

# LA IMPORTANCIA DEL USO SISTEMATICO DE ESCALAS DE DEPRESION EN CESACION TABAQUICA

***Dra. Julieta Juana Cassone,***

Medica, especialista en psiquiatria., Coordinadora del area de cesación tabaquica de la fundacion foro para la salud mental

***Dra. Sandra Noemi Braun.***

Especialista en medicina interna, a cargo de la unidad de cesacion tabaquica del hospital de clinicas de la universidad de buenos aires.

***Dr. Roberto Fayanas.***

Jefe del programa de medicina interna general del hospital de clinicas, universidad de buenos aires

---

## **Abstract**

Depression is currently the 4th cause of global impairment, with a 15%-20% prevalence rate. The World Health Organization predicts that depression would become the first global morbidity cause by 2030. Tobacco addiction prevalence of the general population is 25%, while in patients with psychiatric diseases, it ranges between 60% and 90%, depending on the disease. Also, the incidence of depressive disorders on smokers doubles the incidence on non smokers. Both pathologies are closely related, and demand tobacco cessation professionals to check for depression. Straightening of this variable makes tobacco cessation much easier, as well as accomplishing other life goals which is previously out of reach. Routine use of evaluation scales can save time, enhance treatment decisions, and reduce clinical mistakes. PHQ-2 scale allows the detection of depressive mood by means of two questions, with a sensibility of 83% and a specificity of 92%. The scale was validated on 6000 patients. This paper thus proposes the routine use of the PHQ-2 scale on tobacco cessation patients.

---

**Keywords:** Depression, tobacco addiction

---

## **Resumen**

Actualmente la depresión es la 4° Causa de Discapacidad en el Mundo con una prevalencia: 15-20%. La Organización Mundial de la Salud, espera para el 2030 sea la principal causa de morbilidad en el mundo. La

prevalencia del tabaquismo en la población general es del 25%. Mientras que en los pacientes con enfermedad psiquiátrica oscila entre un 60-90% dependiendo de la enfermedad psiquiátrica que se trate. Siendo la incidencia de trastornos depresivos el doble en fumadores vs. no fumadores. Ambas patologías están estrechamente relacionadas, nos exigen hoy a los que hacemos cesación tabáquica realizar el diagnóstico de depresión y al restablecer esta variable será mucho más sencillo para el paciente dejar de fumar y concretar otros objetivos que tenga en su vida y tampoco podía resolver. El uso rutinario de herramientas de evaluación puede ahorrar tiempo y mejorar las decisiones de tratamiento y reducir errores clínicos. El cuestionario PHQ-2 permite a través de dos preguntas detectar el ánimo depresivo con una sensibilidad de 83% y una especificidad de 92 %. Es un cuestionario validado en 6000 pacientes. En el siguiente trabajo se propone este cuestionario en forma rutinaria con los pacientes fumadores.

---

**Palabras clave:** según descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS )<sup>61</sup>  
Depresión. Validación. Diagnóstico. Argentina

<sup>1</sup> **Biblioteca Virtual en Salud Argentina. Disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>**

4) Institución donde se realiza el trabajo:

**UNIDAD DE CESACION TABAQUICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.**

### **Planteamiento y Justificación del problema**

El trastorno depresivo es el trastorno psiquiátrico más prevalente en la población general: afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.<sup>1</sup> La OMS la describe como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, con una prevalencia entre el 15 al 20%.<sup>2</sup> Afecta más a la mujer que al hombre (2:1) y es la principal causa mundial de discapacidad contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.<sup>2</sup> La depresión suele presentarse a partir de la tercera década de la vida y adquiere un curso variable. Aproximadamente 50% de los pacientes que sufre un episodio volverá a presentar otro más, y si han padecido tres episodios, el riesgo de un cuarto episodio es del 90%.<sup>2</sup>

