

Validación del cuestionario sobre depresión PHQ-9 en una muestra colombiana no clínica

Nathaly Berrío¹, Juan P. Sánchez², Santiago Mora¹, Orlay Faley-García¹ y Germán Fernando-Vieco²

¹*Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt, Armenia, Colombia*

²*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

Validation of the PHQ-9 depression questionnaire in a non-clinical Colombian sample

Abstract: Depression is a public health problem that impairs quality of life. The aim of the study was to examine the construct validity and internal consistency of the PHQ-9 in a sample of Colombian non-clinical participants. The questionnaire was completed online by 1413 participants (mean age = 34.1 years, ranged 18-76). The results show that the PHQ-9 has a bifactorial structure whose model retains all items and presents adequate goodness-of-fit indices. Internal consistency showed a satisfactory index for the total scale ($\omega_h = .83$). From the results obtained, it is concluded that this Spanish version of the PHQ-9 has adequate psychometric properties, and its use is recommended for assessing depression in the Colombian adult population.

Keywords: Depression; PHQ-9; validation; factor analysis.

Resumen: La depresión es un problema de salud pública que deteriora la calidad de vida. El objetivo del estudio fue examinar la validez de constructo y la consistencia interna del PHQ-9 en una muestra de participantes colombianos no clínicos. El cuestionario fue cumplimentado online por 1413 participantes (media de edad = 34.1 años, rango = 18-76). Los resultados muestran que el PHQ-9 tiene una estructura bifactorial cuyo modelo retiene todos los ítems y presenta adecuados índices de bondad de ajuste. La consistencia interna mostró un índice satisfactorio para la escala total ($\omega_h = .83$). A partir de los resultados obtenidos, se concluye que la versión española utilizada del PHQ-9 posee unas propiedades psicométricas adecuadas, recomendándose su uso para evaluar la depresión en población adulta colombiana.

Palabras clave: Depresión; PHQ-9; validación; análisis factorial.

Introducción

La depresión es un problema de salud considerable, principalmente cuando tiene larga duración y su intensi-

dad es de moderada a grave, generando gran sufrimiento y alteración en las actividades familiares, escolares y laborales; también implica mayor riesgo suicida (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Su rasgo habitual es la existencia de un estado de ánimo deprimido, irritable o vacío, asociado con cambios cognitivos, conductuales y somáticos que perturban la funcionalidad (American Psychiatric Association, 2022). Asimismo, la depresión puede coexistir con otros problemas mentales y con enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, enfermedades cardíacas y dolor. Es decir, puede agudizar tales problemas de salud y viceversa (National Institute of Mental Health (NIMH), s. f.).

Recibido: 12 de junio de 2023; aceptado: 01 de marzo de 2024.

Correspondencia: Nathaly Berrío García, Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt, Av. Bolívar N° 1-189 | Armenia- Quindío-Colombia. Correo: nberrio18@cue.edu.co

Agradecimientos: Los autores extienden su más sincero agradecimiento al Comité para el Desarrollo de la Investigación CODI de la Universidad de Antioquia, y a la Dirección de Investigaciones Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt por el soporte proveído para la realización y publicación de este trabajo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 5% de la población mundial sufre depresión (Organización Mundial de la Salud, s.f.), siendo los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores, los más propensos (Xiang et al., 2020). Entre 2005 y 2015, la prevalencia de la depresión aumentó 18% (Xiang et al., 2020). Según la Encuesta Nacional de Salud Mental, en Colombia la prevalencia en adultos de cualquier trastorno depresivo durante toda la vida es superior al promedio mundial (5.4%) y es mayor en zonas urbanas (6%) (Ministerio de Salud, 2015). Además, una revisión sistemática sobre prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) reportó que el 26.6% de participantes presentaban depresión (Mejía-Zambraño y Ramos-Calsín, 2022). En una investigación pionera a nivel internacional llevada a cabo en España con 1661 participantes adultos, se constató que el 30% sufrían niveles elevados de depresión, siendo esta mayor en las mujeres y en los más jóvenes (Sandín et al., 2020). Así mismo, en un estudio basado en una muestra probabilística de la población española ($N = 3083$), dirigido por el Centro de Investigaciones Sociológicas (Sandín, 2022), se encontraron niveles elevados de depresión en la población, con un 30% de posibles casos de trastorno depresivo mayor. En un reciente estudio internacional llevado a cabo durante el aislamiento debido a la pandemia por COVID-19, con una muestra compuesta en su mayoría por colombianos (1413 de 1722 participantes que representaron el 82.58%) se encontraron prevalencias de 30.05% para depresión leve, 17.41% para depresión moderada, 7.86% para depresión moderadamente grave, y 5.07% para depresión grave (Castaño Díaz et al., 2022).

Teniendo en cuenta que la ocurrencia de la depresión es frecuente, se hace necesario disponer de instrumentos para evaluarla de forma válida y fiable. En la literatura, han sido referidos diversos tipos de instrumentos para evaluar la depresión que han demostrado su utilidad en los ámbitos clínico y no clínico, tales como la escala de depresión de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1986), la escala de depresión Montgomery Asberg (MADRS; Cano et al., 2016), la escala de Yesavage (GDS; Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011), el inventario de depresión de Beck (BDI-II; García-Batista et al., 2020; Sanz et al., 2003), la escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Rueda-Jaimes et al., 2009), la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS; Franco-Paredes y Castro López, 2021), la escala de síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión (ESTAD; Sandín et al., 2018), el cuestionario tridimensional para la depresión (CTD; Cardozo et al., 2016), y el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9; Kroenke et al., 2001).

