

Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente

*Parte I: Factores de riesgo, tamización, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de depresión**

Carlos Gómez-Restrepo¹
Adriana Patricia Bohórquez
Peñaranda²
Jenny García Valencia³
Maritza Rodríguez Guarín⁴

Eliana Bravo Narváez⁵
Luis Eduardo Jaramillo⁶
Carlos Alberto Palacio Acosta⁷
Ricardo Sánchez Pedraza⁸
Sergio Mario Castro Díaz⁹

* La Guía de Atención Integral completa fue desarrollada por el grupo que aparece en el anexo de este artículo. Este artículo-resumen fue redactado por los integrantes del grupo que se mencionan bajo el título. **Financiación:** El desarrollo de la Guía de Atención Integral fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), mediante Contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Convocatoria 500 de 2009 de Colciencias (*Conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) Basadas en Evidencia*), fue elegido por el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, el proyecto fue liderado por la Pontificia Universidad Javeriana, en alianza con la Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia (Alianza CINETS).

¹ Médico psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, Psiquiatra de Enlace, Psicoanalista, profesor titular Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, director Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Director GAI Depresión, codirector CINETS, Bogotá, Colombia.

² Médica psiquiatra, Maestría Epidemiología Clínica, profesora Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Coordinadora GAI Depresión, Bogotá, Colombia.

³ Médica psiquiatra, MSc, PhD Epidemiología, profesora Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁴ Médica psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, profesora Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁵ Médica, residente de tercer año, asistente de investigación, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁶ Médico psiquiatra, MSc Farmacología, profesor titular Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, delegado Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá, Colombia.

⁷ Médico psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, profesor titular Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

⁸ Médico psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, profesor titular Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: La depresión ocupa un lugar importante como causa de morbilidad y discapacidad en el mundo; sin embargo, es subdiagnosticada en todos los niveles de atención. El objetivo es presentar las recomendaciones basadas en la evidencia que surgieron como respuesta a una serie de preguntas clínicas respecto a los factores de riesgo, tamizaje, diagnóstico y evaluación de riesgo de suicidio en pacientes con episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente, haciendo hincapié en su enfoque en el nivel de cuidado primario, con el fin de brindar parámetros de atención en salud basados en la mejor y más actualizada evidencia disponible para lograr los estándares mínimos de calidad en el abordaje de adultos con dichos diagnósticos. **Método:** Se elaboró una guía de práctica clínica bajo los lineamientos de la Guía Metodológica del Ministerio de la Protección Social. Se adaptaron y actualizaron las recomendaciones de las guías NICE90 y CANMAT para las preguntas que estas guías contestaban y se desarrollaron *de novo* para las preguntas no encontradas. **Resultados:** Se presentan las recomendaciones 1-22 correspondientes a tamización, riesgo de suicidio y diagnóstico de la depresión. Se incluye el grado de recomendación correspondiente.

Palabras clave: Guía de práctica clínica, trastorno depresivo, tamizaje, factores de riesgo, suicidio.

Integral Care Guide for Early Detection and Diagnosis of Depressive Episodes and Recurrent Depressive Disorder in Adults. Integral Attention of Adults with a Diagnosis of Depressive Episodes and Recurrent Depressive Disorder

Part I: Risk Factors, Screening, Suicide Risk Diagnosis and Assessment in Patients with a Depression Diagnosis

Abstract

Introduction: Depression is an important cause of morbidity and disability in the world; however, it is under-diagnosed at all care levels. **Objective:** The purpose here is to present recommendations based on the evidence gathered to answer a series of clinical questions concerning risk factors, screening, suicide risk diagnosis and evaluation in patients undergoing a depressive episode and recurrent depressive disorder. Emphasis has been made upon the approach used at the primary care level so as to grant adult diagnosed patients the health care guidelines based on the best and more updated evidence available thus achieving minimum quality standards. **Methodology:** A practical clinical guide was elaborated according to standards of the Methodological Guide of the Ministry of Social Protection. Recommendation from guides NICE90 and CANMAT were adopted and updated so as to answer the questions posed while *de novo* questions were developed. **Results:** Recommendations 1-22 corresponding to screening, suicide risk and depression diagnosis were presented. The corresponding degree of recommendation is included.

Key words: Practice guideline, depressive disorder, screening, risk factors, suicide.

Introducción

La depresión es un trastorno mental con tendencia episódica y recurrente, caracterizado por la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, disminución del interés en actividades usual-

⁹ Médico residente Psiquiatría, asistente de investigación, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

mente placenteras) acompañados, en mayor o menor medida, por síntomas cognoscitivos, somáticos y psicomotores (1,2). Los factores de riesgo implican tanto condiciones genéticas como ambientales, considerando que los factores estresantes ambientales solo pueden entenderse en el contexto de su interacción con la predisposición biológica subyacente (3). El conocimiento de los factores de riesgo de depresión por parte del personal de salud clínico, permite detectar poblaciones vulnerables en la consulta que requieran una valoración detallada de su salud mental (4). Existe evidencia de que la capacidad de los médicos de cuidado primario para realizar diagnósticos adecuados de depresión varía entre los países, la sensibilidad oscila entre el 31,5 % y el 75,5 % y la especificidad entre el 61 % y el 93,7 % (5). En Colombia, en un reporte sobre exactitud en el diagnóstico realizado por médicos de cuidado primario, antes de un entrenamiento en trastornos depresivos, la sensibilidad fue del 60 % (IC95 %: 43,3-75,1) y la especificidad fue de 46,8 % (IC95 %: 37,3-56,5); con estos resultados se puede suponer que en los centros de cuidado primario en Colombia puede existir un subdiagnóstico de este trastorno (6).

