

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa
Febrero del 2017”**

Tesis presentada por la bachiller:

WENDY LESLIE MESSA AGUILAR

Para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

**DR. RICARDO IBAÑEZ BARREDA
MÉDICO PSIQUIATRA**

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de ser instrumento suyo a través de los diversos conocimientos que gracias a mis maestros he adquirido, por darme fortaleza en los momentos en los que ni yo creía en mí y por ser Él mi mayor motivación; a mis padres por ser mi sostén, por brindarme tanto amor y enseñarme que todo lo que uno se propone se logra si uno es constante; a mi hermano, porque a pesar de su corta edad, me ha enseñado tanto.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	8
CAPÍTULO II RESULTADOS	14
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42
Anexo 1 Proyecto de investigación	43
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	90

RESUMEN

Antecedentes: Los síntomas depresivos pueden ser frecuentes, pero de difícil detección en ciertos grupos con patología por dependencia de sustancias.

Objetivo: establecer la utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.

Métodos: Se encuestó una muestra de personas con consumo de alcohol que cumplieron criterios de selección; se aplicó una ficha de recolección de datos sociodemográficos, el test AUDIT, el cuestionario PHQ-9, y el inventario de depresión de Beck. Se comparan grupos con prueba chi cuadrado, se establece concordancia mediante prueba kappa de Fleiss y se establecieron los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos en tablas tetracóricas.

Resultados: Se logró captar a 61 personas; la mayoría fueron varones con un 95.08% el mayor porcentaje (32.79%) de personas de la muestra tenía entre 40 y 49 años. El estado civil preponderante fue de solteros con un 31.15%. En cuanto al nivel de instrucción se observó que el 62.30% de la muestra poseía hasta el nivel secundario de instrucción. La mayoría de los participantes poseían trabajos independientes (55.74%). El test AUDIT encontró que 93.44% muestra dependencia al alcohol y 6.56% muestra un consumo perjudicial. Con el test PHQ-9 se identificó depresión en 77.05% en cambio con el test de Beck se encontró depresión en 83.61% pero ambos con proporciones similares; las pruebas concordaron en un 60% según Kappa de Fleiss, Finalmente, encontramos que el PHQ-9 tuvo una sensibilidad de 88.2%, especificidad de 80%, valor predictivo positivo de 95.7% y un valor predictivo negativo de 57.1%.

Conclusiones: El test PHQ-9 es una prueba útil y de fácil aplicación para la detección de síntomas depresivos en personas que acuden a grupos de apoyo por dependencia al alcohol en Arequipa.

PALABRAS CLAVE: dependencia al alcohol – test AUDIT – depresión – PHQ-9 – test de Beck.

ABSTRACT

Background: Depressive symptoms may be frequent but difficult to detect in certain groups with substance dependence pathology.

Objective: Establish the utility of the PHQ-9 scale for the diagnosis of depression in members of self-help groups of Alcoholics Anonymous, Arequipa in the period of February, 2017.

Methods: A sample of people with alcohol consumption who met selection criteria were surveyed; Of a sociodemographic data collection form, the AUDIT test, the PHQ-9 questionnaire, and the Beck depression inventory. Chi-squared groups were compared and concordance was established using the Fleiss kappa test and values of sensitivity, specificity and predictive values were established in tetramer tables.

Results: 61 people were captured, the majority were men with 95.08%, the highest percentage (32,79%) of people in the sample was between 40 and 49 years old. The preponderant marital status was single with 31.15%. Regarding the level education, it was observed that 62.30% of the sample possessed up to the secondary level of instruction. Most of the participant had independent jobs (55.74%). The AUDIT test found that 93.44% showed alcohol dependence and 6.56% showed a harmful consumption. With the PHQ-9 test, depression was identified in 77.05% on the other hand, the Beck test in 83.61%, but both had similar proportions. The tests agreed on 60% according to Fleiss's Kappa. Finally, we found that PHQ-9 had a sensitivity of 88.2%, specificity of 80%, positive predictive value of 95.7% and a negative predictive value of 57.1%.

Conclusions: Thus, it is concluded that the PHQ-9 test is a useful and easily applied test for the detection of depressive symptoms in people attending alcohol dependence support groups.

KEY WORDS: alcohol dependence – AUDIT test - depression - PHQ-9 - Beck test.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo como los de la depresión son un problema importante de salud pública ya que se ha visto al no ser detectados a tiempo cobran un precio alto a nivel mundial, llegando a ser la tercera causa de morbilidad con un 4,3%. Se ha llegado a predecir que para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial, lo que hace importante que esta sea detectada precozmente en los niveles de atención primaria y en los grupos de riesgo. ¹

El alcoholismo es también un problema de interés mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre el consumo de alcohol en América para el 2010, señalaba que en Perú el 13,5% de la población ha tenido problemas con el consumo de alcohol; estos episodios son nocivos cuando se consumen cuatro o cinco bebidas alcohólicas, al menos en una ocasión en los últimos 30 días. El consumo aumentó en hombres bebedores que tienen consumos episódicos fuertes de 18% a casi 30% en 5 años mientras que en las mujeres aumentó de 4,6% a 13%. El incremento en el consumo de alcohol se puede deber a la alta disponibilidad del alcohol, al bajo precio de la bebida, y a la gran promoción y publicidad que tiene. ^{1, 2}

El alcohol es un factor de riesgo para enfermedades crónicas, que afectan no sólo al hígado sino también al sistema cardiovascular y nervioso; en este último, se acompaña de alteraciones neuropsiquiátricas, y permanece como un problema del “huevo y la gallina” el saber si la depresión es producto del consumo de alcohol, o si ésta lleva a su consumo. Lo que si se ha evidenciado es que la presencia de depresión en pacientes

con problemas asociados al consumo de alcohol, es un factor predictivo en las recaídas de su consumo de alcohol.³

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente crónico y su identificación es insuficiente debido a diferentes motivos, como: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, y considerar como normal la presencia de ansiedad o depresión. Por ello es indispensable que los profesionales dedicados a estos pacientes dispongan del conocimiento y de los instrumentos necesarios para diferenciar los trastornos psicopatológicos de los trastornos mentales debidos a la enfermedad médica (incluyendo los tratamientos médicos).⁴

Durante la formación profesional en medicina, he podido observar que el alcoholismo es un problema creciente, que produce inestabilidad emocional en la familia, y no pocas veces se acompaña de trastornos del estado de ánimo y depresión, por lo que surge el interés de encontrar la mejor manera de identificar síntomas depresivos, dado que en este grupo puede ser difícil realizar una entrevista psiquiátrica o la aplicación de pruebas extensas, y el cuestionario PHQ-9 es una forma abreviada y útil para la detección de depresión, así pues nace el interés para la realización del presente proyecto, y dada la escasez de estudios al respecto, se plantea la elaboración de la investigación utilizando para validar los resultados de dicho cuestionario, el inventario de Depresión de Beck (BDI) como prueba de oro, debido a que se ha hallado que EL BDI tiene propiedades psicométricas adecuadas y es válido para realizar estudios de comorbilidad de trastornos del estado de ánimo en pacientes con problemas asociados al consumo de alcohol^{5,6}

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos sociodemográficos, en el cuestionario sobre la salud de paciente PHQ-9, en el inventario de depresión de Beck, en Test AUDIT además del consentimiento informado por parte de cada miembro que participe voluntariamente.

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de enero y febrero del 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes con dependencia al alcohol que asisten a los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa.

Población: Todos los pacientes con dependencia al alcohol que acuden a grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: No se calculó un tamaño de muestra ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de dependencia a alcohol
- Pacientes con diagnóstico de consumo perjudicial.
- Pacientes mayores de 17 años de edad.
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio

- **Exclusión**

- Pacientes que presenten duelo reciente (menos de 2 meses)
- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico de trastorno bipolar
- Personas analfabetas
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** es un estudio descriptivo.

5. **Diseño de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

6. Estrategia de Recolección de datos

6.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con los líderes de los Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos, se recogieron datos durante el proceso de identificación y aceptación voluntaria de los miembros que desearon participar en la investigación.

En aquellos que cumplan los criterios se les aplicará los instrumentos del estudio, esperando a una distancia y un tiempo prudencial para solucionar dudas y recabar las fichas de estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

6.2. Validación de los instrumentos

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) es una herramienta útil para establecer un diagnóstico formal de depresión, ayudando en la decisión de empezar un tratamiento específico y monitorizar su tratamiento. Es sencilla de administrarse, incluso podría entregarse al paciente para que la complete en la consulta ambulatoria.

Interpretación

- Síntomas depresivos mínimos: <10

- Depresión leve: 10 – 14
- Depresión moderada: 15-19
- Depresión grave: 20-27

Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento

Sume los números para obtener la puntuación total.

Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía:

Puntuación	Acción
≤ 4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

El **inventario de depresión de Beck** segunda edición (BDII) contiene ítems que el paciente elige entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado de estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se aplica el instrumento. Su duración aproximada es de 5-10 minutos. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos. La suma total se puede obtener de 0 a 63. Se categorizará de la siguiente manera: Ausente:0-7, Leve: 10-18, Moderada: 19-29 y Grave: 30-60.

