

Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile

Validity and utility of PHQ9 (Patient Helth Questionnarie) in the diagnosis of depression in user patients of primary care in Chile

Tomas Baader M., PhD¹, José Luis Molina F.¹, Silvia Venezian B.¹, Carmen Rojas C.¹, Renata Farías S.^a, Carlos Fierro-Freixenet^a, Mathias Backenstrass² y Christoph Mundt², PhD.

***Background:** Depressive disorders (TD) is a set of prevalent diseases that require proper diagnosis and treatment. In Chile, the instruments of evaluation and diagnosis are scarce. As a way to address this difficulty, the objective of this study was to validate the Spanish version of the self-reported Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the consulting population in primary care in Chile. The PHQ-9 to detect depressive symptoms as mild, moderate or severe, and has proven to be an efficient diagnostic tool. **Methods:** 1327 patients evaluated in June 2005 from five urban general practices of the Commune of Valdivia answered individually the PHQ-9. A subsample was compared with the Hamilton scale for depression, ICD-10 criteria for depression and XX version of the PHQ-9. **Results:** The PHQ-9 demonstrated a sensitivity of 92% and 89% specificity in detecting depressive patients, when compared to the Hamilton-D scale. It presents a construct validity and predictive validity concurrent with the ICD-10 criteria for depression. **Conclusions:** The PHQ-9 showed a psychometric allowing clinical use in primary care patients in Chile.*

***Key words:** Depression, PHQ-9 questionnaire, validity in primary care.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (1): 10-22*

Recibido: 30/08/2011

Aprobado: 20/03/2012

¹ Instituto de Neurociencias Clínicas, Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

² Psychiatrische Klinik, Universität Heidelberg, Heidelberg, Alemania.

^a Alumnos ayudantes, Instituto de Neurociencias Clínicas, Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.

Introducción

Los trastornos depresivos (TD) son el conjunto de enfermedades de salud mental más frecuentes en la población general. El Estudio Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos encontró una prevalencia de 9,5%, utilizando la entrevista estructurada CIDI¹. El Estudio Chileno de Patología Psiquiátrica describe una prevalencia del 9% para Depresión Mayor². En el estudio “DEPRES”³ se demostró en una prevalencia de 17% en 6 meses para los TD. El estudio de la Organización Mundial de la Salud de Carga Global de Enfermedad⁴, mostró que, después de las enfermedades cardiovasculares, eran los TD los de mayor carga de enfermedad a nivel mundial, siendo la depresión la que produce los costos económicos más altos para la sociedad⁵. Por otra parte, para mayor gravedad, más del 50% de todos los enfermos depresivos realizaran al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida⁶. Además, entre el 40 y el 50 % de todos los suicidios involucra a pacientes depresivos no tratados o insuficientemente tratados^{7,8}. En el 15% de los pacientes cursando una depresión severa, el desenlace será el suicidio consumado.

Los TD son cuadros que tienden a ser recurrentes y, eventualmente, a cronificarse, lo cual confiere gran importancia al diagnóstico y tratamiento oportuno. En este sentido, hay investigaciones que sugieren un déficit en el diagnóstico y tratamiento de los TD⁹. A nivel de la atención primaria aparece un importante problema de ventana (o error) diagnóstico, ya que el 50% de los pacientes con TD y muchas veces con riesgo suicida agudo no serían detectados^{3,10}. Se observa también que, a pesar de realizarse un diagnóstico adecuado, más de la mitad de estos pacientes no son tratados en forma suficiente (ventana o error terapéutico)¹¹.

Esta brecha entre la atención requerida y la recibida por parte de los pacientes depresivos, se explica por una serie de factores. La falencia ya mencionada a nivel de atención primaria adquiere máxima importancia, dado que más de 2/3 de los pacientes cursando un episodio depresivo, consultan inicialmente a su médico familiar o de atención primaria¹². Así, en los últimos años, se han desarrollado programas para el reconocimiento de la

depresión y su enfrentamiento, como la “Campaña para la Derrota de la Depresión”⁹ o el “Programa para el conocimiento, reconocimiento y tratamiento de la depresión”¹³. Las metas de estos programas han sido mejorar la transferencia de conocimientos entre los distintos niveles de atención de salud y, además, educar a los pacientes y sus familiares sobre los TD y sus tratamientos.