Otro factor que influye en las dificultades en el reconocimiento o tratamiento de la depresión en cuidado primario es que los pacientes deprimidos suelen consultar a

menudo por síntomas somáticos vagos en lugar de quejas abiertas de depresión (7). Entre un 45 % y un 95 % de los pacientes con trastornos depresivos consultan principalmente por síntomas somáticos y no de tipo psiquiátrico, con variaciones importantes dependiendo del país en que se evalúe esta cuestión (8). Los pacientes con depresión no reconocida suelen consultar a medicina general de forma repetida, generando un alto costo al sistema de salud (9).

Por lo anterior, la tamización o criba es considerada una medida preventiva cuyo propósito es disminuir las complicaciones de las patologías y la mortalidad y aumentar la calidad de vida (10,11). En la aplicación de las escalas para tamización de la depresión en cuidado primario es importante establecer cuál es la utilidad de las mismas en términos de diagnósticos realizados correctamente, tratamientos recibidos y modificación de los desenlaces de la depresión a partir de consideraciones como la prevalencia de la depresión, el curso de la enfermedad y los desenlaces críticos como son remisión, recurrencias, conductas suicidas y calidad de vida (12). Otro aspecto para tener en cuenta es que una vez se sospecha la enfermedad a partir del tamizaje y se confirma, se debe tomar la decisión de una intervención terapéutica que implica tanto beneficios como riesgos para los pacientes que la reciben (13).

En el proceso diagnóstico es importante apreciar que la depre-

sión cursa, además de los síntomas vagos, con un conjunto heterogéneo de síntomas: cognitivos, somáticos, conductuales y afectivos. Estos síntomas son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, los más utilizados en la práctica clínica son las clasificaciones CIE 10 y DSM-IV-TR (14). La detección de la depresión y la estratificación de su severidad permiten al clínico tomar decisiones en el manejo, definir la necesidad de iniciar el tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico, la remisión a atención por personal especializado, la indicación de hospitalización, etcétera. (15). Otro aspecto relevante es la consideración de diagnósticos diferenciales con otros trastornos mentales y no mentales, ya que no hacerlo puede significar dejar de tratar enfermedades que lo requieren o retardar el inicio del tratamiento antidepressivo (16).

En cuanto a la evaluación de riesgo suicida, se considera que el suicidio es la principal emergencia para un profesional de la salud mental y es la complicación más seria de la depresión (17). La conducta suicida es el resultado de un gran número de factores complejos que se agrupan en diferentes áreas: demográficos, psicopatológicos, de la salud, sociales, familiares y económicos. Evaluar el riesgo suicida en el mundo es una tarea compleja y difícil (18). No es posible predecir con alto nivel de precisión quién cometerá suicidio; por esto, algunos investigadores

han desarrollado instrumentos de medición para establecer el riesgo de suicidio dada la complejidad del fenómeno y los retos metodológicos que implican su estudio.

Metodología

Para la realización de la GAI basada en evidencia se utilizaron los pasos propuestos en el documento *Guía Metodológica para la elaboración de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano*, y se hicieron modificaciones y adaptaciones que se explican en el reporte extenso.

En general, se realizaron los siguientes pasos:

Conformación de un grupo multidisciplinario para elaborar las guías, con expertos metodológicos y expertos de contenido (académicos de las universidades participantes y especialistas miembros de las sociedades científicas pertinentes), así como representantes de los usuarios y de los pacientes. El grupo se estandarizó y recibió capacitación básica en la elaboración de guías, por parte de los expertos metodológicos vinculados al proyecto. El grupo desarrollador de cada guía (fuerza de tarea) estuvo compuesto por un núcleo de expertos metodológicos y sus asistentes, y un grupo, más amplio, de expertos de

contenido, usuarios y representantes de pacientes. Cada parte llevó a cabo labores específicas.

Una vez estandarizado, el grupo refinó y validó las preguntas clínicas objeto de la guía. El núcleo de expertos metodológicos hizo revisiones sistemáticas de la evidencia disponible y evaluó las guías pertinentes identificadas en la literatura científica con el fin de decidir, para cada pregunta, si se adopta con ella alguna recomendación, o si se actualiza y adapta a una recomendación ya existente (metodología ADAPTE modificada), o bien, si se desarrollan recomendaciones *de novo*. En caso de generar recomendaciones *de novo* se realizó una síntesis de la evidencia, se elaboraron tablas de evidencia y, en conjunto con la fuerza de tarea en pleno, se formularon las recomendaciones basadas en evidencia. Para preguntas cuidadosamente seleccionadas y priorizadas se llevó a cabo una evaluación económica, con la asesoría y la participación de expertos en economía clínica vinculados al equipo, y siguiendo las recomendaciones que hace la *Guía Metodológica*.

Los resultados de cada etapa (formulación de preguntas, formulación de recomendaciones, evaluación económica) se sometieron a procesos de socialización y de legitimación por parte de los pares y de la comunidad. La guía completa contiene los siguientes productos: documentación del proceso; recomendaciones basadas en evidencia, con sus anexos (incluidas tablas de evidencia); evaluación económica

(modelo empleado, si se hizo *de novo*; o proceso de adaptación, si se realizó); versión para pacientes y observaciones sobre la *Guía Metodológica*. Para obtener la metodología ampliada dirigirse a la página web del Ministerio de Salud y Protección Social <http://www.minsalud.gov.co> y ver *Guía Metodológica* para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (tabla 1).

