



## ORIGINAL

# Traducción y adaptación transcultural al español, catalán y gallego de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 para la detección de depresión en Atención Primaria



Ana Clavería<sup>a</sup>, María Rodríguez-Barragán<sup>b,c,d,\*</sup>,  
María Isabel Fernández-San-Martín<sup>c,e</sup>, Patrice Nabbe<sup>f</sup>, Jean Yves Le Reste<sup>f</sup>,  
Iria Miguéns-Blanco<sup>g</sup> e Yolima Cossio-Gil<sup>h</sup>

<sup>a</sup> Xerencia Xestión Integrada de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia-Sur, Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, Vigo, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Centro de Atención Primaria La Mina, Gerencia Territorial de Atención Primaria de Barcelona, Instituto Catalán de la Salud, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España

<sup>c</sup> Fundación Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España

<sup>d</sup> Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

<sup>e</sup> Gerencia Territorial de Atención Primaria de Barcelona, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

<sup>f</sup> Département de Médecine Générale, ERCR SPURBO, Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Université de Bretagne Occidentale, Brest, Bretagne, Francia

<sup>g</sup> Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>h</sup> Dirección de sistemas de información y soporte a la decisión, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 4 de febrero de 2020; aceptado el 8 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 20 de julio de 2020

### PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;  
Depresión;  
Trastorno depresivo;  
Encuestas y cuestionarios;  
Técnica Delphi

### Resumen

**Objetivo:** Describir el proceso de traducción y adaptación transcultural de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) al español, catalán y gallego.

**Diseño:** Traducción, adaptación transcultural y análisis de la comprensibilidad mediante entrevistas cognitivas.

**Emplazamiento:** Unidades de Investigación de Atención Primaria de Barcelona y Vigo.

**Participantes:** Médicos de familia y pacientes de Atención Primaria.

**Mediciones principales:** Siguiendo las guías de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), se realizaron: 1) traducción directa; 2) estudio piloto basado en metodología Delphi con médicos de familia; 3) retrotraducción; 4) análisis de equivalencias; 5) análisis de comprensibilidad de las versiones obtenidas en español, catalán y gallego mediante entrevista cognitiva en una muestra de pacientes, y 6) armonización transcultural.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marodriguez.bcn.ics@gencat.cat](mailto:marodriguez.bcn.ics@gencat.cat) (M. Rodríguez-Barragán).

**Resultados:** En el estudio Delphi participaron 73 médicos de familia. El consenso se estableció en la primera ronda para la traducción española y catalana, y en la segunda ronda para la gallega. Las retrotraducciones fueron similares en los 3 idiomas. Todas las versiones fueron equivalentes entre ellas y respecto a la versión original inglesa. En la entrevista cognitiva participaron 10 pacientes por cada idioma, sin que se modificara la redacción de los ítems.

**Conclusiones:** Las traducciones de la escala HSCL-25 en español, catalán y gallego son equivalentes semántica y conceptualmente a la versión original. Las traducciones son comprensibles y bien aceptadas por los pacientes.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Primary health care;  
Depression;  
Depressive disorder;  
Surveys and questionnaires;  
Delphi technique

## Translation and cross-cultural adaptation into Spanish, Catalan and Galician of the Hopkins Symptom Checklist-25 to identify depression in Primary Care

### Abstract

**Aim:** To describe the translation and cross-cultural adaptation process of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) scale into Spanish, Catalan and Galician.

**Design:** Translation, cross-cultural adaption and comprehensibility analysis through cognitive debriefing.

**Location:** Research Units of Primary Care in Barcelona and Vigo.

**Participants:** Family doctors and Primary Care patients.

**Main measurements:** Following the guidelines of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR): 1) Direct translation. 2) Pilot study based on Delphi methodology with family doctors. 3) Back-translation. 4) Equivalence analysis. 5) Comprehension analysis of versions obtained in Spanish, Catalan and Galician through cognitive debriefing in a sample of patients. 6) Transcultural harmonization.