La tasa de mortalidad en los pacientes con depresión es más elevada que en el resto de la población (RR 1.81).<sup>3</sup> La muerte prematura en estos pacientes se explicaría principalmente por una mayor prevalencia de tabaquismo, alcoholismo y obesidad, así como también por un estilo de vida

sedentario y un menor cuidado de su salud. Además, estos pacientes tienen una menor calidad de vida, incremento en el riesgo de suicidio y alta asociación con padecimientos crónicos.<sup>4</sup>

Aunque muchos pacientes que sufren depresión reciben algún tipo de atención médica, esta suele brindarse en servicios de atención primaria de la salud más que en servicios de salud mental. Se supone que, aproximadamente, la mitad de los pacientes no son diagnosticados en el nivel primario de atención.<sup>5 6</sup> En América Latina y el Caribe seis de cada diez personas no reciben tratamiento.<sup>7</sup>

En Argentina se carece de estudios poblacionales, algunos datos del ámbito de la atención primaria refieren una prevalencia del 24% de depresión mayor, 6% de distimia y 5% de depresión menor.<sup>8</sup> Más recientemente, una encuesta realizada en la ciudad de Buenos Aires en una muestra a conveniencia de 1335 adultos halló una depresión probable en 20% de los encuestados (20,6% en mujeres y 19.6% en varones) utilizando como instrumento diagnóstico la escala de Beck.<sup>9</sup>

El rastreo sistemático de este padecimiento en atención primaria es propuesto en diferentes guías que varían en sus recomendaciones. Por ejemplo, en EEUU, la Task Force recomienda el rastreo en la población general, con la condición de que se cuente con los recursos necesarios para el tratamiento, diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.<sup>10</sup> En el RU, las guías del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sugieren el rastreo solamente en pacientes de alto riesgo: aquellos con antecedentes de depresión, diabetes, enfermedad coronaria, discapacidades físicas o mentales.<sup>11</sup> En cambio, la guía de la Task Force canadiense, ante la falta de evidencia de alta calidad, recomiendan en contra del rastreo sistemático en atención primaria. Sin embargo, sí recomiendan que los clínicos estén alertas ante determinados síntomas como insomnio, anhedonia, humor depresivo y estado de ánimo bajo.<sup>12</sup>

Existen numerosos instrumentos de diagnóstico de depresión: la escala de depresión de Beck<sup>13</sup>, el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)<sup>14</sup>, WHO-5<sup>15</sup> (WHO Five Well Being Index) y el PHQ-2<sup>16</sup> que es la versión de dos preguntas del PHQ-9. Todos estos instrumentos pueden ser autoadministrados o bien pueden ser utilizados por personal médico. El PHQ-9 se utiliza tanto como herramienta diagnóstica como para evaluar la severidad de la depresión. Sin embargo, solamente la escala de Beck está validada en nuestro país.<sup>17</sup>

El inventario de Beck fue diseñado con una escala de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión. Su sensibilidad y especificidad es cercana al 100%.<sup>13</sup> Pero, dada su extensión, es necesario otro instrumento de rastreo debido a que la práctica médica en atención primaria requiere de

prácticas más eficientes y la depresión es uno de tantas otras patologías que el médico en este nivel de atención necesita detectar.

El instrumento PHQ-2 es un instrumento breve cuya validez de constructo y de criterio en su versión en inglés lo hacen interesante para su uso en nuestro país.<sup>16</sup>

### **Formulación de la pregunta de investigación a modo de interrogante**

Cuál es la validez de constructo y de criterio de una versión adaptada al idioma local del instrumento PHQ-2?