Respecto a los estudios latinoamericanos que han estudiado el PHQ-9, en Chile se realizó una investigación para validar la versión en español del este instrumento en individuos que consultan en programas de atención primaria (Baader M et al., 2012). De acuerdo con los resultados de este estudio, el PHQ-9 demostró una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% en la detección de pacientes depresivos. Además, el PHQ-9 presentaba una adecuada validez de constructo y una validez concurrente aceptable con los criterios de la décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para la depresión.

Asimismo, en Chile se estudió el *Instructions for Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) para detectar síntomas depresivos en pacientes diabéticos o hipertensos que consultaban en atención primaria, participando 94 sujetos con un promedio de 64 años (73% mujeres) (Martínez et al., 2020). Los autores encontraron que, de acuerdo con la comparación entre las puntuaciones en el PHQ-2 y el PHQ-9, se producía un incremento lineal, continuo y sin disminución, en las puntuaciones de ambos instrumentos; a su vez, respecto a los estadísticos de clasificación para el PHQ-2, una puntuación de corte de 3 lograba mejor especificidad para discriminar los valores en el PHQ-9. Ambas versiones tuvieron una correlación positiva alta ($r = .87$). Se concluyó que el PHQ-2 permite una detección precisa de los síntomas depresivos. Los pacientes diabéticos o hipertensos con 3 o más puntos deben ser valorados inmediatamente con el resto de las preguntas del PHQ-9 (Martínez et al., 2020).

Por otro lado, en Brasil se llevó a cabo un estudio de base poblacional con el objetivo de evaluar la validez del PHQ-9 en un cribado de episodios depresivos mayores en adultos sanos. Con un total de 447 participantes (191 hombres y 256 mujeres), el análisis continuo identificó el punto de corte ≥ 9 como la máxima sensibilidad (77.5%; IC 95% 61.5-89.2) y especificidad (86.7%; IC 95% 83.0-89.9). Utilizando el algoritmo de prueba, la sensibilidad disminuyó al 42.5% (IC 95% 27.0-59.1), mientras que la especificidad aumentó al 95.3% (IC 95% 92.8-97.2). El PHQ-9 demostró ser apropiado para el cribado de episodios depresivos mayores. Debido a su mayor sensibilidad, el PHQ-9 demostró ser más adecuado que el algoritmo para el seguimiento de episodios de trastorno depresivo mayor en la comunidad (Santos et al., 2013).

Así mismo, en Brasil se realizó un estudio con el fin de examinar las propiedades psicométricas del PHQ-9 utilizando la “teoría de respuesta al ítem”, encontrando que los ítems del PHQ-9 mostraron una capacidad de discriminar de moderada (1.34) a muy alta (1.70 o más). Los ítems que evalúan pensamientos de autole-

sión y muerte presentaron la mayor discriminación mientras que sentirse deprimido presentó la menor discriminación. Se concluyó que esta metodología posibilita avances en el análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos de tamizaje que evalúan la depresión, e indica que el PHQ-9 puede ser utilizado en poblaciones rurales de Brasil (Martins-Barroso et al., 2019).

Adicionalmente, en Brasil se realizó una investigación cuyo objetivo principal fue contribuir al actual proceso de validación del cuestionario PHQ-9 para su uso en atención primaria de salud pública en la detección de síntomas depresivos, y los resultados mostraron una fuerte y significativa correlación entre las escalas ($\rho = .667$; $p < .001$), lo cual demuestra la validez del PHQ-9 para el cribado de síntomas depresivos. Se concluye que el PHQ-9 puede ser utilizado como un instrumento válido en la red de salud pública por profesionales cualificados, principalmente los destinados en atención primaria, ayudándoles en el diagnóstico precoz de la depresión (De Souza et al., 2021).

Por su parte, en Argentina se hizo un estudio para validar y calibrar el PHQ-9 para determinar los puntos de corte apropiados para diferentes grados de severidad de la depresión. Se evaluaron 169 pacientes con una edad media de 47.4 años, de los cuales 102 eran mujeres (60.4%). El PHQ-9 local tuvo alta consistencia interna ($\alpha = .87$) y satisfactoria validez convergente con la escala BDI-II ($r = .88$, $p < .01$). La versión local de PHQ-9 mostró una buena capacidad para discriminar entre categorías de gravedad de la depresión según la escala BDI-II. Los mejores puntos de corte fueron 6-8 para casos leves, 9-14 para moderado y 15 o más para síntomas depresivos severos respectivamente. Se llegó a la conclusión de que la versión argentina del cuestionario PHQ-9 mostró aceptable validez y fiabilidad para el cribado y para la evaluación de la gravedad de los síntomas depresivos (Urtasun et al., 2019).

De forma similar, una investigación en Perú tuvo como objetivo principal evaluar las propiedades psicométricas y la estructura factorial del PHQ-9 en estudiantes de medicina de una universidad, obteniéndose una adecuada consistencia interna ($\alpha = .903$). Mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) se encontraron índices adecuados de ajuste en el modelo bifactorial ($\chi^2 = 26.45$, $p = .067$; índice de ajuste comparativo (CFI) = .991; índice de bondad de ajuste (GFI) = .969; error cuadrático medio de aproximación ($RMSEA$) = .056) en comparación con los modelos unidimensional y bidimensional, llegando así a la conclusión de que el PHQ-9 es un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación en tales estudiantes. El AFC

reveló que un modelo bifactorial que toma en cuenta tanto el factor general como factores latentes somáticos y cognitivo-afectivos, muestra un mejor ajuste (Huarca-Victoria et al., 2020).