Para facilitar la lectura del artículo, se utilizarán las siguientes convenciones:

Nombre	Convención
Recomendación fuerte a favor de la intervención	↑↑
Recomendación débil a favor de la intervención	↑
Recomendación débil en contra de la intervención	↓
Recomendación fuerte en contra de la intervención	↓↓
Punto de buena práctica	✓
Por Consenso de expertos	CE

A continuación se definen:

Punto de buena práctica	Afirmaciones sobre manejos específicos que son ampliamente aceptadas por la comunidad científica y que no requieren de búsqueda de evidencia empírica y soporte de la recomendación.
Por consenso de expertos	En los casos en que no existía evidencia suficiente o esta era equívoca, se generaron recomendaciones por consenso de los expertos participantes en la fuerza de tarea.



Tabla 1. Implicaciones de los dos grados de la fuerza de recomendación para el sistema GRADE

Grupo de usuarios	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Pacientes	La gran mayoría de las personas en su situación querrán el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no querrá utilizarla.	Una parte importante de las personas en su situación querrán utilizar el curso de acción recomendado, pero muchas no querrán utilizarla.
Clínicos	La mayoría de los pacientes deberían recibir el curso de acción recomendado.	Reconozca que diferentes opciones pueden ser apropiadas para diferentes pacientes y debe hacer un esfuerzo adicional para ayudar al paciente a tomar decisiones de manejo consistentes con sus propios valores y preferencias; las ayudas para la toma de decisiones y la toma de decisiones compartidas pueden ser particularmente útiles.
Trazadores de políticas	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.	La formulación de políticas requiere de debate y participación de varios grupos de interés.

Resultados

En el artículo se emplea el término “depresión” para referirse al episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (CIE-10) o su equivalente episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor (DSM-IV). No incluye distimia o depresión subclínica.

A continuación presentamos las recomendaciones de acuerdo con los capítulos de la Guía realizada:

Aspecto 1. Tamización y detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente del adulto

1. *Detección de factores de riesgo*
 - Cuando evalúe cualquier paciente adulto en consulta clínica

debe considerar que quienes tienen mayor riesgo de presentar un episodio depresivo son: (↑↑)

- Personas con historia previa de episodio depresivo.
- Historia familiar de depresión.
- Personas con problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes.
- Abuso y dependencia de sustancias incluyendo alcohol y cigarrillo.
- Personas que consultan con frecuencia al sistema de salud.
- Personas con enfermedades médicas crónicas especialmente cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos).

- Otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad).
- Épocas de cambios hormonales (embarazo y menopausia).
- Historia de intentos de suicidio.
- Sedentarismo.
- Para la confirmación del diagnóstico de depresión use los criterios de la clasificación internacional de enfermedades 10 edición (CIE-10).

Tabla 2. Criterios de diagnóstico para episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente

2. Tamización

- En caso de encontrar uno o más factores de riesgo en el adulto, enumerados en la recomendación, debe proceder a realizar las siguientes preguntas específicas: (↑↑)

A. ¿Durante los últimos treinta días se ha sentido frecuentemente desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?
 B. ¿Durante los últimos treinta días ha sentido frecuentemente poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

- Si la respuesta del paciente a alguna de las dos preguntas de tamización fue afirmativa el médico debe confirmar el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente. (Ver tablas 2 y 3).
- En pacientes con dificultades de comunicación por ejemplo: deficiencias sensoriales o problemas de aprendizaje, haga las preguntas al familiar o cuidador.

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.



Los episodios depresivos se convierten en trastorno depresivo recurrente cuando, además del episodio actual, ha habido por lo menos un episodio depresivo leve, moderado o grave, separado del nuevo al menos por dos meses libres de cualquier otra alteración significativa del ánimo. Además de la ausencia de síntomas para llenar los criterios de episodio maniaco o hipomaniaco en cualquier periodo de la vida.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

3. Confirmación diagnóstica y diagnóstico diferencial

- El médico debe evaluar si el paciente adulto tiene depresión, usando los criterios de la CIE-10, en caso de que presente uno o más de los siguientes síntomas: (↑↑- **CE**)
 - Síntomas físicos inexplicables.
 - Dolor crónico.
 - Fatigabilidad.
 - Insomnio.
 - Ansiedad.
 - Uso de sustancias.

- En el proceso diagnóstico de la depresión en el adulto, el clínico debe considerar realizar el diagnóstico diferencial de enfermedades como: (↑↑ - **CE**)
 - Demencias.
 - Hipotiroidismo-hipertirodismo.
 - Cáncer de páncreas.
 - Enfermedad de Addison.

- Tumores cerebrales.
- Avitaminosis.
- Desnutrición.
- Fibromialgia.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Trastorno afectivo bipolar.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos de adaptación o ajuste.

- Ante los síntomas físicos inexplicables, dolor crónico y fatigabilidad el médico debe haber descartado previamente otras condiciones médicas que los puedan producir.
- El médico debe tener en cuenta que la presencia de las enfermedades o trastornos que cursan con síntomas depresivos no excluyen la posibilidad de que exista un episodio depresivo concurrente.
- Si el paciente tiene un episodio depresivo o un trastorno depresivo recurrente, el médico debe clasificar la severidad de la depresión de acuerdo con los criterios de severidad de la CIE-10 en leve, moderada o grave.

Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente *pérdida de autoestima* y *sentimientos de culpa e inutilidad*. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Aspecto 2. Detección de factores que incrementan el riesgo de suicidio en adultos con episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente

4. *Evaluación de riesgo de suicidio*

- El profesional de la salud debe evaluar el riesgo suicida a todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. En caso de encontrar que el paciente hizo un intento de suicidio o existe un riesgo de suicidio debe referir al paciente para atención psiquiátrica inmediata. (↑↑ - CE)

En la evaluación del riesgo suicida el profesional de la salud debe preguntar acerca de ideas, planes, gestos e intentos de suicidio o comportamientos de autoagresión, empleando las siguientes 6 preguntas: (↑↑ - CE)

Actualmente usted:

1. ¿Siente que vale la pena vivir?
2. ¿Desea estar muerto?
3. ¿Ha pensado en acabar con su vida?
4. Si es así, ha pensado ¿cómo lo haría? ¿qué método utilizaría?
5. ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan? En este punto explore si el paciente tiene a su alcance medios para concretar un acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad.
6. ¿Qué le impide hacerse daño?