### **Marco teórico general y específico**

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales debido a suicidio.<sup>7</sup> La depresión es más común en las mujeres que en los hombres. Se ha calculado que la prevalencia puntual promedio de los episodios depresivos unipolares es 1,9% para los hombres y 3,2% para las mujeres, y que 5,8% de los hombres y 9,5% de las mujeres presentará un episodio depresivo en un período de 12 meses.<sup>7</sup> Estas cifras de prevalencia varían de una población a otra. Puede afectar a los individuos en cualquier etapa de la vida, aunque la incidencia es más alta en la edad madura.<sup>7</sup>

El término “depresión mayor” se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades
- Insomnio o hipersomnia
- Cambios en el apetito o en el peso
- Retardo psicomotor o agitación
- Baja energía
- Poca concentración
- Pensamientos de culpa o inutilidad
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte o suicidio

Dichos síntomas deberán estar presentes la mayor parte del día, cada día por un mínimo de dos semanas consecutivas y, al menos uno de ellos, debe ser el 1º o el 2º de la precedente lista. Además, estos síntomas que causan distress o alteración del funcionamiento psicosocial no deben ser el resultado de un efecto fisiológico a una sustancia o enfermedad física.<sup>18</sup>

La distimia es una condición relacionada que se caracteriza por síntomas depresivos que duran más de dos años, se caracteriza por el humor depresivo, la mayor parte del día y la mayoría de los días. El estado de ánimo depresivo se acompaña de disminución o incremento del apetito, insomnio o

hipersomnias, baja energía, baja autoestima, baja concentración y sentimientos de desesperanza.<sup>18</sup>

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.<sup>7</sup>

Es esencialmente un trastorno episódico recurrente; cada episodio dura generalmente de unos pocos meses a unos años, con un período normal en medio.<sup>7</sup> En cerca de 20% de los casos, sin embargo, la depresión presenta un curso crónico sin remisión.<sup>7</sup>

Existen determinados factores de riesgo que incluyen factores genéticos, ambientales, médicos y sociales como: antecedentes personales o familiares de depresión, sexo femenino, parto, traumas en la niñez, eventos estresantes en la vida, aislamiento social, enfermedad médica grave, demencia y abuso de sustancias.<sup>3</sup>

El síndrome de depresión puede manifestarse con diversos síntomas: del humor, síntomas cognitivos, neurovegetativos y síntomas somáticos. Las alteraciones del humor pueden incluir tristeza, distress, ansiedad, irritabilidad e insensibilidad emocional. Los síntomas neurovegetativos están presentes a través de la pérdida de energía, cambios en el sueño (insomnio o bien hipersomnias), apetito y peso. No obstante, algunas poblaciones especiales como los adultos mayores, las embarazadas, personas con bajos ingresos o nivel sociocultural y pacientes con enfermedades coexistentes pueden presentar predominio de síntomas somáticos como cefalea, dolor abdominal o pélvico, lumbalgias, otros síntomas gastrointestinales, etc. Este tipo de presentación es el que suele retrasar el diagnóstico sobre todo en el ámbito de la atención primaria.<sup>19</sup>

Sin embargo, los médicos de atención primaria suelen ser aquellos que toman contacto con este tipo de pacientes y deberían contar con una herramienta de rastreo que facilite el diagnóstico. Como se hiciera referencia en el apartado anterior existen varios instrumentos para el diagnóstico, sin embargo, sólo el inventario de Beck está validado localmente. Tiene como principal inconveniente su extensión, con un tiempo medio de respuesta de 10 minutos. Consta de dos versiones, primero fue desarrollado como una escala de 21 ítems, luego una escala reducida de 13. Sus propiedades psicométricas en nuestro medio fueron analizadas por Bonicatto S. (1998).<sup>8</sup> La consistencia interna analizada con el alpha de Cronbach fue de 0.87. La validez concurrente se comparó con una sub escala del Symptom Checklist-90 (Pearson  $r = 0.68$ ). Para la validez de criterio se

formuló una hipótesis acerca de que los mayores scores de depresión serían en mujeres, en jóvenes, en personas con bajo nivel socioeconómico, ya que la literatura hace referencia a este hecho. En su análisis encontraron dichas diferencias por género y nivel socioeconómico solamente.<sup>8</sup>