**Results:** 73 family doctors participated in the Delphi study. The consensus was established in the first round for the Spanish and Catalan translations, and in the second round for the Galician. The back-translations were similar in all 3 languages. All versions were equivalent between them and compared to the original English version. In the cognitive interview, 10 patients participated for each language, without modifying the writing of the items.

**Conclusions:** The translations of the HSCL-25 scale in Spanish, Catalan and Galician are semantically and conceptually equivalent to the original version. Translations are understandable and well accepted by patients.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La depresión es un problema de salud frecuente en la población general. Según el estudio ESEMed, su prevalencia en la población española a lo largo de la vida es del 10,6%<sup>1</sup>; en el año 2017, su prevalencia fue del 10,2% en mayores de 45 años<sup>2</sup>. Estudios realizados con pacientes de Atención Primaria (AP) sitúan esta prevalencia entre un 9,6<sup>3</sup> y un 20,2%<sup>4,5</sup>, siendo más elevada en mujeres mayores de 50 años, asociada a condiciones de viudez, soledad y aislamiento social<sup>6</sup>.

El diagnóstico de trastornos mentales desde AP es complejo, siendo la depresión una de las enfermedades mentales mejor detectadas por los médicos de familia (MF)<sup>7</sup>. La variabilidad en su diagnóstico entre facultativos es amplia debido a factores personales, sociales y culturales, que pueden llevar a sobrevalorar o infravalorar el malestar psicológico de los pacientes<sup>8</sup>. A pesar de que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)<sup>9</sup> es el referente para su diagnóstico clínico, raramente se utiliza en AP y

el debate sobre qué cuestionario/s utilizar para ayudar a su identificación resulta controvertido<sup>10</sup>. Se han publicado diferentes cuestionarios que cuentan con traducciones al español<sup>11-15</sup>, sin embargo, suele haber insuficiente información sobre el procedimiento de adaptación transcultural, a pesar de que la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) especificó estas cuestiones metodológicas<sup>16</sup>.

En este contexto, el grupo Family Practice Depression and Multimorbidity (FPDM) del European General Practice Research Network (EGPRN) se planteó seleccionar una herramienta para detectar la depresión en pacientes adultos que permitiera su comparación en el ámbito de la AP de diferentes países europeos<sup>17</sup>.

Inicialmente, se efectuó una revisión sistemática con el fin de identificar las escalas validadas para el cribado y la detección de la depresión en adultos y ancianos que hubiesen sido comparadas con una entrevista psiquiátrica basada en la clasificación DSM, con resultados cuantitativos, y que hubiesen contado con la participación de profesionales de

AP. Como resultado de la revisión sistemática, se seleccionaron 7 escalas diferentes<sup>18</sup>.

En segundo lugar, la escala Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)<sup>19</sup> fue elegida por consenso. Entre los criterios cuantitativos, se analizaron la validez, la fiabilidad y la reproducibilidad. Se analizó la validez predictiva, es decir, la capacidad de detectar correctamente a pacientes con depresión (sensibilidad) y a los que no la presentan (especificidad). La fiabilidad hace referencia a la precisión de las mediciones. Para valorar la ergonomía, se atendió a la autoadministración de la escala, al grado de facilidad de su cumplimentación y a la sencillez de su interpretación<sup>20</sup>.

Puesto que la expresión emocional está intrínsecamente ligada al entorno lingüístico y cultural de los pacientes, parece relevante ofrecerles un cuestionario escrito en su lengua materna. Para poder utilizar la escala HSCL-25 en el entorno de AP de nuestro país, es necesaria su traducción y posterior adaptación a la cultura española, garantizando la equivalencia con la versión original. Este proceso se ha realizado simultáneamente en 13 idiomas de los equipos integrantes del grupo FPDM del EGPRN.

El objetivo de este estudio es traducir y adaptar transculturalmente la escala HSCL-25 al español, catalán y gallego.