En la misma línea, en Ecuador se desarrolló una investigación con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas (estructura factorial, invariancia respecto al sexo, consistencia interna, y validez convergente y divergente) de la versión en español del PHQ-9. Se encontró que el modelo factorial unidimensional proporcionaba el mejor ajuste para los datos. El PHQ-9 evalúa los síntomas depresivos de forma equivalente en ambos sexos, y presenta una alta consistencia interna, la cual se distribuye para toda la muestra ($\alpha = .852$; $\omega = .855$) y para ambos grupos ($\alpha = .862$; $\omega = .864$, mujeres; $\alpha = .824$; $\omega = .828$, hombres); así como una adecuada validez convergente y divergente con otros constructos, encontrándose una correlación alta entre la puntuación total del PHQ-9 y el BDI-II ($r = .758$), así como una correlación moderada con el GAD-7 ($r = .631$) y la dimensión negativa de la Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) ($r = .631$). A su vez, se evidenció una correlación menos fuerte con la dimensión positiva del PANAS ($r = -.399$) y el índice de calidad de vida (QLI) ($r = -.570$). Se concluyó que la aplicación del PHQ-9 podría ayudar en el tamizaje (detección) de pacientes con sintomatología depresiva en el sistema de salud pública ecuatoriano (Quiñonez-Freire et al., 2021).

En Colombia, se utilizó el PHQ-9 como instrumento para la detección de los síntomas de depresión en estudiantes del área de ciencias de la salud en una universidad de la ciudad de Cartagena. Se analizaron 541 encuestas. La edad media del grupo fue de 20.18 años ($DT = 2.59$), y 354 (63.77%) eran mujeres. La prevalencia de los síntomas de depresión de relevancia clínica fue de 27.3%. El AFC evidenció un modelo de dos factores, los cuales explicaron el 42.80% de la varianza total. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .83 y, el omega de McDonald de .89. El PHQ-9 resultó ser una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud de dicha universidad (Cassiani-Miranda et al., 2017). Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio con el fin de determinar la validez aparente del PHQ-9 para la detección de sintomatología depresiva en estudiantes de ciencias de la salud de la Universidad de Cartagena. Se encontró que todos los ítems del PHQ-9 eran esenciales para evaluar la sintomatología depresiva en la muestra estudiada con un CVR (*coefficient validity ratio*) = 1 en los nueve ítems evaluados (esencial CVR $\geq .62$, $p = .05$). Para la adecuación se realizaron los ajustes idiomáticos de todos los ítems teniendo en cuenta las observaciones rele-

vantes de los expertos y las conclusiones del grupo de discusión (Cassiani Miranda, 2018).

Aunque existe cierta evidencia sobre las propiedades psicométricas del PHQ-9 para la evaluación de la depresión, aún no se ha publicado una validación del cuestionario en población general colombiana que pueda ser empleada en los diferentes ámbitos clínicos, de la salud, y de investigación. La evidencia previa sugiere que diferentes estructuras factoriales parecen describir un ajuste adecuado a los datos, incluyendo tanto una estructura factorial unidimensional como estructuras multidimensionales. Por tanto, para cubrir este vacío, mediante el presente estudio se ha pretendido examinar la validez de constructo y la consistencia interna de la versión española del PHQ-9 en una muestra colombiana, contrastando, así mismo, el ajuste de los diferentes modelos factoriales que han sido descritos en la literatura.

Método

Participantes y procedimiento

Participaron 1413 individuos mayores de edad con un promedio de 34.1 años (el rango de edad fue de 18 a 76 años), de los cuales 1024 son mujeres (72.5%) y 379 hombres (26.8%), los cuales fueron evaluados entre abril y agosto de 2020.

Los datos se obtuvieron mediante la plataforma online SurveyMonkey, y se utilizó el correo institucional de los investigadores para informar a los participantes el propósito del estudio, el consentimiento informado para acceder al mismo, y la URL del instrumento. La participación fue voluntaria y se recogieron las respuestas de forma anónima. La investigación contó con el aval del Comité de Ética en Investigación del área de Ciencias Sociales, Humanidades y Artes (CEI-CSHA) de la Universidad de Antioquia, cumpliendo estrictamente los requisitos normativos exigidos por la Declaración de Helsinki, que describe los principios éticos fundamentales para la investigación con seres humanos. El estudio se clasificó como investigación con riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 (Resolución 8430 de 1993, 1993).

Instrumentos

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Se utilizó la versión española de la editorial médica Panamericana (<https://www.medicapanamericana.com/materialesComplementarios/DSM-5/visorAPA.aspx>). Se trata de una prueba de autoinforme para la eva-

luación de la gravedad de la depresión en personas adultas. El cuestionario consta de 9 ítems referidos, respectivamente, a cada uno de los 9 síntomas del Criterio A (DSM-IV/5) para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Los ítems son respondidos por el participante según una escala de frecuencia tipo Likert de 4 puntos, variando entre 0 (“nunca”) y 3 (“casi todos los días”), según la frecuencia con que le haya perturbado lo que se indica en cada ítem durante los últimos 7 días. El PHQ-9 ha sido ampliamente utilizado para la detección (tamizaje) y diagnóstico de la depresión en diferentes contextos médicos, incluyendo clínicas psiquiátricas y atención primaria, en donde suele aplicarse antes de la consulta con el clínico (Ford et al., 2020). Otros usos del cuestionario incluyen el monitoreo de la progresión del cuadro clínico y la evaluación de la efectividad de tratamientos para la depresión (Ford et al., 2020). La gravedad de la depresión se ha valorado según el siguiente criterio de puntuaciones en el cuestionario: sin depresión (0-4), depresión leve (5-9), depresión moderada (10-14), depresión moderadamente grave (15-19), y depresión grave (20-27) (Kroenke et al., 2001). En el presente estudio se obtuvo una fiabilidad (ω_h) de .83. Así mismo, se ha demostrado la existencia de una correlación positiva y robusta entre el PHQ-9 y el BDI-II ($r = .74$, $IC\ 95\% = .64 - .84$) (Erford et al., 2016) (Véase el Anexo 1).