- En todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente explore los siguientes factores (ver tabla 4) que aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de las respuestas a las preguntas planteadas en la recomendación previa. (↑↑)
- No se recomienda el uso de escalas que valoran el riesgo de suicidio. (↓↓)
 - Debe explicar al familiar o cuidador el riesgo existente.

Algoritmo

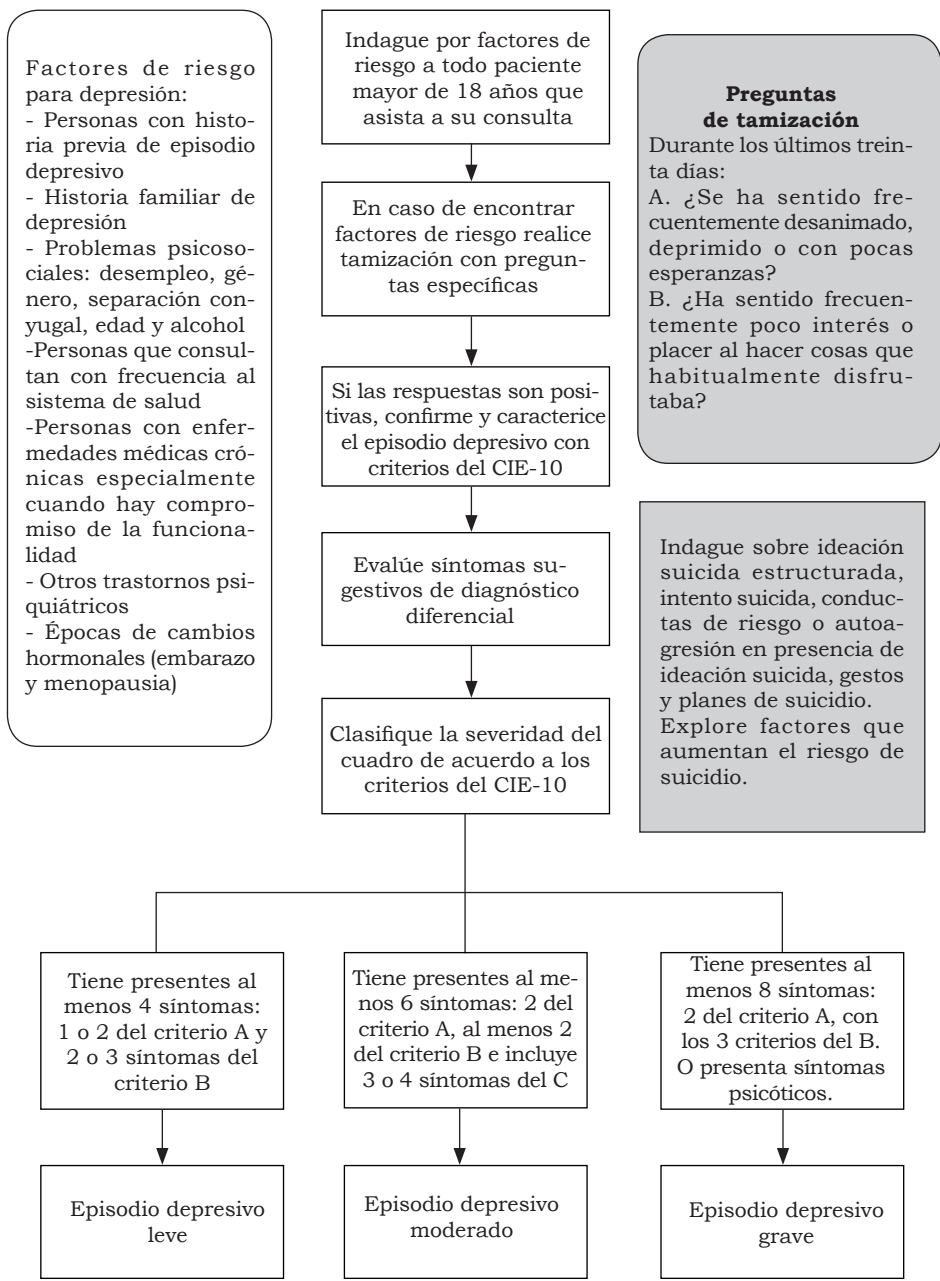


Tabla 4. Factores de riesgo de suicidio.

<p>Historia médica previa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de intentos previos • Un intento previo de alta letalidad o con métodos violentos (ahorcamiento, precipitación desde alturas, uso de armas de fuego, incineración) • Abuso o dependencia de sustancias • Trastorno de personalidad • Enfermedad física comórbida • Historia familiar de suicidio • Comorbilidad con trastornos de ansiedad • Antecedentes de hospitalización psiquiátrica 	<p>Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia (falta de placer) • Ansiedad severa • Ataques de pánico • Desesperanza • Insomnio • Pobre concentración • Psicosis
<p>Factores sociales-vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado) • Pérdida de un ser querido • Pobre red de apoyo • Vivir solo 	

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social y al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), por el financiamiento para el desarrollo de la guía mediante Contrato 126 de 2010 suscrito con la Pontificia Universidad Javeriana. Al personal de soporte administrativo para el desarrollo de la guía.