El **Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA)** para población peruana presenta una muy buena confiabilidad puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$),

dos mitades o splithalf ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación pares y nones ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test retest que evalúa la estabilidad del instrumento ($r = 0.996$; $p < 0.01$) son altos dado que los valores estimados superan el umbral del punto de corte igual a 0.70, considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.⁷

El Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (**AUDIT**) Fue desarrollado por la OMS como un método de tamizaje y como instrumento de apoyo en intervención breve. Ayuda a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o una dependencia de alcohol. Tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 93% y posee la ventaja de que puede ser aplicado con rapidez.⁸

6.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en la Ficha de Recolección de datos sociodemográficos fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas se realizó con la prueba chi cuadrado. Los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo se calcularon en tablas tetracóricas mediante el teorema de Bayes con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 1

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según edad y sexo

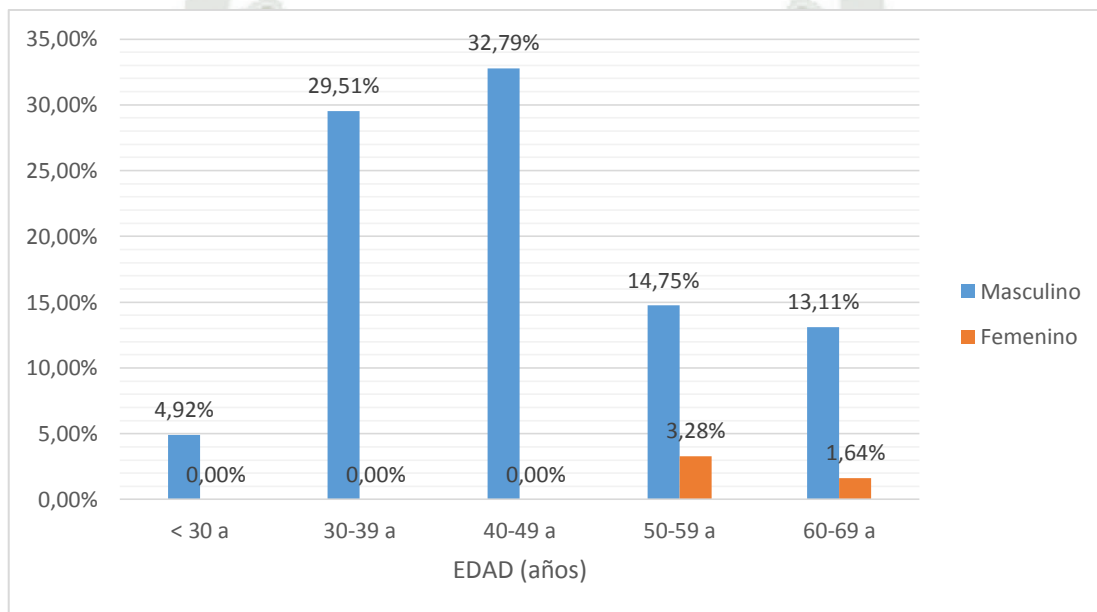
Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 30 a	3	4.92%	0	0.00%	3	4.92%
30-39 a	18	29.51%	0	0.00%	18	29.51%
40-49 a	20	32.79%	0	0.00%	20	32.79%
50-59 a	9	14.75%	2	3.28%	11	18.03%
60-69 a	8	13.11%	1	1.64%	9	14.75%
Total	58	95.08%	3	4.92%	61	100.00%

De las 61 personas captadas en el estudio se muestra la distribución de edad y sexo de los pacientes; donde el 95.08 % de casos fueron varones, con edad que en 32.79% de casos estuvo entre los 40 y 49 años. La edad promedio para los varones fue de 44.64 ± 10.69 años y para las mujeres fue de 58.67 ± 4.04 años.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 1

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (min – máx)

- Masculino: 44.64 \pm 10.69 años (25 – 68 años)
- Femenino: 58.67 \pm 4.04 años (55 – 63 años)

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 2

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según estado civil

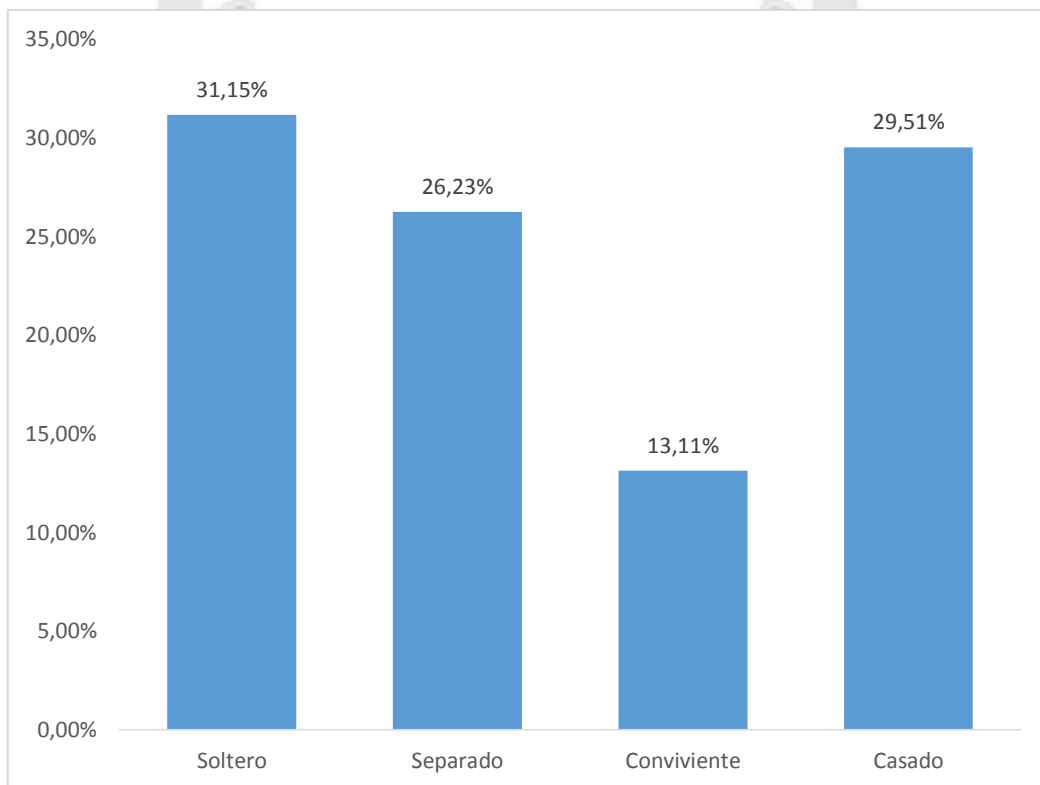
	N°	%
Soltero	19	31.15%
Separado	16	26.23%
Conviviente	8	13.11%
Casado	18	29.51%
Total	61	100.00%

En esta tabla se muestra que el estado civil de los participantes estuvo encabezado por solteros (31.15%), seguido de casados, separados y finalmente conviviente con un 13.11%.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 2

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según estado civil



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 3

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según nivel de
instrucción**

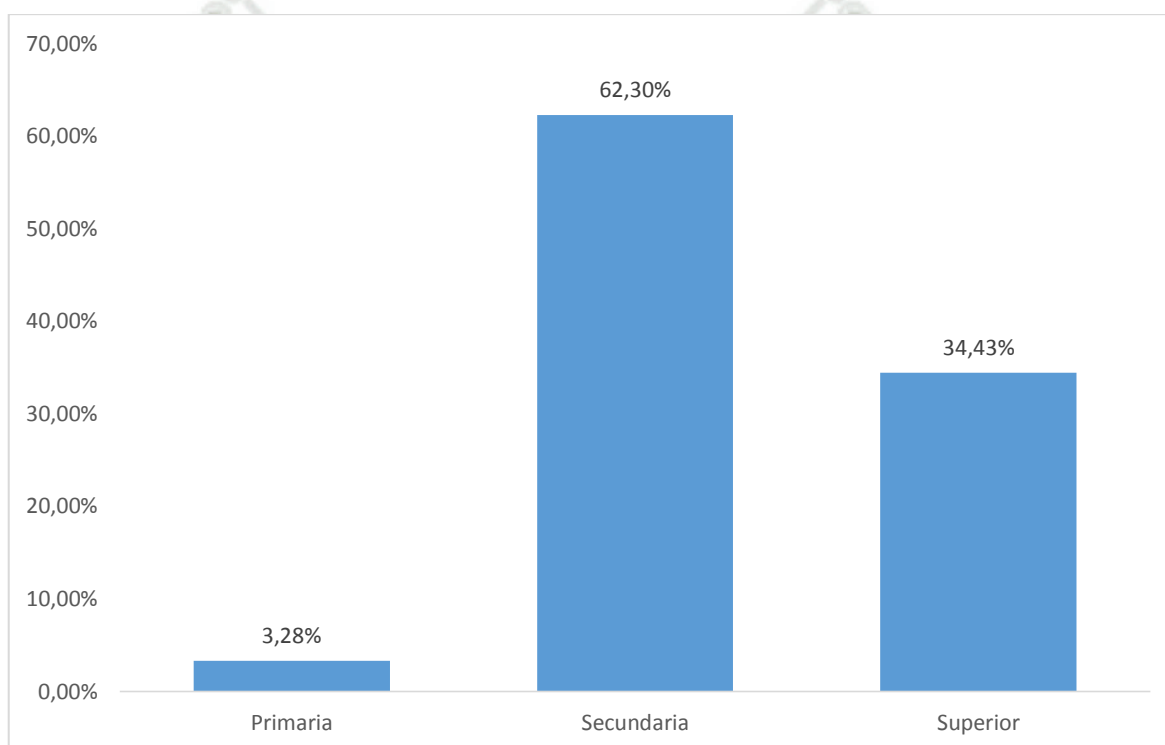
	N°	%
Primaria	2	3.28%
Secundaria	38	62.30%
Superior	21	34.43%
Total	61	100.00%

Esta tabla muestra que en su mayoría los participantes al tener educación secundaria a más están preparados para la vida activa, ya que han logrado desarrollar habilidades que les permita estar dentro del mundo laboral.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 3

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según nivel de
instrucción**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 4

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según ocupación

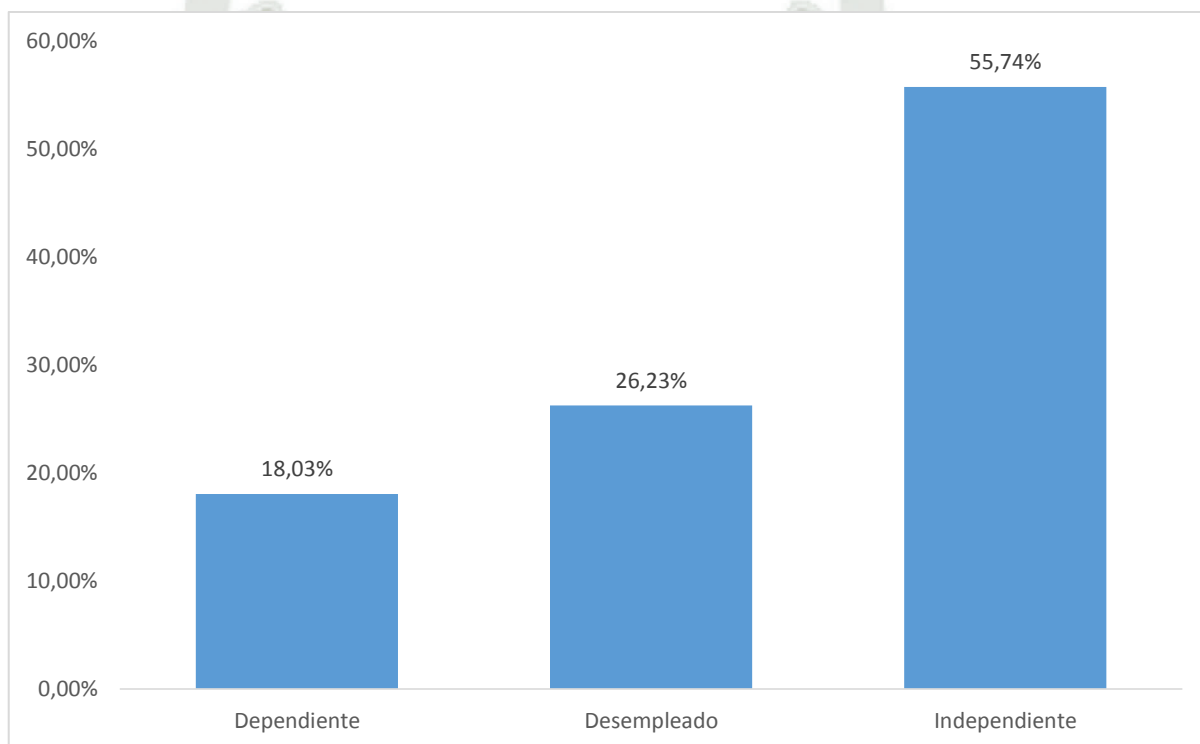
	N°	%
Independiente	34	55.74%
Dependiente	11	18.03%
Desempleado	16	26.23%
Total	61	100.00%