Análisis estadístico

Para el análisis de la validez del constructo, se examinó la estructura factorial del cuestionario, primero mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) y, posteriormente, mediante la comparación de cuatro modelos factoriales descritos en la literatura internacional (Lamela et al., 2020).

Para el AFE, se utilizó la matriz de correlaciones policóricas, y el método de extracción utilizado fue el de mínimos cuadrados ordinarios. Para la selección del número de factores se utilizó el método de análisis paralelo, que sugiere el número de factores a partir de la identificación de aquellos que presentan valores propios mayores que los que se obtendrían por azar (Lloret-Segura et al., 2014); la solución factorial fue rotada mediante rotación oblicua promax, la cual acepta la correlación entre las dimensiones de la escala (Lloret-Segura et al., 2014). Para el AFC, se calculó la matriz de covarianzas de los ítems de la prueba, y se estimó la estructura de la escala mediante modelos de ecuaciones estructurales (Escobedo Portillo et al., 2016; Ruiz et al., 2010). Para evaluar el ajuste de los modelos obtenidos con el AFC se utilizaron medidas de ajuste absoluto, incremental y de la parsimonia (Escobedo Portillo et al., 2016;

Ruiz et al., 2010; Salas Vargas et al., 2017). La selección del modelo final se basó en el índice de comparación de Akaike y el índice de información bayesiano, los cuales tienen en cuenta tanto la complejidad como el ajuste del modelo (Finch, 2020).

Finalmente, como evidencia de la fiabilidad de la prueba se estimaron los coeficientes omega de McDonald y alfa de Cronbach como medidas de consistencia interna. Para el modelo bifactorial, la fiabilidad se estimó a través del coeficiente omega jerárquico, el cual permite la estimación de la consistencia interna del factor general, controlando por la covarianza de los factores específicos (Trizano-Hermosilla et al., 2021). Tales coeficientes fueron interpretados siguiendo las recomendaciones de Viladrich et al. (2017). Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas Jeffreys's Amazing Statistics Program (JASP) versión 0.17.1, y el R-Studio versión 1.4.1717.

Resultados

Análisis factorial exploratorio

De acuerdo con las pruebas de adecuación muestral, se concluyó que la matriz de correlación de los ítems era susceptible de ser analizada mediante análisis factorial, en tanto se presentó una adecuada proporción de varianza entre las variables ($KMO = .92$) y no se trataba de una matriz de identidad ($B = 8389.88$; $p < .001$).

A continuación, con base en el análisis paralelo y el gráfico de sedimentación, se extrajeron un total de tres factores, mediante el método mínimos cuadrados ordinarios, combinado con el método de rotación promax, recomendado en la bibliografía por ofrecer estructuras

factoriales interpretables, y permitir la asociación entre los factores (Lloret-Segura et al., 2014). Los resultados del AFE se presentan en la Tabla 1.

Análisis factorial confirmatorio y consistencia interna

Para determinar la estructura factorial con mejor ajuste a los datos se compararon cuatro modelos factoriales descritos en la literatura (Lamela et al., 2020). El Modelo 1 (Figura 1a) se compone de los nueve ítems de la Medida de la gravedad de la depresión para adultos y representa una conceptualización unidimensional del constructo; el Modelo 2 (Figura 1b), está compuesto por un factor cognitivo/afectivo compuesto por seis ítems (Ítems 1,2,6-9) y un factor somático, compuesto por tres ítems (Ítems 3,4,5); el Modelo 3 (Figura 1c) es un modelo de dos factores compuesto por cuatro ítems cognitivo/afectivos (Ítems 1,2,6,9) y cinco ítems somáticos (Ítems 3-5,7,8). Finalmente, el Modelo 4 (Figura 1d) es un modelo bifactorial que contempla tanto un factor general como los dos factores descritos para el Modelo 2. (Véase la Figura 1).

De acuerdo con el AFC, el Modelo 1 tuvo buen ajuste incremental y de parsimonia. Sin embargo, el ajuste absoluto no fue adecuado porque la razón de la medida χ^2 y sus grados de libertad es más de tres veces lo sugerido en la literatura científica (Ruiz et al., 2010), y la RMSEA es superior a lo esperado en las referencias más actuales (Escobedo Portillo et al., 2016; Salas Vargas et al., 2017) (Tabla 2).