Los programas de conocimiento y psicoeducación dependen de la investigación científica en los temas de diagnóstico y tratamiento. Aquí se evidencia una deficiencia, dado que la gran mayoría de las investigaciones son realizadas con grupos de pacientes psiquiátricos hospitalizados (generalmente en centros universitarios), mientras que el perfil de los pacientes y las exigencias de tratamiento de los TD en la atención primaria son diferentes. Los estudios epidemiológicos refieren que sólo entre el 3 y el 5% de los pacientes depresivos reciben tratamiento hospitalizados en centros psiquiátricos¹⁴. Dado lo anterior, realizar generalizaciones extensivas a los pacientes de la atención primaria, a partir de la información recopilada en los estudios con pacientes hospitalizados, no parece apropiado. Estos reparos también son válidos para el área de la investigación en psicoterapia de la depresión¹⁵: la mayoría de los estudios sobre la eficacia terapéutica de la psicoterapia han sido realizados en pacientes hospitalizados con cuadros de depresión mayor^{16,17}. En los últimos años, estudios prospectivos^{18,19} han demostrado, desde una perspectiva de Salud Pública, la importancia que representan los TD más leves como la depresión menor, distimia, o el trastorno de personalidad depresiva, además de la enorme carga de enfermedad de la depresión recurrente. Está demostrado que estos trastornos tienen una tendencia a transformarse en cuadros severos como la depresión mayor y, también, a cronificarse²⁰⁻²².

Dados los antecedentes mencionados, es importante destacar que la escala PHQ-9 es un instrumento que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con TD mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro²³⁻²⁷ y el seguimiento del tratamiento en los TD²⁸. Esto lo diferencia del instrumento actualmente en uso, que corresponde

a algunos de los criterios del CIE-10, los que deben ser posteriormente evaluados en una entrevista clínica. El instrumento PHQ-9 permite separar más finamente a los pacientes que cursan con episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico encargado del programa, quien actualmente debe evaluar muchos casos de falsos positivos.

La pesquisa mediante un instrumento de autoevaluación permite su aplicación a varias personas en forma simultánea, sin citaciones especiales, lo que potencialmente permitiría aumentar la pesquisa de pacientes que requieran incorporarse al programa de depresión. Muchos pacientes frecuentemente no asocian su sintomatología corporal –por la cual consultan– con manifestaciones de un trastorno depresivo, lo cual generalmente lleva a una policonsulta frustrante, que sólo contribuye a un empeoramiento de su cuadro basal.

Material y Métodos

Participantes

Los participantes del estudio fueron 1.327 pacientes usuarios de los 5 Centros de Salud Familiar de la Ciudad de Valdivia, Chile, durante el mes de junio del 2005. En el proceso de selección se excluyó a la población menor de 20 años y se realizó una selección aleatoria sobre los pacientes citados a consulta los días en que se aplicó el PHQ-9. De la población seleccionada, un 94,98% decidió participar en el estudio, un 5,02% rechazó participar y un 2,55% no completaron los datos requeridos en el consentimiento informado. Por tanto, la muestra quedó constituida por el 92,43% de la población seleccionada (Tabla 1).

Instrumentos

Se usó la versión en español de la *escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Ques-*

