y confiabilidad pudieran no ser generalizables a una población en la que se incluya a hombres, aunque los autores del instrumento no señalan diferencias entre uno y otro sexo en cuanto a las características psicométricas del instrumento.

Cabe resaltar que en este estudio se incluyó no solamente a mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo de acuerdo al DSM-III-R sino también a aquellas con síntomas de depresión calificados como moderados o severos de acuerdo al CES-D, lo que permitió contar con un espectro depresivo amplio y hacer más evidente la sensibilidad al cambio propia del instrumento. Podemos concluir que nuestros resultados apoyan la consistencia y validez del MHI-5 como instrumento de tamizaje y como método para la evaluación de intervenciones.

Agradecimientos

Este proyecto fue parcialmente financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT). Proyecto 26026-H. Agradecemos la colaboración de los Centros Comunitarios de Salud Mental Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc y al Centro de Salud José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud y de las psicólogas Maricarmen Acevedo y Socorro Luna.

REFERENCIAS

1. BECH P, RAFAELSEN OJ: The use of rating scales exemplified by comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen melancholia scale. *Acta Psychiatr Scand*, 62(Supl 285):128-132, 1980.
2. BECK AT, BECK RW: Screening depressed patients in family practice: a rapid technic. *Postgrad Med*, 52:81-85, 1972.
3. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK JE, ERBAUGH J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571, 1961.
4. BERWICK DM, MURPHY JM, GOLDMAN PA, WARE JE, BARSKY J, WEINSTEIN MC: Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29(2):169-176, 1991.
5. BULBENA VA, BERRIOS GE, PFDL, EDS: *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Masson, Barcelona, 2000.
6. CARROLL BJ, FEINBERG M, SMOUSE PE, RAWSON SG, GREDEN JF: The Carroll Rating Scale for Depression: I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry*, 138:194-200, 1981.
7. COOPERSMITH S: *The Antecedents of Self-esteem*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1981.
8. CROWN S, CRISP AH: A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients: the Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ). *Br J Psychiatry*, 112:917-923, 1966.

9. DEROGATIS LR: *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures: Manual 1*. Clinical Psychometric Research. Baltimore, 1977.
10. FEINSTEIN AR: *Clinometrics*. Yale University Press, New Haven, 1980.
11. FIRST MB, SPITZER RL, GIBBON M, y cols.: *User's Guide for the Structure Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders (Clinical Version)*. American Psychiatric Press, Washington, 1995.
12. GOLDBERG DP: *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press, Maudsley Monograph No. 21, Londres, 1972.
13. HAMILTON M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg*, 23:56-62, 1960.
14. KRAMER TL, SMITH GR: Tools to improve the detection and treatment of depression in primary care. En: Maruish ME (ed.) *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 463-490, Mahwah, 2000.
15. LARA CMA, VERDUZCO MA, ACEVEDO M, CORTES J: Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos, en Población Mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2):247-255, 1993.
16. *Manual de Mediciones en Psiquiatría*. Asociación Psiquiátrica Americana. Washington, 2000.
17. MEAKIN C: Screening for depression in the medically ill. *Br J Psychiatry*, 160:212-216, 1992.
18. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en una población urbana mexicana, resultados de un estudio nacional. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 3:48-55, 1992.
19. MONTGOMERY SA, ASBERG M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*, 134:382-389, 1979.
20. NUNNALLY JC: *Psychometric Theory*. Segunda edición. McGraw Hill, Nueva York, 1978.
21. RADLOFF LS: The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1:385-401, 1977.
22. RASKIN A, SCHULTERBRANDT JG, REATING N: Differential response to chlorpromazine, imipramine, and placebo: a study of subgroups of hospitalized depressed patients. *Arch Gen Psychiatry*, 23:164-173, 1970.
23. ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN J y cols.: National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry*, 38:381-389, 1981.
24. RUSH AJ, GILES DE, SCHLESSER MA y cols.: The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS) preliminary findings. *Psychiatry Res*, 18:65-87, 1985.
25. SALGADO DE SNYDER N, MALDONADO M: Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México*, 36(2):200-209, 1994.
26. SILVERSTONE OH: Concise assessment for depression (CAD): A brief screening approach to depression in the medically ill. *J Psychosom Res*, 41(2):161-170, 1996.
27. SMITH GT, MCCARTHY DM, ANDERSON KG: On the sins of short-form development. *Psychological Assessment*, 12(1):102-111, 2000.
28. SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M: *Guía del Usuario para La Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R*. Departamento de Psiquiatría, Investigaciones Biomédicas de la Universidad de Columbia, Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York. American Psychiatric Press, Inc. Washington, 1988.
29. SPITZER RL, WILLIAMS JBW, KROENKE K y cols.: Utility

- of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The prime-md 1000 study. *Jama*, 272:1749-1756, 1994.
30. VEIT CT, WARE JE JR: The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51:730, 1983.
 31. WARE JE, JOHNSTON SA, DAVIES-AVERY A y cols.: Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Experiment. Vol III: *Mental Health*. R-1987/e-HEW. The Rand Corporation, Santa Monica, 1979.
 32. WING JK, BABOR T, BRUGHHA T y cols.: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 47:589-593, 1990.
 33. ZIGMOND AS, SNAITH RP: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-370, 1983.
 34. ZUNG WWK: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12:63-70, 1965.