De manera similar, el Modelo 2 presentó buen ajuste incremental y de parsimonia. No obstante, el ajuste absoluto no fue adecuado porque la razón de la medida χ^2 y sus grados de libertad es más de dos veces lo sugerido

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Unicidad
PHQ1	.64			.32
PHQ2	.52	.44		.20
PHQ3	.85			.39
PHQ4	.90			.28
PHQ5	.72			.50
PHQ6		.66		.34
PHQ7	.56			.37
PHQ8			.99	.00
PHQ9		.98		.25

Nota. PHQ1: Poco interés o placer; PHQ2: Ánimo deprimido; PHQ3: Dificultades para dormir; PHQ4: Fatiga; PHQ5: Cambios en el apetito; PHQ6: Sentimiento de inutilidad; PHQ7: Problemas de concentración; PHQ8: Moverse o hablar despacio; PHQ9: Pensamientos suicidas.

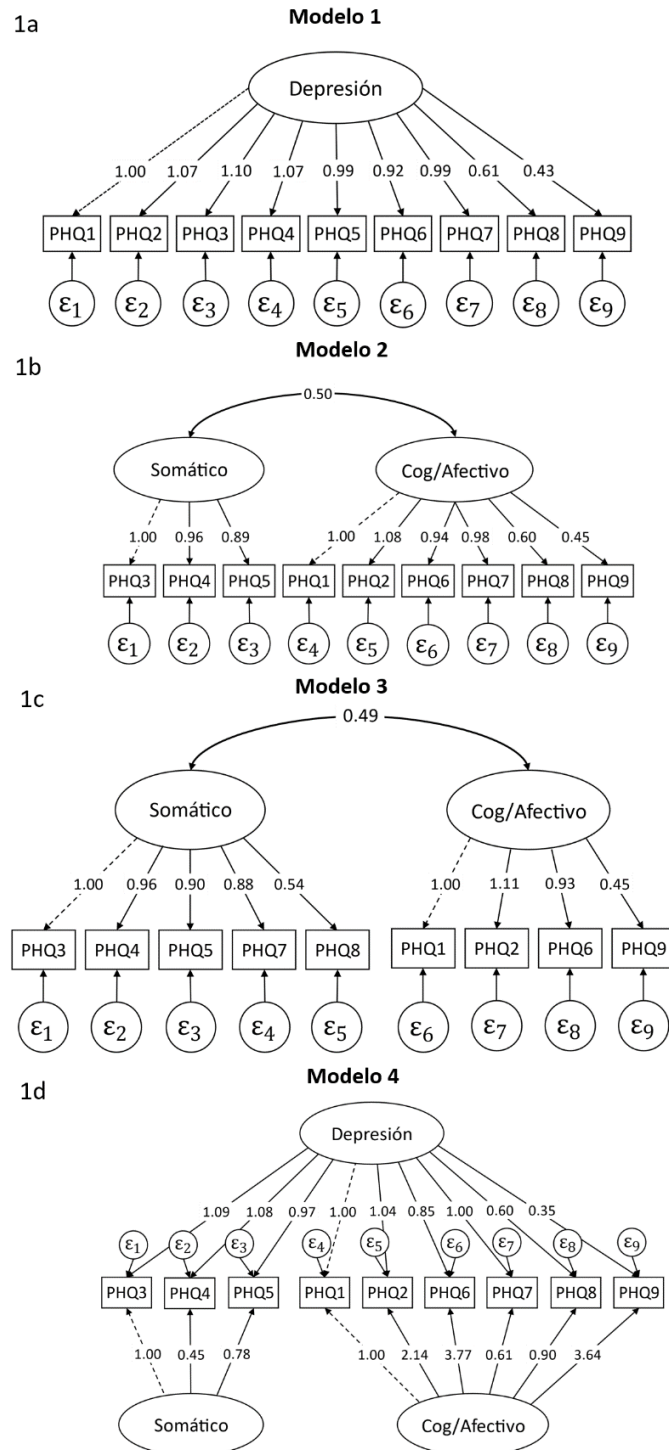


Figura 1. Comparación de modelos estructurales del PHQ-9. Ítem 1: Poco interés o placer; Ítem 2: Ánimo deprimido; Ítem 3: Dificultades para dormir; Ítem 4: Fatiga; Ítem 5: Cambios en el apetito; Ítem 6: Sentimiento de inutilidad; Ítem 7: Problemas de concentración; Ítem 8: Moverse o hablar despacio; Ítem 9: Pensamientos suicidas.

en la literatura científica (Ruiz et al., 2010), y la RMSEA también supera lo esperado en las referencias más recientes (Escobedo Portillo et al., 2016; Salas Vargas et al., 2017) (Tabla 2).

El Modelo 3 tuvo adecuado ajuste incremental y de la parsimonia. Pero el ajuste absoluto no fue bueno porque la razón de la medida χ^2 y sus grados de libertad es más de dos veces lo sugerido en las fuentes científicas (Ruiz

Tabla 2. Índices de bondad de ajuste referidos a los modelos unifactorial y bifactoriales del PHQ-9

	Ajuste incremental		Ajuste absoluto			Medidas de la parsimonia	
	CFI	TLI	X ² (gl)	RMSEA (IC 90%)	SRMR	AIC	BIC
Modelo 1	.944	.926	257.5 (27)*	.089 (.080-.100)	.042	21287	21377
Modelo 2	.961	.947	185.2 (26)*	.076 (.066-.086)	.036	21217	21312
Modelo 3	.964	.951	173.7 (26)*	.073 (.063-.083)	.035	21206	21300
Modelo 4	.984	.965	85.03 (17)*	.061 (.049-.074)	.021	21135	21274

Nota. CFI = Índice de ajuste comparativo; TLI = Índice de Tucker-Lewis; X² = Valor de $p < .01$ para el test Chi cuadrado; RMSEA = Raíz media cuadrada del error de aproximación; SRMR = Raíz cuadrada estandarizada residual; AIC = Criterio de información de Akaike; BIC = Criterio de información bayesiano.

et al., 2010), y el RMSEA también está por encima de lo esperado en las referencias más actuales (Escobedo Portillo et al., 2016; Salas Vargas et al., 2017) (Tabla 2).