Con el instrumento PHQ-9 la depresión mayor es diagnosticada si cinco o más de los nueve criterios están presentes, la mayoría de los días, en las últimas dos semanas.<sup>16</sup> Tiene una sensibilidad y una especificidad del 88%, es útil tanto para el diagnóstico como para el seguimiento.<sup>16</sup> Su score puede ir de 0 a 27, valores mayores a 10 indicarían un posible diagnóstico. Utilizando como referencia 10% de prevalencia dicho punto de corte tiene un valor predictivo positivo de 45%. Un score menor de 10 tiene un valor predictivo negativo del 99%.<sup>14</sup> Tiene un tiempo de respuesta medio de 5 minutos.<sup>14</sup>

El instrumento PHQ-2 utiliza sólo dos preguntas del instrumento anterior: son las que se refieren a la anhedonia y al estado depresivo. Fue validado en más de 6.000 pacientes del ámbito ambulatorio y clínicas ginecológicas.<sup>16</sup> La validez de constructo fue evaluada con la escala de 20 ítems Short-Form General Health Survey, la validez de criterio a través de la entrevista con médicos en una submuestra de 580 pacientes.<sup>16</sup> El resto de las propiedades se describirán en el apartado de metodología.

En Argentina se carece de datos válidos que nos describan la situación de esta patología en diferentes ámbitos, pero especialmente en atención primaria de la salud. Para el conocimiento de dichos datos es necesario contar con una herramienta de sencilla aplicación y de uso en el limitado tiempo de una consulta, que permita no sólo una orientación diagnóstica del paciente individual sino su uso a nivel poblacional.

## Definiciones teóricas

### Variables demográficas

- **Edad:** tiempo de transcurrido desde el nacimiento del/ la paciente expresado en años.
- **Situación de pareja:** vínculo personal de una persona con individuos de otro o de su mismo sexo.
- **Años de educación:** tiempo de educación formal recibida expresado en años.
- **Situación actual de empleo:** actividad laboral desempeñada por el/la paciente al momento de la consulta.
- **Nacionalidad:** lugar de nacimiento de el/la paciente.
- **Lugar de residencia:** sitio en el cual reside el paciente de manera permanente o la mayor parte del tiempo.
- **Cobertura médica:** contar con algún tipo de asistencia sanitaria a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, obstetricia, enfermería y afines.

### Variables relacionadas con antecedentes

- **Antecedentes personales:** conocimiento de circunstancias médicas previas del sujeto, especialmente las relacionadas a enfermedades crónicas no transmisibles o factores de riesgo para padecer depresión.
- **Antecedentes familiares de depresión:** conocimiento del diagnóstico de depresión en familiares directos en 1º grado.
- **Antecedentes familiares de otros trastornos mentales:** conocimiento del diagnóstico de otra alteración mental en familiares directos en 1º grado.
- **Consumo de medicación actual:** utilización diaria de fármacos prescritos o no.
- **Consumo actual de psicofármacos:** utilización diaria de psicofármacos.
- **Consumo de drogas:** uso/abuso de sustancias adictivas.
- **Consumo de tabaco:** se considerará como fumador a toda aquella persona mayor de 18 años que fuma en el momento de la consulta y que refiere haber fumado, al menos, 100 cigarrillos en toda su vida.<sup>20</sup>
- **Consumo de alcohol:** se refiere específicamente al llamado “uso no saludable de alcohol” definido como aquella ingesta de alcohol que ocasiona riesgos a la salud.<sup>21</sup>
- **Auto-percepción del estado de salud:** es el propio reconocimiento de la salud de un individuo.

### **Variables relacionadas con el síndrome depresivo**

- **Estado de ánimo depresivo:** estado de tristeza, desesperanza o depresión.
- **Anhedonia:** Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades de la vida diaria.

### **Formulación de hipótesis (si aplica)**

La versión adaptada del instrumento de diagnóstico de depresión PHQ-2 tendrá similares propiedades psicométricas que su versión original en inglés.

### **Objetivo/s o propósito/s del estudio**

#### **Objetivo general.**

El objetivo general del presente protocolo es el de realizar la adaptación transcultural y la validación del instrumento PHQ-2 que permitan su aplicación para el diagnóstico de depresión en el ámbito de la atención primaria en Argentina.