En esta tabla se evidencia que la mayoría de participantes se encuentran dentro de la Población Económicamente Activa Ocupada en un 73.77 %.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 4

Distribución de asistentes a grupos de apoyo según ocupación



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 5

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según trastornos por
consumo de alcohol**

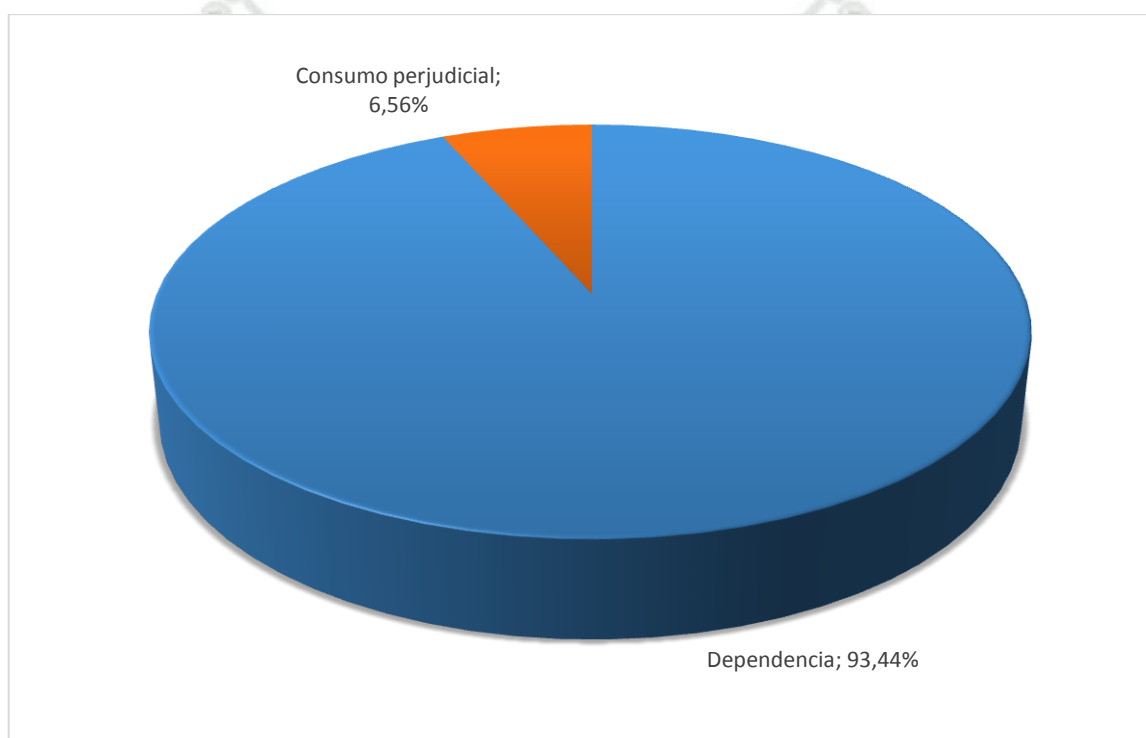
	N°	%
Dependencia	57	93.44%
Consumo perjudicial	4	6.56%
Total	61	100.00%

Todos los pacientes muestran problemas clínicamente significativos con el consumo de alcohol que en su mayoría es de dependiente.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 5

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según trastornos por
consumo de alcohol**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 6

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según resultados de
evaluación con PHQ9**

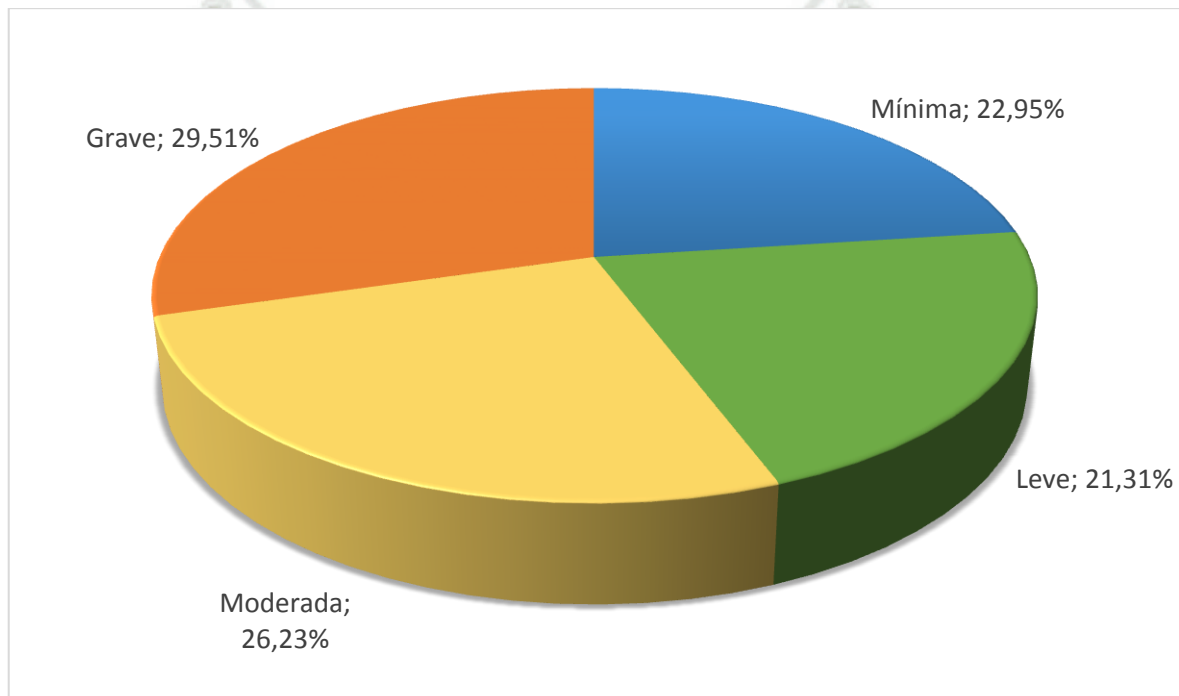
	N°	%
Mínima	14	22.95%
Leve	13	21.31%
Moderada	16	26.23%
Grave	18	29.51%
Total	61	100.00%

Se puede observar que según el test PHQ-9 el 77.05% de la muestra tiene depresión y que el 38.3% de estos tiene depresión grave.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 6

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según resultados de
evaluación con PHQ9**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 7

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según resultados de
evaluación con escala de Beck**

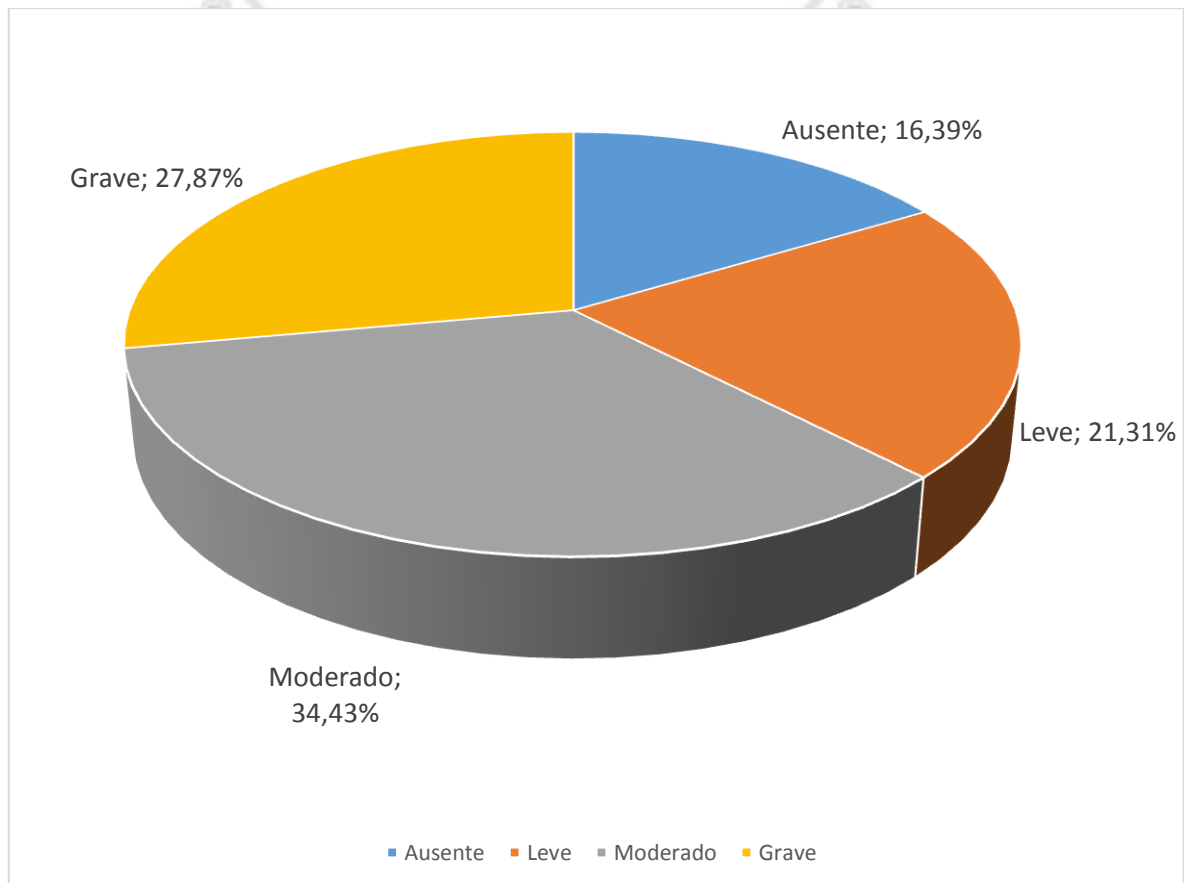
	N°	%
Ausente	10	16.39%
Leve	13	21.31%
Moderado	21	34.43%
Grave	17	27.87%
Total	61	100.00%