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes del estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Consultorios Atención Primaria		
Cesfam Angachilla	237	17,3
Cesfam Gil de Castro	562	41,1
Cesfam Las Animas	208	15,2
Cesfam Niebla	50	3,7
Consultorio Externo	308	22,5
Datos perdidos	2	0,1
Sexo		
Femenino	1.077	78,8
Masculino	275	20,1
Datos perdidos	15	1,1
Nivel Educacional		
Básica completa	119	8,7
Básica incompleta	180	13,2
Media completa	488	35,7
Media incompleta	285	20,8
Sin escolaridad	6	,4
Univer./Técnica comp	74	5,4
Datos perdidos	118	8,6
Situación de vivienda		
Allegado	277	20,3
Arriendo	234	17,1
Casa propia	740	54,1
Indigente	15	1,1
Datos perdidos	101	7,4
Tipo de ocupación		
Cesante	209	15,3
Dueña/o de casa	501	36,6
Estudiante	127	9,3
Jubilado	57	4,2
Laboralmente activo	345	25,2
Trabajos esporádicos	12	,9
Datos perdidos	116	8,5
Estado civil		
Anulado/separado	74	5,4
Casado/a	567	41,5
Conviviente	227	16,6
Soltero/a	371	27,1
Viudo/a	45	3,3
Datos Perdidos	83	6,1

tionnaire)²⁹, la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = “nunca”, 1 = “algunos días”, 2 = “más de la mitad de los días” y 3 = “casi todos los días”. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación:

- *Síndrome depresivo mayor (SDM)*: presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

- *Otro síndrome depresivo (OSD)*: presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.
- *Síntomas depresivos positivos (SD+)*: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.
- *Síntomas depresivos negativos (SD-)*: no presenta ningún criterio diagnóstico “más de la mitad de los días” (valores < 2).

La versión original del PHQ-9²⁴ se observa en la Figura 1.

Nine-symptom Checklist				
Name _____		Date _____		
Over the <i>last 2 weeks</i> , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3
(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)				
If you checked off <i>any</i> problems, how <i>difficult</i> have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?				
Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at http:// www.pfizer.com. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.</p>				

Figura 1. Versión original en inglés del PHQ-9.

Instrumentos de validación: Para realizar la validación de la encuesta PHQ-9 al español en Chile, se tomó una submuestra de grupos extremos constituida por un total de 90 pacientes definida por los siguientes criterios:

- Grupo 1 (30 sujetos): pacientes pertenecientes al grupo SDM.
- Grupo 2 (30 sujetos): pacientes pertenecientes al grupo OSD.
- Grupo 3 (30 sujetos): pacientes pertenecientes al grupo SD-.

Los participantes de estos 3 subgrupos derivados de la primera evaluación, fueron evaluados clínicamente durante las siguientes 24 horas, por un médico psiquiatra con los siguientes instrumentos:

- Escala para Depresión de Hamilton (Hamilton-D).
- Entrevista psiquiátrica con criterios CIE-10 para depresión.
- Escala PHQ-9 dirigida, es decir, preguntada ítem por ítem por el entrevistador para evaluar su validez interna.

Los evaluadores eran ciegos al subgrupo de pertenencia del paciente a evaluar, para eliminar el sesgo de selección.

Análisis estadístico

Se estructuró una base de datos y su análisis mediante el programa estadístico SPSS 14. Se realizó un análisis descriptivo basado en los valores de las escalas y rangos. Se determinó frecuencias, promedios, medianas, así como rangos y desviaciones estándares. Para evaluar las características psicométricas del instrumento se utilizaron las siguientes técnicas:

- La confiabilidad de la consistencia interna se evaluó mediante *Alfa de Cronbach*.
- La validez de constructo se evaluó mediante *el r de Pearson y análisis factorial*.
- La validez predictiva por correspondencia de diagnósticos se evaluó con el *coeficiente de contingencia*.

Con respecto a los resultados generales del estudio se realizaron las siguientes evaluaciones:

- Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y de investigación y se crearon perfiles epidemiológicos.
- Para evaluar las diferencias entre los grupos se realizó un *análisis de varianza*.
- La asociación entre las variables se evaluó mediante el *r de Pearson*.
- Con respecto a la predictividad del instrumento en cuanto a diagnóstico, se crearon fórmulas predictivas, a través de un *análisis de regresión múltiple*.