#### **Objetivos específicos**

1. Describir las características demográficas de la muestra.
2. Obtener a través del proceso de adaptación transcultural una versión en nuestro idioma del instrumento.
3. Describir la confiabilidad de la versión local obtenida del PHQ-2 a través de su reproducibilidad y consistencia interna.
4. Analizar la sensibilidad y especificidad de cada uno de los instrumentos respecto de la entrevista diagnóstica con un psiquiatra (Gold Standard).

### **Material (humano o de otro tipo) y Métodos aplicados**

Para llevar a cabo la adaptación lingüística se obtendrá la autorización de los autores del instrumento y se realizarán dos traducciones del inglés a nuestro idioma por dos traductores independientes. Estas versiones se revisarán con un panel de expertos. Luego se realizarán dos retraducciones por dos traductores diferentes. Se obtendrá una versión preliminar que será sometida a un pre-test. La versión que surja de esta etapa, luego del acuerdo con el panel de expertos, se evaluará en cuanto a su confiabilidad (reproducibilidad y consistencia interna) y validez interna.

### **Definición operacional de las variables y categorías.**

#### **Variables demográficas**

- **Edad:** ídem definición teórica. Variable numérica

- **Situación de pareja:** ídem definición teórica. Variable categórica: pareja conviviente, pareja no conviviente y sin pareja.
- **Años de educación:** ídem definición teórica. Variable numérica.
- **Situación actual de empleo:** ídem definición teórica. Variable categórica: empleo formal, informal, desocupado/a, jubilado/a, ama de casa o estudiante.
- **Nacionalidad:** ídem definición teórica. Variable categórica: argentino/a, boliviano, paraguayo, peruano, otros.
- **Cobertura médica:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.

#### VARIABLES RELACIONADAS CON ANTECEDENTES

- **Antecedentes personales:** ídem definición teórica. Variable categórica: HTA, DBT, obesidad, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, obesidad, cualquier tipo de cáncer o discapacidad física.
- **Antecedentes familiares de depresión:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Antecedentes familiares de otros trastornos mentales:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Consumo de medicación actual:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Consumo actual de psicofármacos:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Consumo de drogas:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Consumo de tabaco:** ídem definición teórica. Variable dicotómica: si o no.
- **Consumo de alcohol:** ídem definición teórica. Se explorará a través del test de Cage. Consta de cuatro preguntas. Dos respuestas afirmativas tienen una sensibilidad del 77% y 79% de especificidad, sin embargo tiene solo 53% y 70% para el diagnóstico de consumo no saludable. Al utilizarse como herramienta de rastreo, una sola respuesta afirmativa debería considerarse como positivo y complementarse con preguntas acerca de cantidad y frecuencia de consumo.<sup>22</sup> Variable ordinal.
- **Auto-percepción del estado de salud:** es el propio reconocimiento de la salud de un individuo. Se trata como variable ordinal, que será evaluada con una escala decreciente de cinco puntos: si lo consideran como excelente, buena, regular, mala o muy mala.

#### VARIABLES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DEPRESIVO

- **Estado de ánimo depresivo:** estado de tristeza, desánimo, sin energía, desesperanza o depresión. Variable categórica con las

siguientes opciones de respuesta: nunca, varios días, más de la mitad del tiempo o casi todos los días (en las últimas dos semanas).

- **Anhedonia:** pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades de la vida diaria. Variable categórica con las siguientes opciones de respuesta: nunca, varios días, más de la mitad del tiempo o casi todos los días (en las últimas dos semanas).

### **Tipo de estudio y diseño.**

Se trata de un estudio observacional de validación de instrumento.

### **Población:**

#### **a. Universo o población objetivo;**

Personas de ambos sexos, mayores de 18 años.