En este caso, el Inventario de Depresión de Beck halló un 83.61% de pacientes con depresión, pero que en su mayoría se trataba de depresión moderada.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 7

**Distribución de asistentes a grupos de apoyo según resultados de
evaluación con escala de Beck**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 8

**Comparación de la valoración de los síntomas depresivos de los
asistentes a grupos de apoyo según prueba empleada**

	PHQ-9		Beck	
	N°	%	N°	%
Mínima	14	22.95%	10	16.39%
Leve	13	21.31%	13	21.31%
Moderada	16	26.23%	21	34.43%
Grave	18	29.51%	17	27.87%
Total	61	100.00%	61	100.00%

$\chi^2 = 1.87$

G. libertad = 3

$p = 0.71$

Fleiss Kappa = 0.60

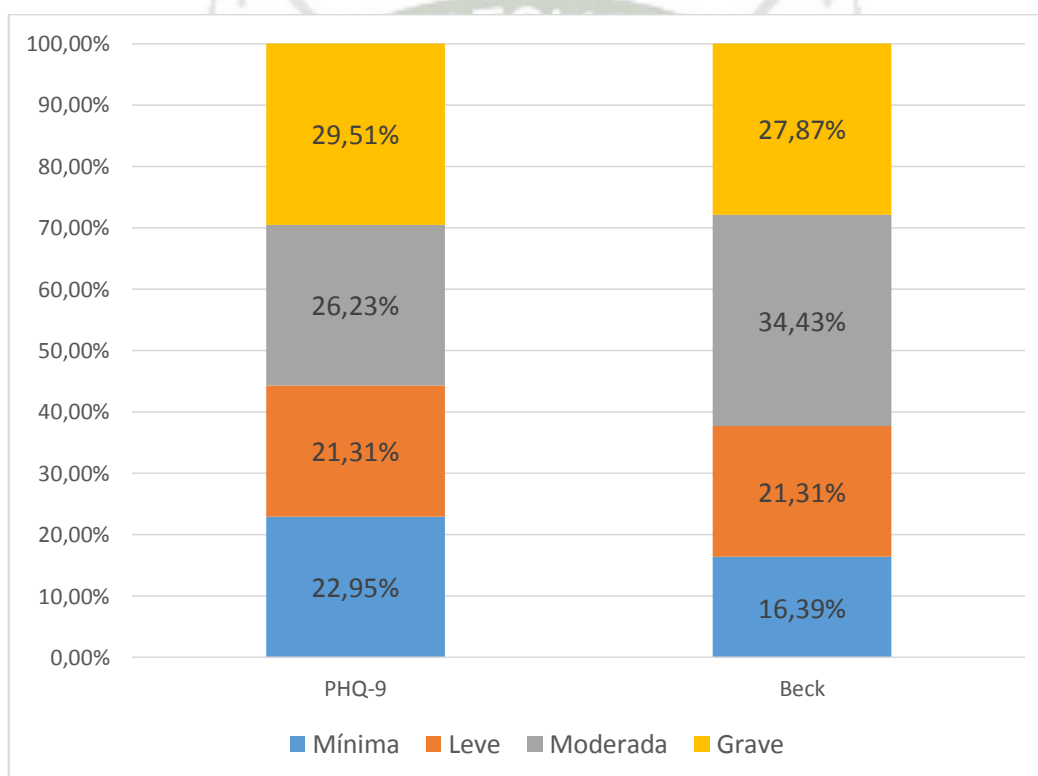
IC 95% = 0.4555 a 0.8487

Al comparar ambos test y asumiendo la depresión mínima en el PHQ-9 como ausente en el test de Beck, y tomando como sinónimos la depresión grave y severa, se comprueba que no existen diferencias significativas entre las dos pruebas ($p > 0.05$); al establecer la concordancia entre los dos métodos de evaluación con la prueba kappa de Fleiss para datos ordinales, se encontró una concordancia de 60%. – IC95% 0.45 – 0.85, lo cual indica fiabilidad buena.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 8

**Comparación de la valoración de los síntomas depresivos de los
asistentes a grupos de apoyo según prueba empleada**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 9

**Utilidad diagnóstica del test PHQ-9 para la detección de síntomas
depresivos en pacientes con consumo de alcohol**

PHQ-9	Beck				Total	
	Con depresión		Sin depresión		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con depresión	45	88.24%	2	20.00%	47	77.05%
Sin depresión	6	11.76%	8	80.00%	14	22.95%
Total	51	100.00%	10	100.00%	61	100.00%

Chi² = 22.01

G. libertad = 1

p < 0.01

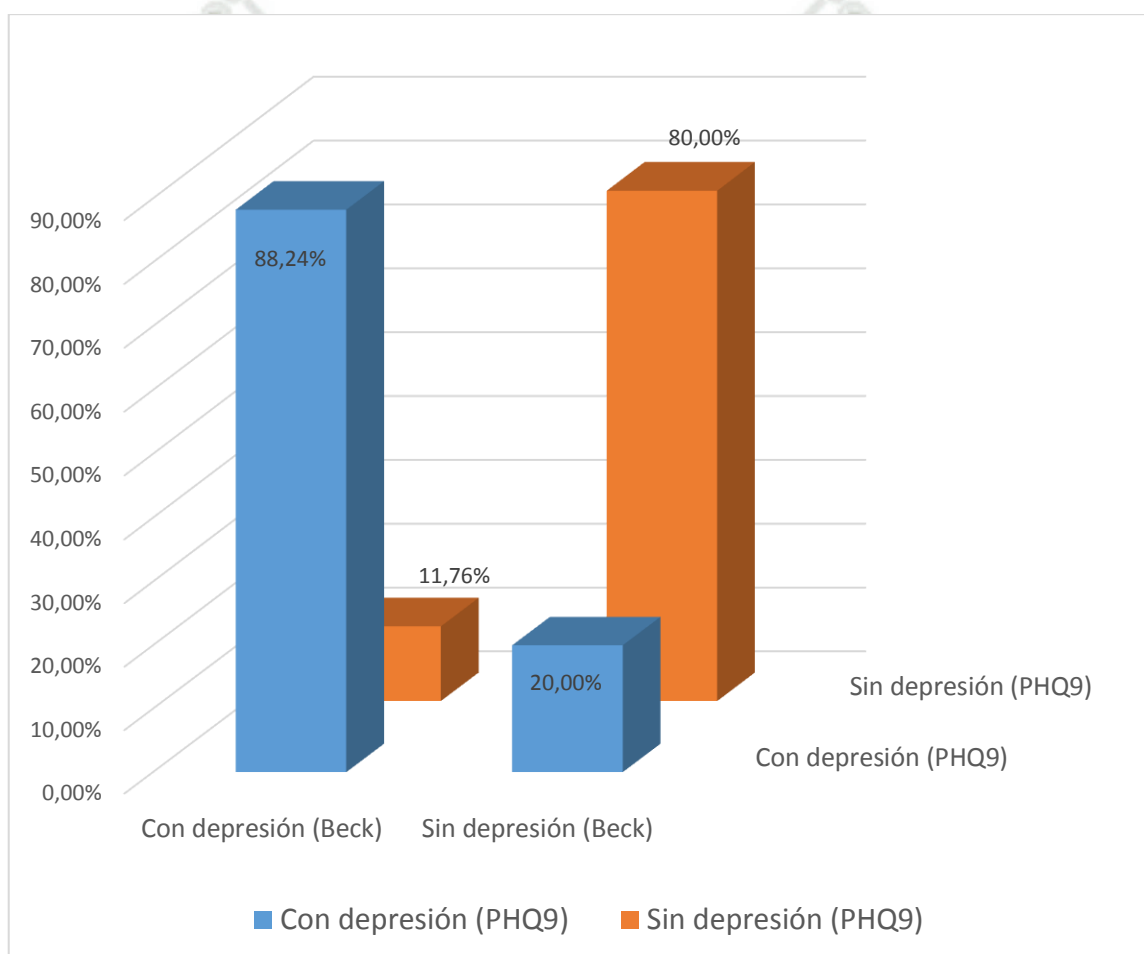
VALIDEZ			SEGURIDAD		
	IC 95%			IC 95%	
Sensibilidad	85.2 %	82 – 91.4	VPP	95.8 %	89 – 99.2
Especificidad	83.3 %	48.2 – 96.3	VPN	55.6 %	34.4 – 68.8

En último lugar se aprecia los resultados de la valoración de la utilidad diagnóstica del PHQ-9 comparado con el test de Beck como gold estándar para la detección de síntomas depresivos en personas que acuden a grupos de autoayuda para el consumo de alcohol; el 88.24% de casos con depresión diagnosticada por el test de Beck fueron detectados por el PHQ-9, que detectó erróneamente a 20% de casos como deprimidos, y detectó como no deprimidos a 11.76% de pacientes deprimidos según el test de Beck. La sensibilidad del PHQ-9 fue de 88.2% y tuvo una especificidad de 80%, con un valor predictivo positivo de 95.7% y un valor predictivo negativo de 57.1%.

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Gráfico 9

**Utilidad diagnóstica del test PHQ-9 para la detección de síntomas
depresivos en pacientes con consumo de alcohol**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y UTILIDAD DE LA ESCALA PHQ-9 PARA
EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN MIEMBROS DE GRUPOS DE AUTOAYUDA:
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS, AREQUIPA FEBRERO DEL 2017**

Tabla 10

**Resumen de los hallazgos del estudio: características
sociodemográficas y trastornos por consumo de alcohol.**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL		PARTICIPANTES	
		n	%
SEXO	Masculino	58	95.08%
	Femenino	3	4.92%
EDAD	< 30 a	3	4.92%
	30-39 a	18	29.51%
	40-49 a	20	32.79%
	50-59 a	11	18.03%
	60-69 a	9	14.75%
ESTADO CIVIL	Soltero	19	31.15%
	Separado	16	26.23%
	Conviviente	8	13.11%
	Casado	18	29.51%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	2	3.28%
	Secundaria	38	62.30%
	Superior	21	34.43%
OCUPACIÓN	Independiente	34	55.74%
	Dependiente	11	18.03%
	Desempleado	16	26.23%
TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL	Dependencia	57	93.44%
	Consumo perjudicial	4	6.56%

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Las características sociodemográficas de los miembros participantes de alcohólicos anónimos mostraron una mayoría masculina (95,08%), en cuanto a la distribución etaria esta fue en promedio $45.33 \pm 21,51$ años, un 42 % de los encuestados tienen una pareja estable, por lo tanto, no hay mucha diferencia con aquellos que no tienen ya que poseen una proporción similar. Dentro del grupo estudiado no hubo personas analfabetas, y la mayoría cuenta con estudios secundarios o superiores por ende muestran habilidades que les permitiría estar del mundo laboral; esto concuerda con que el 73,77% de los participantes están dentro de la Población Económicamente Activa Ocupada.