## Material y métodos

La escala HSCL-25<sup>19</sup> es una versión acortada que proviene de la escala Hopkins Symptom Checklist-58 (HSCL-58), diseñada por Derogatis. Es un cuestionario de 25 ítems con 2 dimensiones conocidas: la primera de ellas corresponde a los ítems del 1 al 10 que hacen referencia a síntomas de ansiedad; la segunda dimensión, comprendida por los ítems 11 a 25, es relativa a síntomas de depresión. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 1 a 4: «en absoluto» (1), «un poco» (2), «bastante» (3) o «mucho» (4). Se calculan 2 puntuaciones: la puntuación total (media de 25 ítems) y la de depresión (media de 15 ítems de la subescala de depresión). La puntuación final se calcula sumando las puntuaciones de cada ítem y dividiendo la suma entre el número de ítems, obteniendo una puntuación numérica entre 1 y 4. El diagnóstico de sospecha de depresión se considera si la puntuación total es  $\geq 1,75$ <sup>21,22</sup>. Se necesitan entre 5 y 10 min para completar la escala<sup>23</sup>.

La traducción y la adaptación transcultural se basó en las recomendaciones de la ISPOR y se diseñó un protocolo común para todo el grupo FPDM<sup>24</sup>. El presente estudio se realizó en las Unidades de Investigación de AP de Barcelona y Vigo. Se constituyeron equipos de 4 investigadores para el gallego y el catalán, que participaron conjuntamente en la traducción al español. Se tradujeron los ítems de la escala y las categorías de respuesta, así como las instrucciones necesarias para su uso.

### Traducción directa

La escala fue traducida al gallego y al español por una graduada en Traducción e Interpretación y al catalán por un licenciado en Filología inglesa.

## Estudio piloto con metodología Delphi

La traducción realizada fue analizada con metodología Delphi. Se realizó una selección a conveniencia de MF de diferentes equipos de AP de Cataluña y Galicia que hubieran colaborado en estudios de Salud Mental. Se solicitó evaluación a 134 expertos: 73 para el español, 28 para el catalán y 45 para el gallego. Los profesionales debían tener nivel medio de lengua inglesa, actividad clínica e investigadora en AP, y acreditación de publicaciones en lengua inglesa o actividad como tutores. Se solicitó, mediante encuesta electrónica, que emitiesen su grado de acuerdo sobre la adecuación de la traducción respecto a la escala original, puntuando entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 9 (totalmente de acuerdo) cada ítem, incluyendo las observaciones que considerasen pertinentes. Las puntuaciones inferiores o iguales a 3 indicaron que la traducción no se consideró apropiada; entre 4 y 6 se estimaron dudosas, y entre 7 y 9, apropiadas. Se definió como traducción consensuada aquella a la que un porcentaje mínimo del 70% de MF le otorgaba una puntuación igual o superior a 7. De no alcanzar este valor umbral, se planteaba una segunda traducción y una nueva ronda Delphi hasta obtener consenso.

Se analizaron de forma paralela las respuestas en los 3 idiomas. Se calculó la mediana para el grado de adecuación de la traducción, así como el grado de consenso alcanzado para cada ítem.

### Retrotraducción

Realizada por una filóloga para el español y el gallego, y por un filólogo para el catalán. Ninguno de ellos había participado en la fase inicial ni conocía la escala original.

### Clasificación de equivalencias

Se clasificaron las equivalencias de las traducciones como semánticas, idiomáticas, experienciales y conceptuales<sup>25</sup>. Existe equivalencia semántica cuando hay correspondencia de significado entre el cuestionario en la lengua de partida y su versión correspondiente en la lengua final<sup>26</sup>. Por equivalencias idiomáticas se entienden aquellas expresiones idiomáticas y coloquiales, que muchas veces entrañan dificultades a la hora de traducir, puesto que no cuentan con un equivalente fácil en la lengua materna. Las equivalencias experienciales tienen que ver con aspectos socioculturales y pueden diferir considerablemente con respecto a la cultura de la lengua del cuestionario original. Finalmente, en las equivalencias conceptuales se deberá atender a si las palabras del cuestionario original denotan el mismo concepto en ambas lenguas. Este proceso fue realizado por otra filóloga que no había trabajado en las fases previas.