Referencias citadas

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Washington: APA; 2000.
2. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N. Factores de riesgos asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiq.* 1997;26:23-35.
3. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009;190 (7 Suppl):S54-60.
4. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panam Salud Pública.* 2004;16:378-86.
5. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011;61:72-80.
6. Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides M, et al. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Rev Col Psiquiatría.* 2007;34:439-50.
7. Ani C, Bazargan M, Hindman D, et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice.* 2008;9:1.
8. Goto F, Tsutsumi T, Oishi N, et al. Hidden depression in otolaryngology patients with medically unexplained symptoms. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;34:206-8.



9. Sugahara H, Akamine M, Kondo T, et al. Somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospital medical setting in Japan. *Psychiatry Res.* 2004;126:151-8.
10. Delgado Rodríguez M. Capítulo 1. Aspectos Generales del Cribado. En: Cerdá Mota T, Ascunce Elizaga N, García García A. Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. 3ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. España: EMISA; 2006. p. 9-28
11. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology; a basic science for clinical medicine.* 1st Ed. Boston: Little, Brown; 1985.
12. O Connor E, Whitlock E, Bell TL, et al. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009;151:793-803.
13. Papassotiropoulos A, Heun R. Screening for depression in the elderly: a study on misclassification by screening instruments and improvement of scale performance. *Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 1999;23:431-46.
14. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: WHO; 1992.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression. The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults.* London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2010.
16. Guelfi JD, Rousseau C, Lancrenon S. Depression and associated organic diseases: are there any specific depressive symptoms? Results from the dialogue-2 survey. *Eur Psychiatry.* 2004;19:446-9.
17. González A, Rodríguez A, Aristizábal A, et al. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Col Psiquiatría.* 2010;39:251-67.
18. Darke S, Duflo J, Torok M. Toxicology and circumstances of completed suicide by means other than overdose. *J Forensic Sci.* 2009;54:490-4.

Referencias consultadas para la elaboración de las recomendaciones

- Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affect Disord.* 2006;96:89-93.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th Ed. Washington: APA; 2000.
- Ani C, Bazargan M, Hindman D, et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice.* 2008;9:1.
- Aragonés E, Labad A, Piñol JL, et al. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res.* 2005;58:145-51.
- Aristizábal Gaviria A, González Morales A, Palacio Acosta C, et al. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Col Psiquiatría.* 2009;38:446-63.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med.* 2010;8:348-53.
- Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: Diagnostic validity study. *BMJ.* 2005;331:884.
- Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ.* 2003;327:1144-6.
- Arthur A, Jagger C, Lindesay J, et al. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14:431-9.
- Azah N, Shah M, Juwita S, et al. Validation of the Malay version brief patient health

- questionnaire (PHQ-9) among adult attending family medicine clinics. *Int Med J.* 2005;12:259-63.
- Barcelós-Ferreira R, Izbicki R, Steffens D, et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatrics.* 2010;22:712-26.
- Beblo T, Driessen M. No melancholia in poststroke depression? A phenomenologic comparison of primary and poststroke depression. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2002;15:44-9.
- Bellon JA, Luna JD, King M, et al. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychological Medicine.* 2011;41:2075-88.
- Bergus GR, Hartz AJ, Noyes R Jr, et al. The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. *J Rural Health.* 2005;21:303-9.
- Blank K, Gruman C, Robison JT. Case-finding for depression in elderly people. Balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontology.* 2004;59A:378-84.
- Bolton M, Pagura J, Enns M, et al. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010;44:817-26.
- Bosmans J, de Bruijne M, van Hout H, et al. Cost-effectiveness of a disease management program for major depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2006;21:1020-6.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC.* 2011;26:90.
- Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Bethesda: National Institute of Mental Health; 2000.
- Burke WJ, Nitcher RL, Roccaforte WH, et al. A prospective evaluation of the Geriatric Depression Scale in an outpatient geriatric assessment center. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40:1227-30.
- Caballero L, Aragonés E, García-Campayo J, et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics.* 2008;49:520-9.
- Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:839-46.
- Carrete P, Augustovski F, Gimpel N, et al. Validation of a telephone-administered geriatric depression scale in a hispanic elderly population. *J Gen Intern Med.* 2001;16:446-50.
- Centers for Disease Control and Prevention. Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS) [internet]. 2011 [citado: 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.cdc.gov>.
- Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008;23:25-36.
- Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust.* 2009;190:S54-60.
- Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000;22:445-51.
- Colman I, Naicker K, Zen Y, et al. Predictors of long-term prognosis of depression. *CMAJ.* 2011;183:1969-76.
- Connor E, Whitlock E, Bell T L, et al. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009;151:793-803.
- Corapcioglu A, Ozer GU. Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2004;8:11-8.
- Costa E, Barreto SM, Uchoa E, et al. Is the GDS-30 better than the GHQ-12 for screening depression in elderly people in the community? The Bambui Health