#### **b. Unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión;**

Personas de ambos sexos mayores de 18 años, que puedan hablar, leer y comprender el idioma local, sean capaces de separarse de sus acompañantes, no estén demasiado enfermas para participar, se trate de pacientes ambulatorios y deseen dar su consentimiento informado.

Se considerará como criterios de exclusión a las siguientes situaciones: pacientes con enfermedad grave psiquiátrica y/o física que impidan una adecuada entrevista, pacientes que no sepa leer y escribir, que no pueda brindar su consentimiento informado, pacientes embarazadas, menores de 18 años y pacientes internados.

#### **c. Población accesible. Muestra. Selección y tamaño de la muestra.**

##### **Análisis de sesgos.**

Serán considerados dentro de la población accesible a todos aquellas personas de ambos sexos, mayores de 18 años que concurren ambulatoriamente para su asistencia al Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas durante el periodo 2015 – 2016.

### **Selección de técnica e instrumento de recolección de datos. Fuentes primarias y secundarias. Prueba piloto del instrumento**

Se utilizarán datos obtenidos de fuente primaria, los datos demográficos de cada paciente serán consignados en una planilla individual. El instrumento elegido para validar es el PHQ-2 o Patient Health Questionnaire-2, que incluye sólo las dos primeras preguntas del instrumento original PHQ-9 o Patient Health Questionnaire-9. Tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 92%. Estas dos preguntas son las que se refieren al estado de ánimo depresivo y a la anhedonia, en su idioma original son:

- During the two weeks, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? (Durante las últimas dos semanas ¿se ha preocupado frecuentemente por sentirse triste, deprimido o sin esperanza?)

• During the two weeks, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things? (Durante las últimas dos semanas, ¿ha estado preocupado frecuentemente por tener poco interés o placer en hacer las cosas?)

Este instrumento tiene la ventaja de su administración verbal sencilla y que sus respuestas en una escala de 0 a 3 (0=nunca; 1= varios días; 2= más de la mitad del tiempo y 3= casi todos los días en las últimas dos semanas). Una sola respuesta positiva o un score mayor a 3 (rango de 0 a 6) indican una depresión posible. En relación con su concordancia con la entrevista realizada por psiquiatras, un score mayor a 3 tuvo un Kappa de Cohen de 0.62 vs 0.54 para el diagnóstico de cualquier desorden depresivo y de 0.48 a 0.54 para depresión mayor. El análisis con la curva de ROC mostró un área bajo la curva de 0.93 para el diagnóstico de depresión mayor y de 0.90 para el diagnóstico de cualquier desorden depresivo.<sup>16</sup>

Para realizar la adaptación transcultural y validación de los instrumentos seleccionados se procederá a cumplimentar con los siguientes pasos:

**Obtener la autorización de los autores:** en este punto del proyecto será conveniente tomar contacto con los autores de manera tal que, además de obtener su permiso se logre una vía para eventuales consultas.

**Traducción directa del idioma original de los instrumentos:** dos versiones del idioma original diferentes e independientes serán obtenidas de dos traductores con conocimiento acerca de la temática. El propósito de esta etapa es lograr una equivalencia en los conceptos de los términos traducidos, simplificarlos y evitar en estas versiones cuestiones culturales que pudieran ser ofensivas o malinterpretadas en nuestro ámbito.

**Discusión de las traducciones con un panel de expertos:** la finalidad de esta etapa es detectar los problemas (como discrepancias) surgidos de las traducciones a través de la consulta con un panel de expertos o grupo con experiencia en el tema. Los puntos a considerar serían:

- a) Que las preguntas y respuestas posibles tengan el mismo sentido tanto para los encuestadores como para los encuestados.
- b) Evitar ambigüedades
- c) Facilitar la comprensión de cada pregunta y respuesta.
- d) Obtener respuestas lo más exhaustivas posibles.

Al finalizar esta etapa se debería obtener una primera versión (Beta 1) de las encuestas traducidas al idioma local.