Consideraciones éticas

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile y todos los pacientes evaluados que participaron en el firmaron un consentimiento informado, en que se explicaba el uso anónimo de los datos entregados y que no influía la participación o no en el estudio en la calidad u oportunidad de su atención en el consultorio en que estaban consultando. Además se informó que todo paciente que cumplía con criterios de severidad en su depresión sería derivado a la unidad terapéutica para recibir ayuda. Finalmente el Instrumento PHQ-9 ha sido usado con la autorización según las normas establecidas en la página web de la Compañía Pfizer (www.pfizer.com), que tiene los derechos reservados del instrumento, que fue desarrollado en el estudio PRIMEMDTODAY por los autores Drs. I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols en el año 1999³².

Resultados

Resultados diagnósticos

La Tabla 2 presenta los resultados de la distribución diagnóstica de depresión en los pacientes de la muestra, destacando que un 10,8% de la población evaluada presentaba síntomas de un cuadro depresivo mayor y un 12,4% de depresión menor, lo que suma un total de 23,2% de pacientes con algún trastorno depresivo.

Confiabilidad del PHQ-9

Los resultados de la aplicación del PHQ-9 tuvieron una consistencia interna aceptable con un

Tabla 2. Prevalencia de depresión en la población consultante de atención primaria del sur de Chile detectada según escala de autoevaluación PHQ-9

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Sin depresión según PHQ9	889	65,0	76,8
	Otra Depresión según PHQ9	143	10,5	12,4
	Depresión Mayor según PHQ9	125	9,1	10,8
	Total	1.157	84,6	100,0
Perdidos	Sistema	210	15,4	
Total		1.367	100,0	

Tabla 3. Validez de constructo a través de análisis Factorial. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,219	46,872	46,872	4,219	46,872	46,872
2	,814	9,046	55,918			
3	,743	8,258	64,176			
4	,658	7,315	71,491			
5	,617	6,857	78,349			
6	,592	6,575	84,923			
7	,483	5,367	90,290			
8	,457	5,073	95,363			
9	,417	4,637	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835, lo que indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes.

La Varianza total indica que el “ítem uno” explica el 47% de los resultados. El “ítem dos” alcanza un 9% de la explicación de la varianza, y en el resto de los ítems el porcentaje va disminuyendo progresivamente en orden numérico hasta el ítem 9 que alcanza un 4,6% de la varianza. El análisis de componentes principales arrojó una correlación positiva alta de los resultados del PHQ-9 con cada uno de los ítems de la encuesta. La varianza total explicada y la matriz de componentes pueden observarse en la Tabla 3 y 4 respectivamente.

El coeficiente de KMO (0,913) indica que el análisis factorial es una técnica útil para el estudio.

Tabla 4. Matriz de componentes (a)

	Componente 1
Ítem 1 (PHQ 9)	,655
Ítem 2 (PHQ 9)	,762
Ítem 3 (PHQ 9)	,684
Ítem 4 (PHQ 9)	,756
Ítem 5 (PHQ 9)	,654
Ítem 6 (PHQ 9)	,724
Ítem 7 (PHQ 9)	,640
Ítem 8 (PHQ 9)	,622
Ítem 9 (PHQ 9)	,652

Método de extracción: Análisis de componentes principales a 1 componentes extraídos.

Además mediante la prueba de esfericidad de Bartlett, la hipótesis nula queda rechazada ($p < 0,05$). El coeficiente de KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett se observan en la Tabla 5.

Correlación del PHQ-9 con otros instrumentos

La Tabla 6 presenta la correlación r de Pearson entre las variables “Puntaje total cuestionario DPHQ 9” y “Puntaje total Hamilton”. El resultado indica una “correlación positiva considerable” ($r > 0,75$) y “significativa” (significativo al nivel de 0,01).

La Figura 2 presenta el diagrama de dispersión entre los resultados obtenidos en las encuestas de Hamilton-D y PHQ-9 dirigida, mostrando una “correlación positiva muy fuerte”.