Zegarra en su tesis (2009) halló que el grupo etario predominante en Alcohólicos Anónimos de Arequipa se encontraba entre los 25 a 40 años, además que la mayoría eran del sexo masculino y que un poco más de la mitad de su población tiene algún nivel de instrucción superior, esto aunado a que más del 90% de estos tenían un trabajo ya sea de forma independiente o dependiente. Así pues, esta tesis muestra datos parecidos a los hallados en la presente investigación.⁹ A nivel internacional en 2014, la asociación de Alcohólicos Anónimos hizo un censo donde se presentan datos que concuerdan también con el trabajo ya que el grupo etario representativo se encontraba entre los 41 a 60 años, el 41% tienen una

pareja permanente, aunque la diferencia entre sexo masculino y femenino no fue significativa (62% vs 38%).¹⁰

Según el test de Audit se halló que todos los participantes presentan un problema clínicamente significativo, predominando con gran porcentaje los pacientes dependientes a alcohol. Se utiliza este cuestionario debido a que la OMS en su Manual para la utilización en Atención Primaria para el Consumo de riesgo y perjudicial lo recomienda para muchas veces derivar a pacientes que obtengan as de 8 puntos a un grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos.¹¹

Según el test PHQ-9 se obtuvo que un poco más de $\frac{3}{4}$ de los encuestados presenta trastorno depresivo y según el Inventario de Depresión de Beck este diagnóstico se halló que en $\frac{4}{5}$, sin embargo, al comparar ambas evaluaciones no se encuentra diferencia estadísticamente significativa haciendo de que el Test PHQ-9 sea válido usándose en población de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo como son los pacientes con problemas por consumo de alcohol. Además, el PHQ-9 demostró tener una muy buena sensibilidad (88,2%) y especificidad (80%) aunado a que presentó un 95.7% de probabilidad de captar a un paciente con depresión según el Gold Estándar que tenga un puntaje mayor a 10, según los puntos de corte de PHQ-9. Al momento no se ha encontrado estudios que validen el test PHQ-9 en la población con problemas de consumo de Alcohol, es por eso que estos resultados solo se podrían comparar con los hallados en la población en general, los que demuestran que dicho test es válido y de fácil aplicación para el tamizaje de depresión.^{12,}

13, 14



CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Los miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017 son predominantemente varones entre 40 y 50 años, con pareja estable y de educación secundaria y con ocupaciones independientes.
- Segunda.-** Se encontró depresión según la escala PHQ-9 en 77.05% de miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017, siendo la depresión grave la de mayor proporción.
- Tercera.-** Se encontró depresión diagnosticada por la escala de Beck en 83.61% de miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos Arequipa, siendo la depresión moderada predominante.
- Cuarta.-** La escala PHQ-9 tiene una sensibilidad de 88%, una especificidad de 80%, y valor predictivo positivo de 95.7% y valor predictivo negativo de 57.1% para el diagnóstico de depresión en miembros de Alcohólicos Anónimos, Arequipa.
- Quinto.-** No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos instrumentos ($p > 0.05$) por lo que el PHQ-9 podría ayudar al tamizaje de la patología depresiva en pacientes alcohólicos.

RECOMENDACIONES

Primera. -Se recomienda que el Ministerio de Salud que incluya en los Centros de Salud Mental Comunitario un programa para la detección de comorbilidades psiquiátricas en pacientes alcohólicos, para enfatizar su atención integral.

Segunda. -Se sugiere a la GERESA Arequipa la idea de utilizar instrumentos para detección de patologías depresivas en Centros de Atención Primaria, como el PHQ-9 ya que es de fácil realización e interpretación en pacientes propensos de sufrir patología depresiva

Tercera. - Proponer a Alcohólicos Anónimos invitar a personal de salud a sus reuniones abiertas para la detección de patología depresiva ya que la presencia de esta influye en el pronóstico de la patología alcohólica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Consejo Ejecutivo OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2012
- 2) Monteiro M, Anderson P. Alcohol y atención primaria de la salud. 1ra ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 3) Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones, 2002; 14 (Supl. 1): 195-219
- 4) Global status report on alcohol and health, 2014. 1st ed. Luxemburgo: World Health Organization; 2014.
- 5) McPherson, Amartin C. A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2010;17(1):19-30.
- 6) Chukwujekwu D, Okeafor C, Onifade P. Validity of Beck's depression inventory and alcohol use disorders identification test in Nigeria's Niger Delta region. Port Harcourt Medical Journal. 2016;10(2):50.
- 7) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002

- 8) Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, pautas para su utilización en atención primaria. 3ra ed. Connecticut: OMS. 2001
- 9) Zegarra Bustamante J. Factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa 2009 [Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María; 2009.
- 10) 2014 Encuesta de los Miembros [Internet]. Alcohólicos Anónimos. 2014 [citado 3 Marzo 2017]. Disponible en: http://www.aa.org/assets/es_ES/sp-48_membershipsurvey.pdf
- 11) Manual para la utilización en Atención Primaria para el Consumo de riesgo y perjudicial [Internet]. OMS. 2001 [Citado 3 Marzo 2017]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- 12) Baader M T, Molina F J, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C et al. 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. 2012;50(1):10-22.
- 13) Calderón M, Gálvez-Buccollini J, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el

diagnóstico de depresión. Revista Peruana de Medicina Experimental
y Salud Pública. 2012;29(4):578-579.







Anexo 1

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Características sociodemográficas y utilidad de la
escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en
miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos
Anónimos, Arequipa Febrero del 2017”**

**Proyecto de tesis presentado por la
bachiller:**

WENDY LESLIE MESSA AGUILAR

Para Obtener el Título de Médico Cirujano

Asesor:

DR. RICARDO IBAÑEZ BARREDA

MÉDICO PSIQUIATRA

**Arequipa - Perú
2017**

I. PREÁMBULO

Los trastornos del estado de ánimo como los de la depresión son un problema importante de salud pública ya que se ha visto al no ser detectados a tiempo cobran un precio alto a nivel mundial, llegando a ser la tercera causa de morbilidad con un 4,3%. Se ha llegado a predecir que para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial, lo que hace importante que esta sea detectada precozmente en los niveles de atención primaria y en los grupos de riesgo.

El alcoholismo es también un problema de interés mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre el consumo de alcohol en América para el 2010, señalaba que en Perú el 13,5% de la población ha tenido problemas con el consumo de alcohol; estos episodios son nocivos cuando se consumen cuatro o cinco bebidas alcohólicas, al menos en una ocasión en los últimos 30 días. El consumo aumentó en hombres bebedores que tienen consumos episódicos fuertes de 18% a casi 30% en 5 años mientras que en las mujeres aumentó de 4,6% a 13%. El incremento en el consumo de alcohol se puede deber a la alta disponibilidad del alcohol, al bajo precio de la bebida, y a la gran promoción y publicidad que tiene.

El alcohol es un factor de riesgo para enfermedades crónicas, que afectan no sólo al hígado sino también al sistema cardiovascular y nervioso; en este último, se acompaña de alteraciones neuropsiquiátricas, y permanece como un problema del “huevo y la gallina” el saber si la depresión es producto del consumo de alcohol, o si ésta lleva a su consumo. Lo que si se ha evidenciado es que la presencia de depresión en pacientes con problemas asociados al

consumo de alcohol, es un factor predictivo en las recaídas de su consumo de alcohol.

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente crónico y su identificación es insuficiente debido a diferentes motivos, como: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, y considerar como normal la presencia de ansiedad o depresión. Por ello es indispensable que los profesionales dedicados a estos pacientes dispongan del conocimiento y de los instrumentos necesarios para diferenciar los trastornos psicopatológicos de los trastornos mentales debidos a la enfermedad médica (incluyendo los tratamientos médicos).

Durante la formación profesional en medicina, he podido observar que el alcoholismo es un problema creciente, que produce inestabilidad emocional en la familia, y no pocas veces se acompaña de trastornos del estado de ánimo y depresión, por lo que surge el interés de encontrar la mejor manera de identificar síntomas depresivos, dado que en este grupo puede ser difícil realizar una entrevista psiquiátrica o la aplicación de pruebas extensas, y el cuestionario PHQ-9 es una forma abreviada y útil para la detección de depresión, así pues nace el interés para la realización del presente proyecto, y dada la escasez de estudios al respecto, se plantea la elaboración de la investigación utilizando para validar los resultados de dicho cuestionario, el inventario de Depresión de Beck como prueba de oro.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son las características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión – Abuso de alcohol

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Años 	De razón
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Conviviente • Casado 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Separado 	
	Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Iltrado • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo independiente • Trabajo dependiente • Desempleado • Estudiante 	Nominal
Diagnóstico de depresión	Resultados de escala PHQ-9	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas depresivos mínimos: <10 • Depresión leve: 10 – 14 • Depresión moderada: 15-19 • Depresión grave: 20-27 	Ordinal
	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: <9 	Ordinal

	de escala de Beck	<ul style="list-style-type: none"> • Leve: 10-18, • Moderada: 19-29 • Grave: 30-60. 	
Identificación de trastorno por uso de alcohol	Test AUDIT-OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Puntuación 8 – 15: consumo de riesgo • Puntuación 16 – 19: consumo perjudicial. • Puntuación de 20 a más: dependencia 	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017?
2. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de depresión según la escala PHQ-9 en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017?
3. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de depresión diagnosticada

por la escala de Beck en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017?

4. ¿Cuál es la utilidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo) de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Diseño de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

f) **Nivel de investigación:** descriptivo

1.3. Justificación del problema

- Originalidad:

El presente estudio es original ya que no se ha evaluado anteriormente la depresión y la utilidad de la escala PHQ-9 en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa.

- Relevancia científica:

Debido a que se utilizan principios diagnósticos basados en pruebas psicométricas en un trastorno de la salud mental que

puede ser influido morfológicamente por el alcohol.

- Relevancia práctica:

Porque permitirá conocer la utilidad de una prueba diagnóstica simple para la detección sistemática de depresión en poblaciones específicas con aumento de riesgo de dicha patología.

- Relevancia social:

Ya que beneficiará a un grupo especial de riesgo de la población como son los pacientes con consumo problemático de alcohol.

- Contemporáneo:

Porque el alcoholismo y la depresión son problemas de salud pública de permanente preocupación para la salud mental.