- Aging Study (BHAS). *Int Psychogeriatr*. 2006;18:493-503.
- Cullum S, Tucker S, Todd C, et al. Screening for depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:469-76.
- Darke S, Duflou J, Torok M. Toxicology and circumstances of completed suicide by means other than overdose. *J Forensic Sci*. 2009;54:490-4.
- D'Ath P, Katona P, Mullan E, et al. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Pract*. 1994;11:260-6.
- Delgado Rodríguez M. Capítulo 1. Aspectos Generales del Cribado. En: Cerdá Mota T, Ascunce Elizaga N, García García A. Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. 3ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. España: EMISA; 2006. p. 9-28
- Desseilles M, Perroud N, Guillaume S, et al. Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales? *Affect Disord*. 2012;136:398-404.
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, et al. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63:679-86.
- Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the Depression and Early Prevention of Suicide in General Practice Project. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:262-71.
- Dunn VK, Sacco WP. Psychometric evaluation of the Geriatric Depression Scale and the Zung Self-rating Depression Scale using an elderly community sample. *Psychol Aging*. 1989;4:125-6.
- Dutton GR, Grothe KB, Jones GN, et al. Use of the Beck Depression Inventory-II with African American primary care patients. *Gen Hosp Psychiat*. 2004;26:437-42.
- Eack S, Greeno C, Lee BJ. Limitations of the patient health questionnaire in identifying anxiety and depression in community mental health: many cases are undetected. *Res Soc Work Pract*. 2006;16:625-31.
- Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, et al. Development and psychometric evaluation of the reason for living – older adult scale: a suicide risk assessment inventory. *Gerontologist*. 2009;49:736-45.
- Evans S, Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*. 1993;4:327-33.
- Fassbender K, Samborsky W, Kellner M, et al. Tender points, depressive and functional symptoms: comparison between fibromyalgia and major depression. *Clin Rheumatol*. 1997;16:76-9.
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:260-6.
- Fernández-San Martín MI, Andrade-Rosa C, Molina JD, et al. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:279-87.
- Fischer JE, Bachmann LM, Jaeschke R. A readers' guide to the interpretation of diagnostic test properties: clinical example of sepsis. *Intensive Care Med*. 2003;29:1043-51.
- Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric properties of the 15-item Geriatric Depression Scale in functionally impaired, cognitively intact, community dwelling elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1570-6.
- García J, Palacio C, Vargas G, et al. Validación del inventario razones para vivir (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Rev Col Psiquiatría*. 2009;38:66-84.
- Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Practice*. 2007;57:650-2.
- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27:191-7.
- Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, et al. Prevalencia de depre-

- sión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;16:378-86.
- Gómez-Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides M, et al. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Rev Col Psiquiatría*. 2007;34:439-50.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Rev Col Psiq*. 1997;26:23-35.
- González A, Rodríguez A, Aristizábal A, et al. Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Rev Col Psiquiatría*. 2010;39:251-67.
- Goto F, Tsutsumi T, Oishi N, et al. Hidden depression in otolaryngology patients with medically unexplained symptoms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;34:206-8.
- Gudmundsson P, Andersson S, Gustafson D, et al. Depression in Swedish women: relationship to factors at birth. *Eur J Epidemiol*. 2011;26:55-60.
- Guelfi JD, Rousseau C, Lancrenon S. Depression and associated organic diseases: are there any specific depressive symptoms? Results from the dialogue-2 survey. *Eur Psychiatry*. 2004;19:446-9.
- Hahn D, Reuter K, Harter M. Screening for affective and anxiety disorders in medical patients: Comparison of HADs, GHQ-12 and brief-PHQ. *GMS Psycho-Social-Medicine*. 2006;306:1-11.
- Han C, Jo SA, Kwak JH, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Compr Psychiatry*. 2008;49:218-23.
- Haughey MT, Calderon Y, Torres S, et al. Identification of depression in an inner-city population using a simple screen. *Acad Emerg Med*. 2005;12:1221-6.
- Hawk C, Jason LA, Torres-Harding S. Differential diagnosis of chronic fatigue syndrome and major depressive disorder. *Int J Behav Med*. 2006;13:244-51.
- Henkel V, Mergl R, Coyne JC, et al. Screening for depression in primary care: will one or two items suffice? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;254:215-23.
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Use of brief depression screening tools in primary care: consideration of heterogeneity in performance in different patient groups. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26:190-8.
- Henkel V, Mergl R, Kohnen R, et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. 2003;326:200-1.
- Holi M, Pelkonen M, Karlsson L, et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry*. 2005;5:8.
- Holma KM, Melartin TK, Haukka J, et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010;167:801-8.
- Howe A, Bath P, Goudie F, et al. Getting the questions right: an example of loss of validity during transfer of a brief screening approach for depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:650-5.
- Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:1570-6.
- Hübner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U, et al. Reducing suicides through an alliance against depression? *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:514-8.
- Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Soc Sci Med*. 2011;73:1627-34.
- Jongenelis K, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:837-42.
- Kendler KS, Gardner CO. Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression. The problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1120-7.



- Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord*. 2009;117(Suppl 1):S1-64.
- Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, et al. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence e Evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res*. 2012;46:436-43.
- King C, Jason L. Improving the diagnostic criteria and procedures for chronic fatigue syndrome. *Biol Psychology*. 2005;68:87-106.
- Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, et al. Can case-finding instruments be used to improve physician detection of depression in primary care? *Arch Fam Med*. 1997;6:567-73.
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Int Med*. 2001;16:613.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;41:1284-92.
- Laprise R, Vezina J. Diagnostic performance of the Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory with nursing home residents. *Can J Aging*. 1998;17:401-13.
- Lawrie S, McHale S, Cavanagh J, et al. The difference in patterns of motor and cognitive function in chronic fatigue syndrome and severe depressive illness. *Psychol Med*. 2000;30:433-42.
- Li C, Friedman B, Conwell Y, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:596-602.
- Lipsey J, Spencer W, Rabins P, et al. Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiatry*. 1986;143:527-9.
- Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46.
- Lowe B, Grafe K, Zipfel S, et al. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the patient health questionnaire. *Psychother Psychosom*. 2004;73:389-90.
- Lowe B, Kroenke K, Grafe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res*. 2005;58:163-71.
- Lowe B, Spitzer R, Grafe K, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*. 2004;78:140.
- Lucas M, Mekary R, Pan A, et al. Relation between clinical depression risk and physical activity and time spent watching television in older women: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2011;174:1017-27.
- Lucas M, Mirzaei F, Okereke O, et al. Coffee, caffeine, and risk of depression among women. *Arch Intern Med*. 2011;171:1571-8.
- Lund R, Nielsen KK, Hansen DH, et al. Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *Eur J Public Health*. 2008;19:111-6.
- Lyness JM, Noel TK, Cox C, et al. Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Intern Med*. 1997;157:449-54.
- Lyness JM, Yu Q, Tang W, et al. Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1375-83.
- Magni G, Schifano F, de Leo D. Assessment of depression in an elderly medical population. *J Affect Disord*. 1986;11:121-4.
- MaGPIe Research Group. The effectiveness of case-finding for mental health problems in primary care. *Br J Gen Pract*. 2005;55:665-9.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:914-21.
- Maselko J, Gilman SE, Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychol Med*. 2009;39:1009-17.