La Tabla 7 presenta la Validez de Criterio concurrente entre Escala Hamilton-D y Depresión según PHQ-9, destacándose el porcentaje del Criterio “Sin depresión” de la Escala Hamilton-D que se encuentra dentro del Criterio PHQ9 “Sin Depresión” (91,7%), y el porcentaje del Criterio “Depresión Mayor” de la Escala Hamilton-D que

Tabla 5. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,913
Prueba de esfericidad de Bartlett	χ^2 aproximado	3322,712
	gl	36
	Sig.	,000

Tabla 6. Correlación r de Pearson entre encuesta de Hamilton y entrevista con PHQ-9 dirigida (muestra validez)

		Puntaje total Cuestionario PHQ 9
Puntaje total Hamilton	Correlación de Pearson	,758**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	95

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

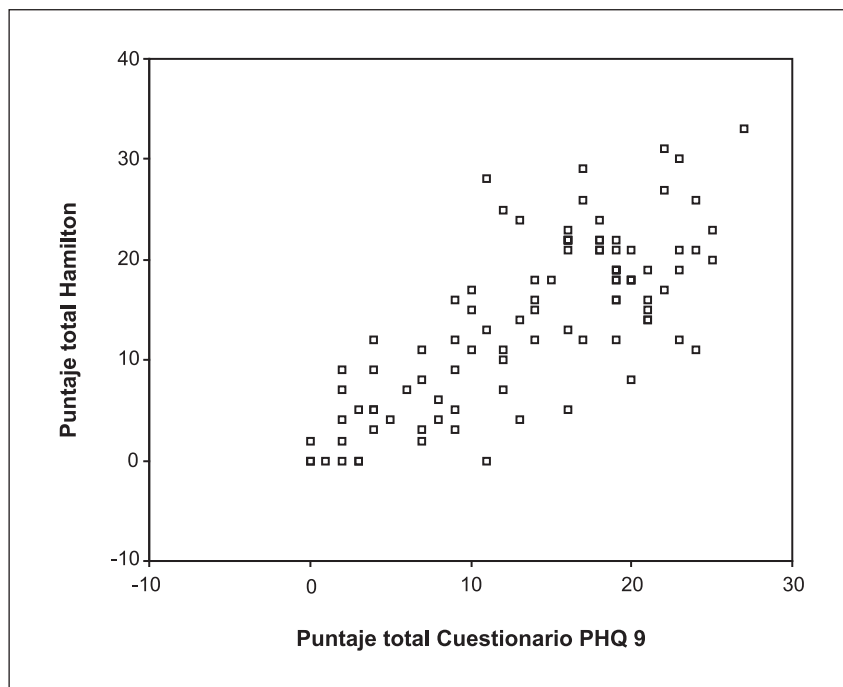


Figura 2. Dispersión entre encuesta de Hamilton-D y entrevista con PHQ-9 dirigida (muestra validez).

Tabla 7. Validez de Criterio concurrente Escala Hamilton-D y Depresión según PHQ9

Criterio	Sin depresión	Recuento	Criterio Depresión según PHQ9			Total
			PHQ9 Sin Depresión	PHQ9 Otra Depresión	PHQ9 Depresión Mayor	
Escala Hamilton	Sin depresión	Recuento	22	2	0	24
		% de Criterio Escala Hamilton	91,7%	8,3%	,0%	100,0%
		% de Criterio Depresión según PHQ9	61,1%	33,3%	,0%	26,7%
		% del total	24,4%	2,2%	,0%	26,7%
	Depresión menor	Recuento	8	1	6	15
		% de Criterio Escala Hamilton	53,3%	6,7%	40,0%	100,0%
		% Criterio de Depresión según PHQ9	22,2%	16,7%	12,5%	16,7%
		% del total	8,9%	1,1%	6,7%	16,7%
	Menos que depresión mayor	Recuento	4	1	10	15
		% de Criterio Escala Hamilton	26,7%	6,7%	66,7%	100,0%
		% de Criterio Depresión según PHQ9	11,1%	16,7%	20,8%	16,7%
		% del total	4,4%	1,1%	11,1%	16,7%
Depresión mayor	Recuento	2	2	29	33	
	% de Criterio Escala Hamilton	6,1%	6,1%	87,9%	100,0%	
	% Criterio de Depresión según PHQ9	5,6%	33,3%	60,4%	36,7%	
	% del total	2,2%	2,2%	32,2%	36,7%	
Más que depresión mayor	Recuento	0	0	3	3	
	% de Criterio Escala Hamilton	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% de Criterio Depresión según PHQ9	,0%	,0%	6,3%	3,3%	
	% del total	,0%	,0%	3,3%	3,3%	
Total	Recuento	36	6	48	90	
	% de Criterio Escala Hamilton	40,0%	6,7%	53,3%	100,0%	
	% Criterio de Depresión según PHQ9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	40,0%	6,7%	53,3%	100,0%	

se encuentra dentro del Criterio PHQ9 “Depresión Mayor” (87,9%).