### Armonización europea

Se armonizaron las traducciones en todas las lenguas participantes del grupo FPDM y se compararon las retrotraducciones con la versión original. En aquellos ítems en los que había discrepancia entre las diferentes versiones, se valoró si estas eran culturales o semánticas.

**Tabla 1** Características de los médicos de familia participantes en la revisión de la traducción con metodología Delphi

	Español (n = 31)		Gallego (n = 20)		Catalán (n = 22)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Mujer	11	34,37	6	30,0	12	54,5
Hombre	20	65,62	14	70,0	10	45,5
<b>Años de experiencia como médico/a</b>						
< 10	3	9,37	3	15,0	5	22,7
10-20	12	37,5	3	15,0	11	50,0
> 20	16	53,12	14	70,0	6	27,3
<b>Años de experiencia como investigador/a</b>						
< 10	15	46,87	10	50,0	14	63,6
10-20	14	43,75	7	35,0	6	27,3
> 20	2	9,375	3	15,0	2	9,1
<b>Años de experiencia como tutor/a</b>						
< 10	19	59,37	12	60,0	16	72,7
10-20	10	31,25	5	25,0	4	18,2
> 20	2	9,37	3	15,0	2	9,1

## Entrevista cognitiva a pacientes

Se entrevistó a 10 pacientes en cada idioma, mayores de 50 años, captados por profesionales de AP en días sucesivos. Los pacientes debían ser nativos del idioma de la escala. Se preguntó para cada ítem: «¿Tiene alguna dificultad para entender esta pregunta?», «Si tiene alguna dificultad, ¿cómo lo diría usted?». Los pacientes debían responder sí o no a la primera pregunta. En caso de presentar alguna dificultad, podían escribir una redacción alternativa del ítem en cuestión.

## Resultados

### Traducción directa

Se realizó una versión para cada idioma (español, catalán y gallego).

### Estudio piloto con metodología Delphi

Respondieron 31 MF al español, 22 al catalán y 20 al gallego. Algunos participaron tanto en la traducción al español como en la traducción a la lengua de uso habitual en su entorno geográfico. En la [tabla 1](#) se describen las características de los participantes.

Los participantes en la traducción al español contaron con una media de 23 años de experiencia como MF (rango intercuartílico [RIC] = 19-26), 10 años como tutores (RIC = 5-20) y 9 como investigadores (RIC = 1-15). Los participantes catalanes fueron los más jóvenes, con una experiencia médica e investigadora también inferior.

La traducción al español y al catalán alcanzó el consenso para todos los ítems en la primera ronda. La traducción al gallego requirió una segunda ronda para consensuar los ítems 6 (*ten tremores*), 10 (*séntese inqueda*) y 25

(*alteración do sono*). En la [tabla 2](#) se detallan los porcentajes de respuesta considerados aceptables para la traducción de cada ítem en cada uno de los idiomas.

### Retrotraducción

La retrotraducción fue similar a la versión original en todos los idiomas. En gallego, el ítem que más difirió del original fue el 9 (*feeling panic*), traducido como *sente pánico* y retrotraducido como *having panic attacks*; en catalán fue el 18 (*thinking of ending one's life*), traducido como *pensaments de suïcidi* y retrotraducido como *thoughts of suicide*. Por último, en español fue el ítem 5 (*heart racing*), traducido como *palpitaciones* y retrotraducido como *palpitations*, el que más divergió del original.

### Clasificación de equivalencias

Todas las opciones fueron semánticamente equivalentes; aunque en una lengua se utilice una expresión adjetiva (*inqueda* en el ítem 10 del gallego) y en otra un sustantivo (*inquiétude* en español), ya que se trata de equivalencias de sentido.