- Factibilidad:

El estudio es factible por contar con una población de estudio cerrada y con instrumentos validados.

- Importancia humana y social:

Al generar nuevos conocimientos para el desarrollo de investigaciones futuras y la aplicación de sus resultados, tiene una importante contribución en el área de tamizaje de una patología que afecta en sobremanera a pacientes en riesgo, dificultando su rehabilitación.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Trastorno depresivo

2.1.1. Concepto

El estado de ánimo en el ser humano influye en su comportamiento y en la percepción del mundo, este puede ser normal, elevado o deprimido. Una persona sana presenta múltiples estados de ánimo y asimismo un repertorio igualmente múltiple de expresiones afectivas, normalmente teniendo control de sus estados de ánimo y afectos.

Así pues, los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por la pérdida de ese autocontrol y el sufrimiento subjetivo de un gran malestar. De tal manera, se tendrán dos grandes grupos de trastornos, los pacientes con ánimo elevado que se mostrarán efusivos, con fuga de ideas, disminución del sueño e ideas de grandeza, mientras que los pacientes con ánimo deprimido exhiben una pérdida de energía y del interés junto a sentimientos de culpa, pérdida de apetito y pensamientos de muerte y suicidio.¹

La definición de depresión comprende una enfermedad médica que se caracteriza básicamente por humor depresivo y pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, llevando a un empobrecimiento de la calidad de vida de quien lo padece generándole dificultades en el entorno familiar, laboral y social.²

La depresión se encuentra clasificada en la CIE-10 dentro de los Trastornos del Humor F30-39.

2.1.2. Epidemiología internacional y nacional

Los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio a nivel mundial ya que representan el 13% del total de carga de morbilidad mundial. La depresión es la tercera entre las principales causas de morbilidad con un 4.3% de carga mundial. De acuerdo a los ingresos de los países, aquellos con ingresos bajos se sitúan en el 3.2% y los de ingresos medios presentan un 5.1%.

En base a las predicciones existentes, para el 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.³

En el ámbito nacional se evidencia alarmantemente que para el año 2012, el Estudio de Carga de Enfermedad realizado por la Dirección General de Epidemiología halló en su análisis que las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar con una pérdida de 1 010 594 años de vida saludables perdidos (AVISA) representando el 17,4% de la carga de enfermedad nacional. Al analizar la carga de enfermedad por subcategorías de enfermedades, se observa que la depresión unipolar causa 224 535 AVISA que determina 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, siendo en esta enfermedad el componente de discapacidad mayor que el de muerte prematura (AVP: 0.1%, AVD: 99.9%). Finalmente, al analizar la afectación de la depresión según el género, se encontró que en las mujeres existe mayor AVISA que en hombres (9,7 vs 5,2 AVISA por mil).⁴

2.1.3. Neurobiología de la depresión

Diversos aspectos fisiopatológicos participan influyendo en el inicio de la depresión. Se encontraron diferencias en el tamaño de estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, además de cambios en el metabolismo y tamaño neuronal y densidad glial.

Debido a la al impacto cada vez mayor que implica la depresión en la salud mundial es que se trata de investigar los factores biológicos y ambientales que contribuyan a su origen, pero a pesar de ello aún no hay una causa que explique la génesis del trastorno en cuestión. Al principio se centraron en las monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina), hoy en día se sabe que su metabolismo, el papel de sus transportadores y sus polimorfismos, y de otros neurotransmisores como el glutamato y el ácido amino-y-butirico (GABA), la interacción de la vulnerabilidad genética y el ambiente y el papel de la inflamación; están implicados en la génesis de la depresión sin embargo a pesar de que algunos de estos mecanismos están interrelacionados, por el momento no hay una explicación que logre unificarlos por lo que se dice que la depresión mayor es un trastorno heterogéneo.⁵

2.1.4. Clasificación de la depresión

Se divide de acuerdo a su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente), luego se clasifica de acuerdo a la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).⁶

CIE-10	DSM-IV
Trastorno depresivo mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

2.1.5. Cuadros clínicos

Episodio depresivo mayor (EDM)

- Es un periodo de por los menos 2 semanas durante las cuales existe un ánimo deprimido o desinterés en todas o casi todas las actividades. Dicho ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado.
- Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor CIE-10
 - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - No han existido síntomas maníacos o hipomaniacos en ningún período de la vida.
 - No es atribuible a consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.
 - Deben estar presentes 4 de los siguientes síntomas:
 - Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades normalmente placenteras para el sujeto.

- Ausencia de reacciones emocionales ante situaciones que normalmente las producen.
- Despertarse por la mañana dos horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Objetivamente enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida marcada de peso.
- Notable disminución de la libido.

Trastorno depresivo mayor

- El rasgo esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico de episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníaco, mixtos o hipomaniacos. De acuerdo al número de episodios se habla de episodio único y recurrente.
- De acuerdo a la severidad se divide en leve (pocos síntomas en excesos de los 5 requeridos para hacer diagnóstico de EDM), moderada, severa (varios síntomas por encima de los necesarios para hacer diagnóstico de EDM) sin características psicóticas, y severa con características psicóticas (existencia de ideas delirantes o alucinaciones).

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales.

Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

2.1.6. Evaluación diagnóstica y tratamiento

El diagnóstico es clínico mediante el hallazgo a partir de la anamnesis y exploración del estado mental para determinar la presencia de síndrome depresivo mayor.

Entre los instrumentos para la detección de esta patología se encuentra el Inventario de Depresión de Beck (BDII) el cual es utilizado extensamente en el mundo para medir la intensidad de los cuadros depresivos, siendo útil para verificar si los puntajes de otros test se mueven de manera concurrente. Es un autoinforme que proporciona una medición de la presencia y gravedad de

depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Está compuesto de 21 ítems indicativos de síntomas de tristeza, pérdida de placer, llanto, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc; los cuales corresponden con los criterios para diagnóstico de trastornos depresivos recogidos en el CIE-10. El BDI es fácil de usar, aplicándose ya sea de manera colectiva o individual, escrito o de forma oral.

La escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, por sus siglas en inglés) es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME -MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure), es un instrumento que permite realizar una pesquisa de pacientes con Trastorno Depresivo mediante una autoevaluación que, además define la severidad del cuadro en mención. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos, ha sido diseñada para ser aplicada en el campo de atención primaria y validada en nuestro país, siendo útil no sólo para el tamizaje de esta patología sino que también optimiza el seguimiento durante el tratamiento.⁷

El diagnóstico diferencial abarca otros trastornos idiopáticos con episodios de depresión mayor, tal cual el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo.

El tratamiento se divide en tres fases:

- Aguda: en el que se aporta tratamiento para resolver el EDM, que incluye psicoterapias enfocadas.
- De continuación: en la que se mantiene el tratamiento agudo durante al menos 4-8 meses para prevenir recurrencias.

- De mantenimiento: para pacientes con 2, 3 o más episodios de depresión recurrentes, para los que el tratamiento se mantiene indefinidamente con el fin de reducir la frecuencia y gravedad de recurrencias futuras.

Los fármacos deberían usarse como tratamiento inicial para la mayoría de pacientes con formas graves de este trastorno; los fármacos antidepresivos son eficaces en las tres fases de tratamiento de la depresión mayor.⁸

2.2. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol

2.2.1. Concepto

El consumo de alcohol data desde el comienzo de la humanidad y está presente en todos los lugares geográficos y culturas. El consumo social de alcohol está aceptado ampliamente incluso pudiendo tener efectos saludables para la salud si se consume de manera moderada. A pesar de esto, en ciertas personas el consumo de alcohol puede tener efectos nocivos en su salud y producir uno o más trastornos ligados a su ingesta.

Dichos trastornos están ubicados en la sección F10 del CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud, donde se describen trastornos mentales y conductuales debido al uso de alcohol.

El uso nocivo del alcohol se define como el consumo que causa consecuencias perjudiciales en la salud y el entorno social del bebedor, las personas que lo rodean y la sociedad en su conjunto, al igual que cuando los patrones de consumo se asocian con un aumento del riesgo para la salud.

2.2.2. Etiología

La etiología del alcoholismo no está bien definida, pero al ser una enfermedad multifactorial, los factores implicados (familiares, ambientales y genéticos) predisponen al desarrollo de dicha patología.

Factores ambientales: variables demográficas (edad, género, situación económica, nivel educativo) patrones en el uso de alcohol (edad de inicio, tipo y cantidad de alcohol ingeridos), entre otros.

La historia familiar de alcoholismo es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de alcoholismo.

Factores genéticos: se estima que el 60% de riesgo de alcoholismo es hereditario. Muchos estudios demuestran que polimorfismos de genes que codifican enzimas que metabolizan el alcohol y moléculas de señalización de neurotransmisores como dopamina, GABA, serotonina, sistema endógeno opioide participan en la variación individual de susceptibilidad a la dependencia del alcohol.⁶

2.2.3. Epidemiología

A nivel internacional

El uso nocivo de alcohol es un factor que causa más de 2000 enfermedades y trastornos. Cada año se producen 3.3 millones de muertes debido a consumo nocivo de alcohol, representando un 5.9% de todas las muertes. A nivel del continente americano, en promedio las personas consumen 8,4 litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a nuestra región en el 2do lugar después de Europa donde el

consumo de 10,9 litros por año. Otro dato interesante es que la cerveza es la bebida alcohólica más popular contribuyendo al 55,3% del total de alcohol consumido.⁹

A nivel nacional

En nuestro país, la dependencia y el abuso de alcohol que son diagnósticos médico efectivos, figuran como 5ta y 12da causa de pérdidas por muerte prematura o discapacidad.⁴

2.2.4. Consumo de alcohol y daños asociados

El consumo de alcohol se puede detallar en termino de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar.

El *consumo de riesgo* es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencia adversas para la salud si el hábito de consumir persiste. La OMS lo describe como un consumo regular de 20 – 40 g por día en mujeres y 40-60 g por día en varones.

El *consumo perjudicial* es el que conlleva a consecuencias que dañen tanto la salud mental como física de la persona, la OMS lo define como un consumo regular de >40 g de alcohol por día en mujeres y >60 g al día en hombres.

El *consumo excesivo episódico circunstancial* resulta especialmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola oportunidad.

La *dependencia* del alcohol es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se trasforma en prioridad para la persona, en contraposición con otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor importancia para él.¹⁰

2.2.5. Diagnóstico⁶

De acuerdo a los criterios del CIE-10 tenemos los diagnósticos de:

Uso nocivo: daño fisiológico o psicológico producido por el consumo de alcohol.