Por último, el Modelo 4 evidenció adecuados índices de bondad de ajuste absoluto, incremental y de la parsimonia (Escobedo Portillo et al., 2016; Ruiz et al., 2010; Salas Vargas et al., 2017) (Tabla 2), mostrando el mejor ajuste entre todos los modelos probados.

Por último, en lo que concierne a la fiabilidad de la escala global, encontramos una consistencia interna alta ($\omega = .89$, IC 95% = .88 - .90; $\alpha = .88$, IC 95% = .87 - .89). De acuerdo con el coeficiente omega jerárquico calculado para el Modelo 4 la consistencia total de la escala es alta ($\omega_h = 0.83$), lo cual indica que el 83% de la varianza común explicada se debe a varianza común de todos los ítems.

Discusión

La depresión es un problema de salud pública en ascenso. Un metaanálisis global reportó que la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue de 13.3% en adultos mayores (Abdoli et al., 2022). El objetivo de esta investigación fue analizar las evidencias de validez de constructo y consistencia interna del PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) en una muestra colombiana de población general. La principal ventaja de esta prueba es su sencillez y auto aplicabilidad (De Lima Osório et al., 2009). En esta investigación el instrumento fue aplicado online a 1413 participantes adultos, y la evidencia sobre la validez del constructo se obtuvo mediante AFE y AFC. Los modelos a examinar se seleccionaron a partir de la evidencia de la literatura. El primer modelo, unifactorial, supone que los síntomas evaluados mediante el PHQ-9 obedecen a una única dimensión o factor que representa la dimensión

globalmente. Los modelos dos y tres contemplaban dos dimensiones que representan agrupaciones de síntomas somáticos y cognitivos respectivamente. Por último, el Modelo 4 contemplaba una estructura jerárquica, en la que las dimensiones Somática y Cognitiva (factores de primer orden) tienen nula correlación, con ítems particulares asociados a cada una, y una dimensión general en la que todos los ítems contribuyen.

Tanto el modelo unifactorial como el segundo modelo bifactorial no tuvieron un ajuste absoluto adecuado (Ruiz et al., 2010) y la RMSEA superó lo esperado (Escobedo Portillo et al., 2016). El Modelo 3, pese a tener un adecuado ajuste incremental y de parsimonia, presentó limitaciones en el ajuste absoluto (Escobedo Portillo et al., 2016; Ruiz et al., 2010). El Modelo 4 mostró adecuados índices de bondad de ajuste absoluto, incremental y de la parsimonia (Escobedo Portillo et al., 2016).

Hasta la fecha, la estructura factorial óptima del PHQ-9 ha sido controvertida (Krause et al., 2011). En la literatura se han propuesto tanto modelos unifactoriales como modelos de dos y tres factores compuestos por configuraciones ligeramente diferentes de ítems según la población estudiada y métodos de análisis estadísticos utilizados (Bélanger et al., 2019). En una reciente revisión sistemática se identificaron varios modelos factoriales del PHQ-9 descritos en la literatura (Lamela et al., 2020). El 57.6% de los estudios que examinaron la estructura factorial del PHQ-9 mediante AFC apoyaron una estructura de un factor, el 36.4% una estructura de dos factores, mientras que solo el 6% los modelos de tres factores. Los modelos de dos factores demostraron ajustes cercanos a los datos respecto a los modelos factoriales. Sin embargo, para la población general el mejor ajuste a los datos se encontró con los modelos de uno y dos factores, de acuerdo con los AFC. Esta heterogenei-

dad en las estructuras factoriales del PHQ-9 podrían explicarse por la ausencia de un modelo conceptual sobre la interrelación de los síntomas depresivos (Lamela et al., 2020).

Recientemente, en la literatura los modelos bifactoriales han cobrado relevancia en tanto proveen una representación más precisa del constructo a ser medido. Gracias a estos modelos es posible establecer la contribución de cada ítem tanto a un factor general como a cada una de las subdimensiones que lo componen. Un estudio realizado por Doi et al (2018) mostró que un modelo bifactorial presentaba un mejor ajuste a los datos que los modelos factoriales unidimensionales y bidimensionales para el caso del PHQ-9 (Doi et al., 2018).

En contraste con nuestros hallazgos, una investigación realizada por Quiñonez et al. (2021) examinó la estructura factorial de la versión española del PHQ-9 evidenciando que un modelo factorial unidimensional del PHQ-9 presenta un adecuado ajuste de datos y una alta consistencia interna. A partir de los datos obtenidos en nuestro estudio, sin embargo, un modelo bifactorial que considere un factor general integrativo podría ser más adecuado (Quiñonez-Freire et al., 2021).

La superioridad del ajuste del modelo bifactorial también se ha reportado previamente en la literatura (Huarcaya et al. (2020). Estos autores, a partir de datos obtenidos en 200 alumnos de medicina, realizaron un AFE y AFC de un modelo unidimensional, un modelo bidimensional y un modelo bifactorial. Tanto el modelo unidimensional como bidimensional mostraron un menor ajuste a los datos en comparación al modelo bifactorial. La consistencia interna mostrada por el PHQ-9 fue de 0.90, similar al valor encontrado en el presente estudio de 0.88 (Huarcaya-Victoria et al., 2020).