La Tabla 8 presenta la Validez de Criterio concurrente entre CIE-10 y Depresión según PHQ-9, destacándose el porcentaje del criterio “Sin depresión” de la escala Episodio depresivo F32 que se encuentra dentro del criterio “PHQ9 Sin Depresión” (86,2%), y el porcentaje del criterio “Episodio depresivo grave” de la escala Episodio depresivo F32 que se encuentra dentro del criterio “PHQ9 Depresión Mayor” (86,4%).

Discusión

La utilización en Chile de la versión en español del PHQ-9²⁹ tendría diversas ventajas. Fue desarrollada fundamentalmente para su uso en atención primaria en salud²⁴ (APS) donde se requiere efectuar diagnósticos rápidos sin perder la efectividad. En Chile alrededor del 70% de los enfermos depresivos consulta en este nivel de atención. Es un instrumento que permite evaluar el diagnóstico y la gravedad de los TD, así como también los

Tabla 8. Validez de Criterio concurrente CIE-10 y Depresión según PHQ9

			Criterio Depresión según PHQ9			Total
			PHQ9 Sin Depresión	PHQ9 Otra Depresión	PHQ9 Depresión Mayor	
Episodio depresivo F32	Sin depresión	Recuento	25	3	1	29
		% de Episodio depresivo F32	86,2%	10,3%	3,4%	100,0%
		% de Criterio Depresión según PHQ9	73,5%	50,0%	2,2%	33,7%
		% del total	29,1%	3,5%	1,2%	33,7%
	Episodio depresivo leve	Recuento	3	0	4	7
		% de Episodio depresivo F32	42,9%	,0%	57,1%	100,0%
		% de Criterio Depresión según PHQ9	8,8%	,0%	8,7%	8,1%
		% del total	3,5%	,0%	4,7%	8,1%
	Episodio depresivo moderado	Recuento	4	2	22	28
		% de Episodio depresivo F32	14,3%	7,1%	78,6%	100,0%
		% de Criterio Depresión según PHQ9	11,8%	33,3%	47,8%	32,6%
		% del total	4,7%	2,3%	25,6%	32,6%
Episodio depresivo grave	Recuento	2	1	19	22	
	% de Episodio depresivo F32	9,1%	4,5%	86,4%	100,0%	
	% de Criterio Depresión según PHQ9	5,9%	16,7%	41,3%	25,6%	
	% del total	2,3%	1,2%	22,1%	25,6%	
Total	Recuento	34	6	46	86	
	% de Episodio depresivo F32	39,5%	7,0%	53,5%	100,0%	
	% de Criterio Depresión según PHQ9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	39,5%	7,0%	53,5%	100,0%	

cambios de éstos en el tiempo, lo que posibilita un seguimiento del tratamiento en los TD²⁸. Además, el PHQ-9 es autoadministrado, requiere escaso tiempo para responderlo y se puede aplicar simultáneamente a varias personas.

Al igual que en los estudios PHQ-9 original²⁴ y PHQ-9 español²⁹, la validez de criterio fue evaluada mediante una entrevista estructurada por un médico psiquiatra. La versión auto-administrado en Chile del PHQ-9 ha presentado una validez diagnóstica en pacientes de atención primaria comparable con la versión original en Inglés²⁴. Esto, según la sensibilidad (88%) y especificidad (92%) demostrada respecto de la Escala Hamilton-D aplicada en la entrevista con el médico psiquiatra,

en comparación con el 88% de sensibilidad y 88% de especificidad obtenida en la versión original¹, valores que también se repiten en el PHQ-9 español²⁹. En cuanto a la comparabilidad con el PHQ-9 original²⁴, cabe destacar que este último se aplicó en pacientes de 7 clínicas gineco-obstétricas y 8 clínicas de atención primaria en salud, siendo el segundo grupo altamente comparable con la población utilizada en nuestro estudio. Respecto del estudio español²⁹, pese a tratarse del mismo instrumento, en este el PHQ-9 se aplicó exclusivamente sobre pacientes hospitalizados.