**Traducción inversa:** a partir de la primera versión obtenida se retraducirá al idioma original con la idea de comparar los instrumentos y asegurar que se lograron mantener los conceptos originales. Esta etapa será realizada por otros dos traductores ciegos del instrumento original y

preferentemente nativos del idioma original, para la obtención de dos versiones de retraducción.

**Revisión:** en esta etapa se revisan las dos versiones por parte de un comité de expertos con los traductores, comparando las distintas versiones con el original. Finalmente se obtendrá una versión única por consenso.

**Pre-test cualitativo o prueba piloto:** es la prueba de campo de la última versión. Se administrará la encuesta a personas semejantes a la muestra con la finalidad de identificar preguntas que generen dificultades y solucionarlas a través de entrevistas semiestructuradas que permitan obtener una versión mejorada. Se realizarán 10 entrevistas y se generarán las modificaciones necesarias, repitiéndose esta secuencia hasta la obtención de una encuesta aceptable. Para la realización de las entrevistas se confeccionará una guía que defina claramente aspectos como su duración, claridad de las preguntas e instructivos, comprensión, registro escrito de motivos de falta de comprensión o claridad, formulación alternativa de las preguntas e interpretación conceptual. La muestra en esta etapa será no probabilística e intencional y se incluirán al menos 50% de personas con nivel primario de educación.

**Obtención de la versión final:** luego de finalizado el proceso anterior, la versión final deberá ser aceptable, con una modalidad de administración definida, un diseño de la encuesta, con preguntas comprensibles y pertinentes.

Luego de la obtención de la versión final, esta se evaluará con respecto a:

**Confiabilidad:** se evaluará la confiabilidad del instrumento a través de:

- a) *Reproducibilidad* (estabilidad) por medio del Test-Retest. Para ello se aplicará el instrumento a 10 personas en dos ocasiones repetidas y distanciadas por un período de 10 días por un mismo encuestador (confiabilidad intra observador). Además, se valorará la equivalencia de la encuesta obtenida en otro grupo de 10 personas por dos encuestadores diferentes (confiabilidad inter observador).
- b) *Consistencia interna:* se evaluará el grado de correlación de las dos preguntas que componen el instrumento. Para ello se utilizará el Coeficiente Alfa de Cronbach.

**Validez interna:** al carecer de un Gold Standard, la validez de criterio se realizará a través del diagnóstico de un psiquiatra a quien se mantendrá ciego de los resultados de la encuesta.

### **Plan de análisis de los resultados.**

Para la evaluación de la confiabilidad del instrumento en la fase de Test-Retest se utilizará las variables continuas el Coeficiente de Correlación

Intraclase y se aceptarán valores iguales o mayores a 0.85. Para analizar el acuerdo en variables categóricas, dicotómicas o nominales se utilizará el Coeficiente Kappa de Cohen se aceptarán superiores a 0.6 (siguiendo a Altman, 1991).

Para la evaluación de la consistencia interna se aplicará el Coeficiente Alpha de Cronbach que evalúa la magnitud en que diferentes ítems están relacionados entre sí. Se aceptarán valores entre 0.7 a 0.9 (valores mayores indican redundancia).

Para evaluar la validez de criterio se utilizará el Coeficiente Kappa de Cohen.

### Short Patient Health Questionnaire (PHQ-2)

Over the past two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	
Little interest or pleasure in doing things?	0 = Not at all 1 = Several days 2 = More than half the days 3 = Nearly every day
Feeling down, depressed, or hopeless	0 = Not at all 1 = Several days 2 = More than half the days 3 = Nearly every day
Total point score:	

#### Score interpretation<sup>[1]</sup>:

PHQ-2 score	Probability of major depressive disorder (percent)	Probability of any depressive disorder (percent)
1	15.4	36.9
2	21.1	48.3
3	38.4	75.0
4	45.5	81.2
5	56.4	84.6
6	78.6	92.9

#### Reference:

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41:1284.

PHQ-2 reproduced with the permission of Pfizer Inc.