- McGivney SA, Mulvihill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:490-2.
- Means-Christensen AJ, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, et al. Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28:108-18.
- Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, et al. Using sickness absence records to predict future depression in a working population: prospective findings from the GAZEL cohort. *Am J Public Health.* 2009;99:1417-22.
- Mitchell A, Bird V, Rizzo M, et al. 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.
- Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011;61:72-80.
- Miyoshi K. Depression associated with physical illness. *JMAJ.* 2001;44:279-82.
- Mondimore FM. *Depression, the mood disease*, 3rd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2006.
- Moss-Morris R, Petrie KJ. Discriminating between chronic fatigue syndrome and depression: a cognitive analysis. *Psychol Med.* 2001;31:469-79.
- Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, et al. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res.* 2008;64:605-12.
- Nam Bae J, Cho MJ. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *J Psychosom Res.* 2004;57:297-305.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression. The NICE Guideline on the treatment and management of depression in adults (Updated Edition)* (National Clinical Practice Guideline 90. London: British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists; 2010.
- Neal RM, Baldwin RC. Screening for anxiety and depression in elderly medical outpatients. *Age Ageing.* 1994;23:461-4.
- Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psych Med.* 2010;40:41-50.
- Nyunta MSZ, Fonesb C, Nitia M et al. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging Ment Health.* 2009;13:376-82.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS.* Comunicado de prensa [internet]. 8 de septiembre de 2004 [citado: 30 de julio de 2012]. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>.
- Orth U, Robins RW, Maes J, et al. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol.* 2009;118:472-8.
- Osman A, Kopper BA, Linehan M, et al. Validation of the adult suicidal ideation questionnaire and the reasons for living inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychol Assess.* 1999;11:115-23.
- Palacio C, García J, Diago J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case-control study of psychological autopsy in a developing country. *Arch Suicide Res.* 2007;11:297-308.
- Papassotiropoulos A, Heun R. Screening for depression in the elderly: a study on misclassification by screening instruments and improvement of scale performance. *Neuro-Psychopharm Biol Psychiatry.* 1999;23:431-46.
- Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults.



- I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord.* 2009;117(Suppl 1):S5-14.
- Pfeiffer PN, Gancoczy D, Ilgen M, et al. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. *Depress Anxiety.* 2009;26:752-7.
- Phelan E, Williams B, Meeker K, et al. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Family Practice.* 2010;11:63.
- Pomeroy I, Clark C, Philp I. The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *Int J Geriatric Psychiatry.* 2001;16:321-6.
- Posada Villa JA, Aguilar Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Col Psiqu.* 2004;33:241-62.
- Reesal RT, Lam RW, CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of Management. *Can J Psychiatry.* 2001;46(Suppl 1):S21-8.
- Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:694-8.
- Robison J, Gruman C, Gaztambide S, et al. Screening for depression in middle-aged and older puertorican primary care patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57:308-14.
- Rost K, Nutting P, Smith J, et al. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quest intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. J Gen Intern Med.* 2001;16:143-9.
- Rost K, Nutting P, Smith JL, et al. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ.* 2002;325:934-7.
- Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, et al. A randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:166-74.
- Rueda-Sanchez M, Díaz-Martínez L, Rueda-Jaimes G. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Rev Col Psiquiatría.* 2008;37:159-68.
- Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology; a basic science for clinical medicine.* 1st Ed. Boston: Little Brown; 1985.
- Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, et al. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. *Salud Pública Mex.* 2008;50:447-56.
- Schein RL, Koenig HG. The center for epidemiological studies-depression (CES-D) scale: assessment of depression in the medically ill elderly. *Int J Geriatric Psychiatry.* 1997;12:436-46.
- Scheinthal SM, Steer RA, Giffin L, et al. Evaluating geriatric medical outpatients with the Beck Depression Inventory-FastScreen for medical patients. *Aging Ment Health.* 2001;5:143-8.
- Seemüller F, Riedel M, Obermeier M, et al. The controversial link between antidepressants and suicidality risks in adults: data from a naturalistic study on a large sample of in-patients with a major depressive episode. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2009;12:181-9.
- Shea Shawn C. *Psychiatric Interviewing. The art of understanding.* 2nd Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1998.
- Sherbourne CD, Wells KB, Duan N, et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58:696-703.
- 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.
- Sugahara H, Akamine M, Kondo T, et al. Somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospital medical setting in Japan. *Psychiatry Res.* 2004;126:151-8.