En cuanto a sensibilidad y especificidad la versión original en inglés del PHQ-9²⁴ fue comparada con los cuestionarios HADS ("Hospital Anxiety

and Depression Scale”) y WBI-5 (“WHO (five) Well Being Index”), demostrando ser significativamente superior a ambos para la detección del “desorden depresivo mayor”²⁵.

La consistencia interna del PHQ-9 en este estudio (coeficiente alfa = 0,835) fue menor que en los estudios de Estados Unidos²⁴ (coeficiente alfa = 0,86-0,89). Sin embargo, su fiabilidad está dentro del rango aceptable. Al ser un instrumento de auto-reporte, se sugiere un alfa de Cronbach de al menos 0,7 para que sea confiable.

La correlación positiva alta de los resultados del PHQ-9 con cada uno de los ítems de la encuesta encontrada en nuestro estudio había sido demostrada anteriormente para el PHQ-9 original^{26,30}; también se demostró la superioridad que en este aspecto tiene el PHQ-9 respecto del HSCL-20 (Hopkins Symptom Checklist-20), otro instrumento autoadministrado utilizado para evaluar depresión.

Es importante destacar la importancia que de-

mostró el ítem 1 del PHQ-9, “tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas”, en cuanto a explicar casi la mitad de los resultados (47% de la varianza), lo que le otorga un significado considerablemente mayor que el resto de los ítems en la clasificación de los pacientes.

En Chile, durante el año 2001, el Ministerio de Salud dio inicio al Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, el cual el 2003 satisfacía a un 25% de la demanda estimada en el sector público³¹. La aplicación generalizada del PHQ-9 a todos los pacientes consultantes en APS permitiría detectar una gran cantidad de casos que hoy en día permanecen sin diagnóstico ni tratamiento.

En conclusión, debido a su fácil administración, buena aceptación y su potencia para detectar TD, además de su brevedad y mínimos requerimientos operativos, el PHQ-9 resulta una herramienta de primera línea para el diagnóstico de los TD en atención primaria.

Resumen

Introducción: Los trastornos depresivos (TD) son un conjunto de enfermedades prevalentes que requieren de un adecuado diagnóstico y tratamiento. En Chile, los instrumentos de evaluación y diagnóstico son escasos. Como forma de enfrentar esta dificultad, el objetivo del presente estudio fue validar la versión en español del auto-reporte Patient Health Questionnaire (PHQ-9), en la población consultante de la atención primaria en Chile. El PHQ-9 permite detectar sintomatología depresiva leve, moderada o severa, y ha demostrado ser un eficiente instrumento de diagnóstico.

Material y Método: 1.327 pacientes evaluados en junio 2005, provenientes de 5 consultorios generales urbanos de la Comuna de Valdivia respondieron individualmente el PHQ-9. Una submuestra fue comparada con la escala de Hamilton para depresión, los criterios CIE-10 para depresión y la versión XX del PHQ-9. **Resultados:** El PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton-D. Además, presenta una validez de constructo y una validez predictiva concurrente con los criterios de CIE-10 para depresión. **Conclusiones:** El PHQ-9 mostró un comportamiento psicométrico que permite su utilización clínica en pacientes de atención primaria en Chile.

Palabras clave: Depresión, cuestionario PHQ-9, validez, atención primaria.

Anexo 1. Versión en español del PHQ-9 validada para Chile

Nombre _____ Fecha _____

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio-o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc³².

“Encuesta validada para Chile por Baader, T. et al. Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2012.”

Referencias

1. Kessler R, Chui W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 6: 617-27.
2. Vicente B, Rioseco P, Valdivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-36.
3. Lepine J, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 19-29.
4. Murray C, López A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436-42.