### Test de Cage

*C ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?*

*A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?*

*G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?*

*E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar*

*molestias por haber bebido la noche anterior?*

## Conclusión y recomendaciones para el futuro

A través de la siguiente investigación esperamos obtener la versión adaptada al idioma local del instrumento de diagnóstico de depresión PHQ-2 con similares propiedades psicométricas que su versión original en inglés.

En Argentina se carece de datos válidos que nos describan la situación de esta patología en diferentes ámbitos, pero especialmente en atención primaria de la salud. Para el conocimiento de dichos datos es necesario contar con una herramienta de sencilla aplicación y de uso en el limitado tiempo de una consulta, que permita no sólo una orientación diagnóstica del paciente individual sino su uso a nivel poblacional.

## References:

- KESSLER RC, ORMEL J, PETUKHOVA M ET AL. DEVELOPMENT OF LIFETIME COMORBIDITY IN THE WORLD HEALTH ORGANIZATION WORLD MENTAL HEALTH SURVEYS. *ARCH GEN PSYCHIATRY* 2011;68:90  
[HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/21199968](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21199968)
- Rubinow DR. Treatment strategies after SSRI failure--good news and bad news *N Engl J Med.* 2006 Mar 23; 354(12):1305-7.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16554533>
- World Health Organization. Fact sheet N°369 October 2012  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord.* 2002 Dec;72(3):227-36  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12450639>
- U.S. Preventive Task Force. Screening for depression: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-764  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020145>
- Mulrow CD, Williams JW Jr, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med* 1995;22 : 913-921.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7755226>
- Organización Panamericana de la Salud. Washington DC 2012. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.  
[http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047:da-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin-es-el-trastorno-mental-ms-frecuente-&Itemid=236](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:da-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin-es-el-trastorno-mental-ms-frecuente-&Itemid=236)
- Bonicatto S., Dew Am, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res.* 1998 Jul 13;79(3):277-85  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9704874>
- Leiderman EA, Lolich M, Vázquez GH, Depression: point-prevalence and socio demographic correlates in a Buenos Aires community sample

- Disord*;136(3):1154-8, 2012 Feb. 1573-2517  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22036799?dopt=Abstract>
- U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009;151(11):784  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19949144>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression, clinical guideline 90. October 2009.  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M et al. *CMAJ.* 2013;185 (9):775. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=23670157>
- Beck AT, Guth D, Steer RA et al. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther.* 1997;35(8):785  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=9256522>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9):606  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=11556941>
- 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 Jan; 326(7382):200-1.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=12543837>
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Medical care.* 2003. 41(11):1284-1292. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583691>
- Aiken LR, Varela Domínguez W. Test psicológicos y evaluación. 2003 ISBN 970-26-0431-1.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2005;7(4):167-76  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=16163400>
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2014.  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2014-09\\_guia-tratamiento-adiccion-tabaco2014.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2014-09_guia-tratamiento-adiccion-tabaco2014.pdf)
- Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med.* 2005;352(6):596. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15703424>
- Maisto SA, Saitz R. Alcohol use disorders: screening and diagnosis. *Am J Addict.* 2003;12 Suppl 1:S12.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=14972777>
- Majdalani MP, Aleman M, Fayanás R. et al. Validation of a short questionnaire to use in clinical consultations to detect gender violence. *Rev*

- Panam Salud Publica.* 2005 Feb;17(2):79-83.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826384>
- Casal ER, Velásquez EN, Mejía RM et al. Screening colorectal cancer. Perception and behavior of the population. *Medicina (B Aires)*. 2009;69(1 Pt 2):135-42 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414294>
- Braun S, Mejía R, Ling P et al. Tobacco industry targeting youth in Argentina. *Tob Control.* 2008 Apr 17(2):111-7.  
<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/17/2/111.abstract>
- Braun SN, Mejía R, Barnoya J et al. Tobacco advertising and press coverage of smoking and health in 10 years of Argentinean newspapers. *CVD Prev Control* 6 (3) 71-802011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24032052>