Dependencia al alcohol (alcoholismo): es una enfermedad crónica, prevenible y tratable, que se caracteriza por la fuerte necesidad de beber, incapacidad para dejar de hacerlo, aparición de síndrome abstinencia al dejar de consumir y tolerancia. Para realizar el diagnóstico el paciente debe tener 3 a más de las siguientes características durante al menos un mes en algún momento durante el periodo de 12 meses:

- Uso compulsivo
- No control de uso
- Síndrome de abstinencia
- Tolerancia
- Preocupación por el uso
- Uso a pesar de consecuencias

2.2.6. Instrumentos de evaluación⁶

- Encuesta CAGE
- Test de identificación de trastornos por uso de alcohol (en inglés, AUDIT)
- Test de tamización de alcoholismo de Michigan (en inglés, MAST)
- Escala clínica de evaluación de la abstinencia de alcohol

2.3 Importancia del concepto de Patología Dual

El paciente alcohólico suele presentar otros síndromes psiquiátricos de los que destacan la ansiedad y depresión, que con frecuencias son trastornos inducidos o agravados por el consumo de alcohol y que tienden a remitir en pocas semanas, cuando el paciente ha efectuado un tratamiento de desintoxicación.¹¹

No obstante, en ocasiones se trata de trastornos psiquiátricos independientes que además del tratamiento del alcoholismo requieren un tratamiento específico, lo cual se conoce como *patología dual*. El concepto se centra en la concurrencia de uno o varios trastornos psiquiátricos asociados a la patología adictiva.

El paciente dual es un paciente especialmente grave tanto desde el punto de vista clínico como social y este tipo de pacientes constituyen un reto terapéutico no solo a nivel individual, sino también a nivel de los sistemas de salud, que deben enfrentarse a pacientes complejos que

requieren asistencia para las drogodependencia y asistencia en salud mental.

Un paciente alcohólico que presente una patología psiquiátrica severa tiene mayor riesgo de problemas psicosociales, recaída y suicidio, por lo tanto, el su tratamiento puede ser decisiva para impedir la agravación progresiva del paciente.¹² En 2012 se publicó un estudio donde se muestra que la prevalencia de Desorden depresivo es de 71% en pacientes con Trastorno relacionado a alcohol.¹² Recientemente se ha realizado una revisión sistemática y metaanálisis de los estudios epidemiológicos realizados entre 1990 y 2014 en población general, donde los autores ponen en evidencia la elevada asociación entre depresión y Trastorno de uso de sustancias, del cual se puede extrapolar que dicha asociación es mayor para trastornos con criterios de dependencia que para los trastornos por abuso (Abuso de Alcohol *OR 1,53, 95% CI 1,20-1,95* vs Dependencia de alcohol *OR 3,09, 95% CI 2,38-4,03*)¹⁴

Hasta hace algunos años, el abordaje de las patologías adictivas se consideraba un problema clínico diferente al de los trastornos mentales, así pues, el término de Patología Dual ha creado polémica al ser rechazado por algunos profesionales de la salud mental alegando que su contenido era confuso. Sin embargo, hoy en día hay una mejor aceptación del tema, lo cual se puede evidenciar en las revistas científicas de circulación internacional enfocados exclusivamente en patología dual. En el ámbito iberoamericano tenemos a la Sociedad

Española de Patología Dual (SEPD)¹⁵, y en el latinoamericano un ejemplo de investigación sobre Patología Dual tenemos a Castaño et al. quien ha estudiado su prevalencia en un departamento de Colombia concluyendo que entre las sustancias más consumidas está el alcohol y los entre desórdenes más prevalentes tenemos a la depresión encabezándolos.¹⁶

Para el diagnóstico de patología dual tenemos la entrevista “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)” que ha mostrado buenos índices de validez y fiabilidad en los diagnósticos que establece¹² sin embargo, el tiempo que toma en completarlo (1 – 3 horas) supone una limitación en su aplicación, esto motivó a Mestre P. et al en crear un herramienta de evaluación en forma de entrevista para el cribado de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso (ECDD) en su tesis para obtener el grado académico de doctor¹⁷ dicha evaluación fue posteriormente validada como una herramienta de screening de fácil administración para detectar posible comorbilidad psiquiátrica en usuarios de sustancias de abuso.¹⁷

La prevalencia de Patología Dual es moderadamente alta según algunos estudios lo que nos indica la relevancia clínica de esta entidad lo que hace necesario la existencia de programas adecuados y formas de tratamiento enfocados en este tipo de pacientes.^{16, 19}

Dentro de estas entidades se ha visto que existe una alta prevalencia y concurrencia entre los trastornos afectivos y el consumo de sustancias, demostrándose que la existencia de episodios depresivos mayores se

han asociado a un peor curso clínico de los pacientes con trastornos de uso de sustancias, debido a lo dicho anteriormente es que la SEPD creó los “Protocolos de Intervención en Patología Dual: Depresión” en el que explican de manera sencilla las evidencias científicas al respecto, a partir del cual ofrece un enfoque diagnóstico y finalmente enfoques terapéuticos que ayudan al profesional de la salud a la toma de decisiones²⁰

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Zegarra J.²³

Título: Factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa 2009

Fuente: Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2009.

Resumen: *Objetivo:* Identificar los factores que influyen en la recuperación del alcoholismo e miembros de los Grupos de Autoayuda Alcohólicos Anónimos, Arequipa 2009. *Métodos:* Para identificar los factores que influyen en la recuperación del alcoholismo, se realizó la investigación tomando una muestra por conveniencia, logrando la participación de los Grupos de Autoayuda de la ciudad de Arequipa – Perú, este trabajo de campo es de carácter cualitativo, descriptivo y relacional, se utilizó como instrumento principal una cédula de entrevista. *Resultados:* El trabajo de

campo de realizó en 06 Grupos de Autoayuda, logrando involucrar a 70 miembros mayoritariamente de sexo masculino (79,6%), con ligero predominio de los menores de 40 años (38.6%), en esta muestra no hay analfabetos ni personas con instrucción primaria solo el 40% vive solo, durante la entrevista el 67.1% manifestaron tener un trabajo independiente. El 60% de ellos tenían un soporte familiar insuficiente, pero durante la participación en los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos el 68.6% de los miembros tuvo un soporte familia suficiente. El 48.6% refiere un tiempo de enfermedad igual o mayor a 15 años, el 40% ha participado durante 5 o menos años en los grupos de autoayuda, practicando la abstinencia absoluta, sin ausentarse, participando con regularidad y efectividad el programa de los 12 pasos. Se encuentra relaciones estadísticas significativas entre práctica efectiva del programa con la participación en el grupo de autoayuda, edad, ocupación, soporte familiar y reestructuración familiar. *Conclusiones:* la participación en el grupo de autoayuda, la edad, la ocupación, el soporte familiar durante la práctica efectiva del programa, son factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de Arequipa.

A nivel nacional

3.2. **Autor:** Ato BM. ²⁴

Título: El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014.

Fuente: Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.

Resumen: Se realizó un estudio no experimental, retrospectivo, analítico correlacional, de casos y controles, donde se evaluó a 68 alumnos que se encontraban entre 18 y 25 años, considerando que 34 de ellos fueron el grupo de casos y los otros 34 fueron el grupo de los controles. De la población estudiada 32 (47.04%) fueron mujeres y 36 (52.96%) varones. En promedio la edad de los estudiantes fue de 21.5 años, en un rango que va de 18 a 25 años, obteniendo una mayor prevalencia en el grupo etario de 22 y 23 años de edad (44.1%). Al observar el consumo de bebidas alcohólicas por géneros se encontró que es mayor en hombres (52.96%) que en mujeres (47.04%). El nivel de riesgo que prima en este estudio según el Odds Ratio es de 3.968, lo que significa que estos jóvenes están 4 veces más expuestos que los demás.

A nivel internacional

3.3. **Autor:** Hepner K, Hunter S, Edelen M et al. ²⁵

Título: A comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients

Fuente: Journal of Substance Abuse Treatment 37 (2009) 318 - 325

Resumen: Comorbid depression is common among substance abusers, making routine assessment of depression critical for high-quality care. We evaluated two of the most commonly used depressive symptomatology measures in a sample of clients (N = 240) in residential substance abuse

treatment settings. The Beck Depression Inventory (BDI-II) has previously been used in clients receiving substance abuse treatment.

The Patient Health Questionnaire (PHQ-9), originally developed for primary care settings, has not been used as frequently in substance abuse treatment settings, and it is unknown how it performs in this population. The measures were highly correlated with each other ($r = .76$) and demonstrated good internal consistency reliability (BDI-II = 0.91, PHQ-9 = 0.87); however, the PHQ-9 classifies more individuals as having “mild” depression symptoms relative to the BDI-II, which tends to suggest these individuals have no depression symptoms. Implications for assessing depression symptoms in individuals receiving substance abuse treatment are discussed.

3.4. **Autor:** Vega OJ, Juárez F.²⁶

Título: Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos de las principales ciudades de Boyacá (Colombia).

Fuente: Salud Soc Uptc. 2014;1(2):40-45

Resumen: Objetivo: Relacionar situaciones precipitantes de recaída y subescalas de personalidad entre miembros de los grupos de alcohólicos anónimos de cuatro ciudades principales de Boyacá (Colombia). Materiales y Métodos: Los cuestionarios de alcoholismo “Inventario de situaciones precipitantes de recaída” (RPI), e “Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (forma corta)” (MMPI) fueron aplicados a 78 sujetos

pertenecientes a diferentes grupos de alcohólicos anónimos de Boyacá. Se aplicó un diseño de investigación correlacional múltiple. Resultados: Las situaciones precipitantes de recaída se relacionaron de forma positiva moderada con psicastenia, paranoia y depresión, débilmente con esquizofrenia, validez e histeria.



4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Establecer la utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017

4.2. **Específicos**

- 1) Describir las características sociodemográficas de miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.
- 2) Identificar la frecuencia y severidad de depresión según la escala PHQ-9 en miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.
- 3) Identificar la frecuencia y severidad de depresión diagnosticada por la escala de Beck en miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.
- 4) Establecer la utilidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo) de la escala PHQ-9 para el diagnóstico miembros pertenecientes a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.

5. **Hipótesis**

Es probable que la escala PHQ-9 tenga una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de depresión en miembros pertenecientes

a grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa en el periodo de febrero del 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), en el cuestionario sobre la salud de paciente PHQ-9 (Anexo 2), en el inventario de depresión de Beck (Anexo 3), en Test AUDIT (Anexo 4) además del consentimiento informado por parte de cada miembro que participe voluntariamente (Anexo 5).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de enero y febrero del 2017.

2.3. Unidades de estudio: Pacientes con dependencia al alcohol asisten a los grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa.