En síntesis, considerar el trastorno depresivo grave como un constructo conformado por un factor somático y afectivo ha demostrado tener un mayor ajuste estadístico con relación a los constructos unifactoriales (Cassiani-Miranda et al., 2017). Los hallazgos reportados por Cassiani-Miranda et al (2017) contrastan con los resultados de nuestro trabajo en el cual la depresión parece responder a un modelo bidimensional con un factor general independiente de los factores individuales. Los datos reportados aquí son consistentes con los hallazgos encontrados en múltiples estudios latinoamericanos, lo que respalda que la Medida de la gravedad de la depresión para adultos tiene una adecuada validez y es un instrumento de utilidad para el cribado, diagnóstico, graduación, seguimiento y autoevaluación en pacientes con depresión.

Aunque los resultados del presente estudio proporcionan apoyo psicométrico al PHQ-9, una prueba de gravedad de la depresión en adultos, algunas limitaciones

deben ser reconocidas. El tamaño muestral fue suficiente para elaborar los análisis estadísticos y estimar los modelos, y se empleó un criterio psicométrico para calcularlo. Sin embargo, se recomienda replicar el estudio con muestras de mayor heterogeneidad, debido a los sesgos que conlleva la utilización de muestras no probabilísticas para la estimación de parámetros poblacionales. Por otro lado, la aplicación de instrumentos mediante un formulario online puede generar sesgos de respuesta; no obstante, para este estudio se empleó un instrumento autoadministrado y de fácil comprensión. Los resultados obtenidos para la estructura del PHQ-9 demuestran índices de fiabilidad y validez adecuados que sugieren su utilidad en contextos de evaluación psicológica. Las propiedades psicométricas confirman que el instrumento es apropiado y es útil para medir síntomas de depresión en población general colombiana, por lo que se recomienda su uso en futuras investigaciones. Además, debido a su extensión, es un instrumento de fácil aplicación para medir los aspectos de la depresión en la población general colombiana, lo cual facilitará su uso en futuras investigaciones y en la práctica clínica

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *132*, 1067-1073. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.041>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR* (5.ª ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Baader, M. T., Molina, F. J. L., Venezian, B. S., Rojas, C. C., Fariás, S. R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., y Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *50*(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Bélanger, E., Thomas, K. S., Jones, R. N., Epstein-Lubow, G., & Mor, V. (2019). Measurement validity of the Patient-Health Questionnaire-9 in US nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *34*(5), 700-708. <https://doi.org/10.1002/gps.5074>
- Cano, J. F., Restrepo, C. G., y Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión

- Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 146-155. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450>
- Cassiani-Miranda, C. A. (2018). Validez de apariencia y adaptación de la escala PHQ-9 para la detección de sintomatología depresiva en universitarios de ciencias de la salud de Cartagena, Colombia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 34(1), Article 1. <https://doi.org/10.14482/sun.34.1.9154>
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., Paez, A., Cabanzo-Arenas, D. F., Ribero-Marulanda, S., y Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.001>
- Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Anibal, E., Herazo-Bustos, M. I., y Hernández-Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensión del cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para la detección de síntomas de depresión en estudiantes de ciencias de la salud en Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37, 112-120. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3221>
- Cardozo, I., Guarino, L., y Rondón, J. E. (2017). Validación del Cuestionario Tridimensional para la Depresión (CTD) en población venezolana con enfermedades crónicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 191-200. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17812>
- Castaño Díaz, C. M., Berrío García, N., Alba-Marrugo, M. A., Sánchez Escudero, J. P., Marín-Cortés, A., & Tungjitcharoen, W. (2022). Mental Health of People Under Isolation During the COVID-19 Outbreak: An Exploratory Study. *Revista Colombiana de Psicología*, 31(2). <https://doi.org/10.15446/rcp.v31n2.89960>
- De Lima Osório, F., Vilela Mendes, A., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2009). Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 216-227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- De Souza, R., Biasotto Feitosa, F., Menéndez Rodríguez, T. D., y Fonseca Missiatto, L. A. (2021). Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: Estudo de validação do PHQ-9. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(2), 180-190. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i2.980>
- Doi, S., Ito, M., Takebayashi, Y., Muramatsu, K., & Horikoshi, M. (2018). Factorial validity and invariance of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 among clinical and non-clinical populations. *PLOS ONE*, 13(7), e0199235. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199235>
- Erford, B. T., Johnson, E., & Bardhoshi, G. (2016). Meta-analysis of the English version of the Beck Depression Inventory–Second Edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49, 3-33. <https://doi.org/10.1177/0748175615596783>
- Escobedo Portillo, M. T., Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V., y Martínez Moreno, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia y Trabajo*, 18(55), 16-22. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- Franco-Paredes, K., y Castro-López, V. R. (2021). Revisión sistemática de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en muestras mexicanas. ¿Debemos regresar al principio? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 237-247. <https://doi.org/10.5944/rppc.26180>
- Finch, W. H. (2020). Using Fit Statistic Differences to Determine the Optimal Number of Factors to Retain in an Exploratory Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 80(2), 217-241. <https://doi.org/10.1177/0013164419865769>
- Ford, J. T. F., Byng, R., & McCabe, R. (2020). Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions between patients and physicians. *Qualitative Health Research*, 30(13), 2146-2159. <https://doi.org/10.1177/1049732320924625>
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Cantisano-Guzmán, L. M., Flores-Kanter, P. E., y Medrano, L. A. (2020). Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos con múltiple consumo de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 163-171. <https://doi.org/10.5944/rppc.24111>
- Gómez-Angulo, C., y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-3.eydg>
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton Rating Scale for Depression. En N. Sartorius y T. A. Ban (Eds.), *Assessment of Depression* (pp. 143-152). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_14
- Huarcaya-Victoria, J., De-Lama-Morán, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K., Lora, D., Huarcaya-Victoria, J., De-Lama-Morán, R., Quiros, M., Bazán, J., López, K., y Lora, D. (2020). Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(2), 72-78. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3749>
- Krause, J. S., Saunders, L. L., Bombardier, C., & Kalpakjian, C. (2011). Confirmatory factor analysis of the Patient Health Questionnaire-9: A study of the participants from the spinal cord injury model systems. *PM y R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 3(6), 533-540; quiz 540. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.03.003>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity scale. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) and validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of Affective Disorders*, 276, 220-233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- Martínez, P., Soto-Brandt, G., Brandt, S., Guajardo, V., y Rojas, G., (2020). Validación inicial de Patient Health Questionnaire 2-Item para detectar síntomas depresivos en diabéticos y/o hipertensos en la atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile*, 148(11), 1614-1618. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001101614>
- Martins-Barroso, S., Souto-Melo, A. P., da Silva, M. A., y Crosland-Guimarães, M. D. (2019). Evaluation of the Brazilian version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Quilombola population using the Item Response Theory. *Salud Mental*, 42(1), 43-50. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2019.006>
- Mejía-Zambrano, H., y Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), Article 1. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>
- Ministerio de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental Digital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip*
- National Institute of Mental Health (NIMH) (s. f.). *Depresión*. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Quiñonez-Freire, C., Vara, M. D., Tomás, J. M., & Baños, R. M. (2021). Psychometric properties of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in users of the Ecuadorian public health care system. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 210-217. <https://doi.org/10.14349/rpl.2021.v53.23>
- Resolución 8430 de 1993 (1993). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Rueda-Jaimes, G. E., Díaz-Martínez, L. A., López-Camargo, M. T., y Campo-Arias, A. (2009). Validación de una versión abreviada de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en adultos colombianos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 513-521. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615422009>
- Ruiz, M. A., Pardo, A., y Martín, R. S. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 34-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441004>
- Salas Vargas, A. A., Navarro Camacho, R., y Montero Rojas, E. (2017). Un modelo de ecuaciones estructurales para el estudio de factores que afectan la competencia lectora y la alfabetización matemática: Una aproximación bayesiana con datos de PISA 2009. *Estadística Española*, vol.59(194), pp.167-192. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82695>
- Sandín, B. (2022). Influencia de la pandemia de la COVID-19 sobre la salud mental en población adulta. En F. F. Tezanos (Ed.), *Cambios sociales en tiempos de pandemia* (pp. 923-951). Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sandín, B., Valiente, R. M., Pineda, D., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2018). Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): Datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 163-177. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.22976>
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. de, da Silva, N. T. B., Tams, B. D., Patella, A. M., & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1533-1543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez Valverde, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clinical and Health*, 14(3), 249-280. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=761288>
- Trizano-Hermosilla, I., Gálvez-Nieto, J. L., Alvarado, J. M., Saiz, J. L., & Salvo-Garrido, S. (2021). Reliability Estimation in Multidimensional Scales: Comparing the Bias of Six Estimators in Measures With a Bifactor Structure. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.508287>
- Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., Rubinstein, A., Araya, R., & Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC Psychiatry*, 19(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2262-9>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., y Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 33(3), Article 3. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Xiang, X., An, R., Kang, S.-W., Stagg, B. C., & Ehrlich, J. R. (2020). Disability type, depression, and antidepressants use among older adults in the United States. *Aging y Mental Health*, 24(1), 27-34. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1509298>

Anexo I. Medida de la gravedad de la depresión para adultos PHQ-9
(Kroenke et al., 2001)

Versión española de la Editorial Médica Panamericana*
(<https://www.medicapanamericana.com/materialesComplementarios/DSM-5/visorAPA.aspx>)

Instrucciones: Durante los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia le ha perturbado cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque con una X su respuesta).

Ítem	Nunca (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1 Poco interés o placer al hacer cosas				
2 Sensación de poco ánimo, depresión o desesperanza				
3 Dificultad para dormirse o permanecer dormido, o dormir demasiado				
4 Sensación de cansancio o poca energía				
5 Falta de apetito o comer demasiado				
6 Sentirse mal con uno mismo, sentir que se es un fracasado, sentirse decepcionado con uno mismo o sentir que se ha decepcionado a la familia				
7 Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o mirar la televisión				
8 Moverse o hablar tan despacio que otras personas quizá lo noten o lo contrario: moverse tanto o estar tan inquieto que se ha ido de un lado a otro más de lo normal				
9 Pensar que uno estaría mejor muerto o en herirse a uno mismo de alguna manera				

Puntuación total:

Puntuación e interpretación. Las puntuaciones brutas de los 9 apartados deben sumarse para obtener una puntuación bruta total e interpretarse conforme a la tabla que aparece a continuación.

Niveles de gravedad de los síntomas depresivos	Puntuación PHQ-9
Sin depresión	0-4
Depresión leve	5-9
Depresión moderada	10-14
Depresión moderadamente grave	15-19
Depresión grave	20-27

* <https://www.medicapanamericana.com/materialesComplementarios/DSM-5/visorAPA.aspx>