5. Katon W, Von-Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E, *et al.* Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 355-62.
6. Jamison K (1990). Suicide in manic depressive illness. In F.K. Goodwin & K.R. Jamison (Eds), *Manic-depressive illness* (pp.157-173). London: Oxford University Press.
7. Rihmer Z, Barsi J, Veg K, Katona C. Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *J Affect Disord* 1990; 20: 87-91.
8. Rohde A. (1999). Suizidalität. In A. Maneros (Ed), *Handbuch der unipolaren and bipolaren Erkrankungen* (pp. 194-202). Stuttgart: Thieme.
9. Paykel E, Tylee A, Wright A, Priest R, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: Psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 59-65. Lepine *et al.*, 1997.
10. Ormel J, Koeter M, Van-Den-Brink W, Van-De-Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 700-6.
11. Maier W, Linden M, Sartorius N. Psychische Erkrankungen in der Allgemeinarztpraxis. *Deutsches Ärzteblatt*: 1996; 93: 1202-1206.
12. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*: 1996; 67: 205-215.
13. Regier D, Hirschfeld R, Goodwin F, Burke J, Lazar J, Judd L. The NIMH Depression Awareness, Recognition and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1351-7.
14. Wittchen H, Perkonig A (1996). Epidemiologie psychischer Störungen: Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. In A. Ehlers & Hahlweg (Eds), *Enzyklopädie der Psychologie. Grundlagen der Klinischen Psychologie* (Band 1) (pp. 69-144). Göttingen: Hogrefe.
15. Schramm E, Kronmüller K, Mundt C. (1999). Psychotherapien. In A. Maneros (ED), *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen* (pp. 269-304). Stuttgart: Thieme.
16. Frank E, Kupfer D. Efficacy of combined imipramine and interpersonal psychotherapy. *Psychopharmacol Bull*: 1987; 23: 4-7.
17. Jong-Meyer R, Hautzinger M, Rudolf G, Strauss W, Frick U. Die Überprüfung der Wirksamkeit einer Kombination von Antidepressiva- und Verhaltenstherapie bei depressiven Patienten: Varianzanalytische Ergebnisse zu den Haupt- und Nebenkriterien des Therapieerfolgs. *Zeitsch Klin Psychologie* 1996; 25: 93-109.
18. Maier W, Gansicke M, Weiffenbach O. The relationship between major and subthreshold variants of unipolar depression. *J Affect Disord* 1997; 45: 41-51.
19. Judd L, Akiskal H, Paulus M. The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997; 45: 5-17.
20. Katon W, Lin E, Von-Korff M, Bush T, Walker E, Simon G, *et al.* The predictors of persistence of depression in primary care. *J Affect Disord* 1994; 31: 81-90.
21. Spitzer R, Kroenke K, Linzer M, Hahn S, Williams J, Degruy F, Brody D, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995; 274: 1511-7.
22. Judd L, Akiskal H, Maser J, Zeller P, Endicott J, Coryell W, *et al.* Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998; 50: 97-108.
23. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of self-report version of PRIME-ME: The PHQ primary care study. *J Am Med Assoc*: 1999; 282: 1737-1744.
24. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
25. Löwe B, Spitzer R, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, *et al.* Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78: 131-140.
26. Martin A, *et al.* Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 71-7.
27. Backenstrass M, Frank A, Joest K, Hingmann S,

- Mundt Ch, Kronmüller K-T. A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 35-41.
28. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord*: 2004; 81: 61-6.
29. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosom Med* 2001; 63: 679-86.
30. Lee P, Schulberg H, Raue P, Kroenke K. Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20 in depressed primary care patients. *J Affect Disord*: 2007; 99: 139-45.
31. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 18 (4/5): 346-58.
32. PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.

Correspondencia:
Dr. Tomas Baader
Instituto Neurociencias Clínicas.
Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina.
Edificio Ciencias Biomédicas
Campus Isla Teja, Valdivia.
Teléfono: 0056-63-221327
Fax: 0056-63-293764
E-mail: tbaader@uach.cl