2.4. Población: Todos los pacientes con dependencia al alcohol que acuden a grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos de la ciudad de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: No se calculó un tamaño de muestra ya que se espera abarcar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes con dependencia al alcohol
 - Pacientes con diagnóstico de consumo perjudicial de alcohol
 - Pacientes mayores de 18 años de edad.
 - De ambos sexos
 - Participación voluntaria en el estudio

- ♦ **Criterios de Exclusión**
 - Pacientes que presenten duelo reciente (menos de 2 meses)
 - Personas analfabetas
 - Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con los líderes de los Grupos de Autoayuda de Alcohólicos Anónimos, se recogerán datos durante el proceso de identificación y aceptación voluntaria de los miembros que deseen participar en la investigación.

En aquellos que cumplan los criterios se les aplicará los instrumentos del estudio, esperando a una distancia y un tiempo prudencial para solucionar dudas y recabar las fichas de estudio

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) es una herramienta útil para establecer un diagnóstico formal de depresión, ayudando en la decisión de empezar un tratamiento específico y monitorizar su tratamiento. Es sencilla de administrarse, incluso podría entregarse al paciente para que la complete en la consulta ambulatoria.

Interpretación

- Síntomas depresivos mínimos: <10
- Depresión leve: 10 – 14
- Depresión moderada: 15-19
- Depresión grave: 20-27

Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento

Sume los números para obtener la puntuación total.

Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía:

Puntuación	Acción
≤ 4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥ 15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

El **inventario de depresión de Beck** segunda edición (BDII) contiene ítems que el paciente elige entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado de estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que se aplica el instrumento. Su

duración aproximada es de 5-10 minutos. Cada Ítem se valora de 0 a 3 puntos. La suma total se puede obtener de 0 a 63. Se categorizará de la siguiente manera: Ausente:0-7, Leve: 10-18, Moderada: 19-29 y Grave: 30-60.

El Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) para población peruana presenta una muy buena confiabilidad puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), dos mitades o splithalf ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación pares y nones ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test retest que evalúa la estabilidad del instrumento ($r = 0.996$; $p < 0.01$) son altos dado que los valores estimados superan el umbral del punto de corte igual a 0.70, considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.

El Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (**AUDIT**) Fue desarrollado por la OMS como un método de tamizaje y como instrumento de apoyo en intervención breve. Ayuda a identificar si la persona presenta un consumo de riesgo, un consumo perjudicial o una dependencia de alcohol. Tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 93% y posee la ventaja de que puede ser aplicado con rapidez.²²

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas se realizará con la prueba chi cuadrado. Los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo se calcularán en tablas tetracóricas mediante el teorema de Bayes con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 16				Enero 17				Febrero 17				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema	■	■											
2. Revisión bibliográfica			■	■									
3. Aprobación del proyecto					■	■	■						
4. Ejecución								■	■	■			
5. Análisis e interpretación											■		
6. Informe final												■	

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2016

Fecha probable de término: 28 de Febrero 2017

V. Bibliografía Básica

- 1) Sadock B, Kaplan H, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 10ma ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- 2) MINSA. Dirección de Salud Mental. Guías de Práctica Clínica en Salud mental y Psiquiatría. Lima: MINSA; 2007
- 3) Consejo Ejecutivo OMS. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2012.
- 4) Valdez Huarcaya W, Miranda Monzón J. Carga de enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludable perdidos 2012. Lima: MINSA Dirección General de Epidemiología; 2014.
- 5) Díaz Villa B, González González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría. 2012;11(3):106-115.

- 6) Toro Greiffenstein R, Yepes Roldán L, Palacio Acosta C. Psiquiatría (fundamentos de medicina). 5ta ed. Medellín; 2010.
- 7) Calderón M, Gálvez-Buccollini J, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012;29(4):578-579.
- 8) Manu P. Consulta médica en psiquiatría. En: Goldman L, Schafer A. Goldman & Cecil Tratado de Medicina Interna. 24ta ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. 2496-2501.
- 9) Global status report on alcohol and health, 2014. 1st ed. Luxemburgo: World Health Organization; 2014.
- 10) Monteiro M, Anderson P. Alcohol y atención primaria de la salud. 1ra ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 11) Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones, 2002; 14 (Supl. 1): 195-219
- 12) Torrens Mèlich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315 - 319.
- 13) Langås A, Malt U, Opjordsmoen S. Substance Use Disorders and Comorbid Mental Disorders in First-Time Admitted Patients from a Catchment Area. European Addiction Research. 2012;18(1):16-25.
- 14) Lai H, Cleary M, Sitharthan T, Hunt G. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys,

- 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015;154: 1-13.
- 15) SEPD Sociedad Española de Patología Dual [Internet]. *Patologiadual.es*. 2017 [cited 19 January 2017]. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/>
- 16) Castaño Pérez G, Sierra Hincapié G. Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016;45(2):108-117.
- 17) Mestre Pintó J, Marta T, Antònia D. Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso. Universidad Autónoma de Barcelona; 2012.
- 18) Mestre-Pintó J, Domingo-Salvany A, Martín-Santos R, Torrens M. Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument. *European Addiction Research*. 2013;20(1):41-48.
- 19) Bustos Flores M. Patología Dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de septiembre del año 2012 [Bachiller]. Universidad Católica del Ecuador; 2012.

- 20) Torrens Mèlich M, Martínez-Sanvisens D, Szerman N. Patología dual, protocolos de intervención: Depresión. 1ra ed. Barcelona: Edika Med; 2009.
- 21) Bobes J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002
- 22) Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, pautas para su utilización en atención primaria. 3ra ed. Connecticut: OMS. 2001
- 23) Zegarra Bustamante J. Factores que influyen en la recuperación del alcoholismo en miembros de grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos, Arequipa 2009 [Médico Cirujano]. Universidad Católica de Santa María; 2009
- 24) Ato BM. El consumo de bebidas alcohólicas como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina UPAO-Trujillo en el 2014. Tesis de pregrado, Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
- 25) Hepner K, Hunter S, Edelen M, Zhou A, Watkins K. A comparison of two depressive symptomatology measures in residential substance abuse treatment clients. Journal of Substance Abuse Treatment. 2009;37(3):318-325.

26) Vega OJ, Juárez F. Relación entre alcoholismo y rasgos clínicos de personalidad en grupos de alcohólicos anónimos de las principales ciudades de Boyacá (Colombia). Salud Soc Uptc. 2014;1(2):40-45



VI. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Sección I: Datos de la paciente

Edad: _____ Años

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Conviviente Casado Separado

Nivel de instrucción: Iltrado primaria secundaria superior

técnica superior universitaria

Ocupación: Trabajo estable Trabajo temporal Desempleado

Estudiante Jubilado Ama de casa

Anexo 2: Cuestionario sobre la salud del paciente 9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con una "X" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Total	0			

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Anexo 3: Inventario de Depresión De Beck.

- | | |
|---|--|
| <p>1)</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.</p> | <p>5)</p> <p><input type="checkbox"/> No siento ninguna culpa particular.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable buena parte del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo.</p> |
| <p>2)</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que no puedo esperar nada del futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.</p> | <p>6)</p> <p><input type="checkbox"/> No siento que esté siendo castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que puedo estar siendo castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Espero ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.</p> |
| <p>3)</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento fracasado.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que la persona normal.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.</p> <p><input type="checkbox"/> Siento que como persona soy un fracaso completo.</p> | <p>7)</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento decepcionado en mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy harto de mí mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me odio a mí mismo.</p> |
| <p>4)</p> <p><input type="checkbox"/> Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .</p> <p><input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> Ya nada me satisface realmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Todo me aburre o me desagrada.</p> | <p>8)</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento peor que otros.</p> <p><input type="checkbox"/> Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis faltas.</p> <p><input type="checkbox"/> Me culpo por todas las cosas malas que suceden.</p> |
| | <p>9)</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo ninguna idea de matarme.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.</p> <p><input type="checkbox"/> Me gustaría matarme.</p> |

- Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10) No lloro más de lo habitual.
 Lloro más que antes.
 Ahora lloro todo el tiempo.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
- 11) No me irrito más ahora que antes.
 Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12) No he perdido interés en otras personas.
 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 He perdido todo interés en los demás.
- 13) Tomo decisiones como siempre.
 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14) No creo que me vea peor que antes.
 Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
 Creo que me veo horrible.
- 15) Puedo trabajar tan bien como antes.
 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16) Puedo dormir tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.
- 17) No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 Me canso al hacer cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

Anexo 3: Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT)

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez habla empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

Anexo 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017

Bachiller en Medicina Humana UCSM: Wendy Messa Aguilar

HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

¿Qué debe hacer?

Este estudio tiene como objetivo determinar si un cuestionario corto de preguntas sobre depresión, PHQ-9, es útil para detectar problemas depresivos en personas con problemas de consumo de alcohol. Este instrumento tarda en resolverse de 5 a 10 minutos. Para saber si los resultados son buenos es necesario compararlos con los datos obtenidos con otro cuestionario más largo, la Escala de Beck, que se tarda de 15-30 minutos en completarlo. Además de un test AUDIT que ayuda a identificar problemas asociados al consumo de alcohol. Así, **su participación en el estudio consiste en contestar las preguntas de los dos cuestionarios: PHQ-9 y la Escala de Beck.**

¿Para qué servirá?

Actualmente sabemos que la presencia de un problema depresivo en personas que tienen problemas de consumo de alcohol puede interferir mucho en su mejoría si no se trata adecuadamente. Por ello es importante que podamos determinar la existencia de depresión en los participantes de forma rápida y sencilla.

El objetivo final de este estudio es mejorar la atención sanitaria que se ofrece a las personas con problemas de consumo de alcohol.

En este estudio se garantiza que la información que usted nos aporte será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si está de acuerdo en participar deberá firmar la hoja de consentimiento informado que encontrará a continuación en la siguiente página.

Desde ya le agradecemos su participación

Características sociodemográficas y utilidad de la escala PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en miembros de grupos de autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Arequipa Febrero del 2017

Bachiller en Medicina Humana UCSM: Wendy Messa Aguilar

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Don (Doña)

Tras haber sido informado verbalmente y por escrito del estudio, por la
Bachiller de Medicina Humana Wendy L. Messa Aguilar.

- Ha podido hacer todas las preguntas que tenía sobre el mismo.
- Sabe que en caso de aceptar participar en el estudio es libre de abandonarlo en cualquier momento.
- Que en todo momento se le garantiza la confidencialidad de los datos del estudio.

ACEPTA participar en esta investigación que incluye la administración de dos cuestionarios de salud mental.

<u>Nombre del investigador:</u> Wendy L. Messa Aguilar	Nombre del entrevistado:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:



Anexo 2
Matriz de sistematización de información