- Suthers KM, Gatz M, Fiske A. Screening for depression: A comparative analysis of the 11-item CES-D and the CIDI-SF. *J Mental Health Aging*. 2004;10.
- Ten Doerschate M, Bocking C, Koeter M, et al. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5 year prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:984-91.
- Thomas JL, Jones GN, Scarinci IC, et al. The utility of the CES-D as a depression screening measure among low-income women attending primary care clinics. *Int J Psychiatry Med*. 2001;31:25-40.
- Tuunainen A, Langer RD, Klauber MR, et al. Short version of the CES-D (Burnham screen) for depression in reference to the structured psychiatric interview. *Psychiatry Res*. 2001;103:261-70.
- Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96:254-9.
- van Marwijk HW, Wallace P, de Bock GH, et al. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract*. 1995;45:195-9.
- Vargas H, Matsuo T, Blay S. Validity of the geriatric depression Scale for patients seen at general outpatient clinics. *Clinical Gerontologist*. 2007;30.
- Viinamaki H, Niskanen L, Koskela K. General Health Questionnaire and Beck Depression Scale as screening methods for psychiatric morbidity among the unemployed. *Eur J Psychiatry*. 1995;9.
- Villalobos-Galvis. Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*. 2010;9:509-20.
- Vink D, Aartsen M, Comijs H, et al. Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9 year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17:642-52.
- Wada K, Tanaka K, Theriault G, et al. Validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a screening instrument of major depressive disorder among Japanese workers. *Am J Ind Med*. 2007;50:8-12.
- Watson LC, Lewis CL, Kistler CE, et al. Can we trust depression screening instruments in healthy 'old-old' adults? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19:278-85.
- Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:378-86.
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;283:212-20.
- Whitlock EP, O'Connor E, Beil T, et al. Screening for depression in adults and older adults in primary care: an updated systematic review. Agency for Healthcare Research and Quality [internet]. 2009 [citado: 23 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspssaddepr.htm>
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12:439-45.
- Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2000;15:293-300.
- Williams JW Jr, Mulrow CD, Kroenke K, et al. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med*. 1999;106:36-43.
- Wittkampf K, van Ravesteijn H, Baas K, 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.
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: World Health Organization; 1992.
- Yeung A, Fung F, Yu SC, et al. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for depression screening among Chinese Americans. *Compr Psychiatry*. 2008;49:211-7.
- Yeung A, Howarth S, Chan R, et al. Use of the Chinese version of the Beck Depression Inventory for screening



- depression in primary care. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:94-9.
- Zich JM, Attkisson CC, Greenfield TK. Screening for depression in primary care clinics: The CES-D and the BDI. *Int J Psychiatry Med.* 1990;20:259-77.
- Zuithoff NP, Vergouwe Y, King M, et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a cross-sectional study. *BMC Family Practice.* 2010;11:98.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 25 de octubre de 2012
Aceptado para publicación: 6 de noviembre de 2012

Correspondencia
Carlos Gómez-Restrepo
Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7° N.º 40-62 Piso 2
Bogotá, Colombia
cgomez@javeriana.edu.co

Anexo

Equipo desarrollador ampliado

Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana, PUJ, director), Adriana Bohórquez Peñaranda (PUJ, coordinador), Maritza Rodríguez Guarín (PUJ, experta temática y metodológica), Jenny García Valencia (Universidad de Antioquia, experta temática y metodológica), Ana María de la Hoz Bradford (PUJ, experta metodológica), Álvaro Enrique Arenas Borrero (PUJ, maestrando, asistente de investigación), Juliana Guzmán Martínez (PUJ, maestranda, asistente de investigación), Sergio Mario Castro Díaz (PUJ, residente, asistente de investigación), Eliana Bravo Narváez (PUJ, residente, asistente de investigación), Juliana Rodríguez Ángel (PUJ, residente, asistente de investigación), Catalina Ayala Corredor (PUJ, asistente de investigación), Nathalie Tamayo Martínez (PUJ, fellow psiquiatría de enlace, asistente de investigación), Yamile Reveiz (PUJ, médica general, asistente de investigación), Patricia Maldonado Riveros (PUJ, médica general rural, asistente de investigación), Luis Eduardo Jaramillo (Universidad Nacional de Colombia, Asociación Colombiana de Psiquiatría, experto temático), Enrique Brito (Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP, experto temático), Sonia Rodado Fuentes (ACP, experta temática), Carlos Alberto Palacio Acosta (Universidad de Antioquia, experto temático), Ricardo

Sánchez Pedraza (Universidad Nacional de Colombia, experto temático), José Miguel Uribe Restrepo (PUJ, experto temático), Juanita Gempeler Rueda (psicóloga-experta temática), Laura Marcela Gil Lemus (PUJ, asistente de investigación), Hernando Gaitán (Universidad Nacional de Colombia, revisor externo), María Ximena Rojas (PUJ, líder grupo Economía), Ludy Alexandra Parada Vargas (PUJ, apoyo grupo Economía), Natalia Sánchez Díaz (PUJ, grupo Implementación), Andrés Duarte Osorio (PUJ, grupo Implementación), Nelcy Rodríguez Malagón (PUJ, Bioestadística), Ana Lindy Moreno López (Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, terapeuta ocupacional), Edwin Yair Oliveros Ariza (Sociedad Colombiana de Psicología, psicólogo), Juan González-Pacheco (PUJ, experto temático), Luz Marina Carrillo (Fundación Unidos contra la Depresión), Maribel Pinilla Alarcón (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, enfermera, experta temática), Paula Andrea López de Mesa (Sociedad Colombiana de Psicología, psicóloga), Ricardo Alvarado (PUJ, médico de familia, experto temático), Jenny Severiche (PUJ, administradora). Equipo de Coordinación General Alianza CINETS: Carlos Gómez-Restrepo (Pontificia Universidad Javeriana), Rodrigo Pardo Turriago (Universidad Nacional de Colombia), Luz Helena Lugo Agudelo (Universidad de Antioquia).