### Armonización europea

Los miembros del grupo FPDM discutieron y resolvieron por consenso cualquier posible ambigüedad y discrepancia, tanto de la escala como de las instrucciones. En estas reuniones se modificó la traducción directa de *distress* en las 3 lenguas presentadas en este estudio. *Distress* se tradujo inicialmente como *angustia/angustia/angoixa*, pero en la versión final se optó por *malestar psicológico/psicológico/psicològic*. Este término, sin embargo, no forma parte del cuestionario, sino de las aclaraciones necesarias para su interpretación. En el catalán se cambió la

**Tabla 2** Porcentaje de respuestas con puntuación  $\geq 7$  sobre la adecuación de la traducción de los ítems en cada idioma, según la metodología Delphi

	Español, %	Gallego, %	Catalán, %
Choose the best answer for how you felt over the past week	96,8	100,0	95,5
1. Being scared for no reason	80,7	80,0	95,5
2. Feeling fearful	90,3	90,0	90,9
3. Faintness	87,1	80,0	100,0
4. Nervousness	96,7	80,0	95,5
5. Heart racing	83,9	80,0	90,9
6. Trembling	87,1	91,3 <sup>a</sup>	100,0
7. Feeling tense	96,8	90,0	100,0
8. Headache	93,5	90,0	100,0
9. Feeling panic	83,8	80,0	95,5
10. Feeling restless	96,8	86,9 <sup>a</sup>	90,9
11. Feeling low in energy	83,9	80,0	86,4
12. Blaming oneself	77,4	80,0	95,5
13. Crying easily	90,4	95,0	95,5
14. Losing sexual interest	77,5	70,0	90,9
15. Feeling lonely	96,8	100,0	100,0
16. Feeling hopeless	87,1	70,0	100,0
17. Feeling blue	93,6	100,0	95,5
18. Thinking of ending one's life	77,5	85,0	90,9
19. Feeling trapped	87,2	90,0	100,0
20. Worrying too much	90,3	85,0	95,5
21. Feeling no interest	83,9	85,0	90,9
22. Feeling that everything is an effort	90,4	90,0	100,0
23. Worthless feeling	96,7	95,0	95,5
24. Poor appetite	93,6	80,0	100,0
25. Sleep disturbance	87,1	86,9*	90,9
“A little”	87,1	85,0	100,0
“Not at all”	93,5	75,0	100,0
“Extremely”	93,6	85,0	100,0
“Quite a bit”	93,6	85,0	100,0

<sup>a</sup> Porcentajes obtenidos en la segunda ronda Delphi con 23 participantes.  
Se considera la traducción aceptable si obtiene una puntuación  $\geq 7$  puntos

traducción de *pensaments de suicidi por pensa en treure's la vida*.

### Entrevista cognitiva a pacientes

Se utilizó una muestra de 10 pacientes para cada idioma, las características de los pacientes participantes se muestran en la [tabla 3](#). En la entrevista cognitiva no se detectaron dificultades en la comprensión de los ítems que justificaran la modificación de la escala. Expresaron alguna dificultad de interpretación al menos 2 personas en el ítem 11 de la versión española, los ítems 11, 18 y 21 de la escala catalana y el 3 de la versión gallega.

Finalmente, se flexionaron aquellos sustantivos y adjetivos que admiten morfemas de género. En la [tabla 4](#) se expone la traducción final en los 3 idiomas.

### Discusión

Se ha obtenido una versión adaptada al español, catalán y gallego de la escala HSCL-25 para medir síntomas de depresión.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico y basado en los criterios DSM. Sin embargo, los cuestionarios son herramientas de cribado que ayudan a la identificación y medida de la intensidad de síntomas, a veces difíciles de reconocer a través de la anamnesis. A pesar de que existen otros instrumentos validados en español para un fin similar, esta escala se ha considerado mejor en cuanto a su comodidad para utilizarla en el contexto de AP debido a la facilidad para llevarla a cabo durante la consulta habitual del MF, así como por sus adecuadas propiedades psicométricas<sup>18,20</sup>. En la versión francesa, se ha objetivado una sensibilidad del 59,1% y una especificidad del 91,4%<sup>23</sup>. La escala HSCL-25 evalúa síntomas de depresión y ansiedad, esto supone una ventaja ya que es frecuente encontrar síntomas de ansiedad en pacientes diagnosticados de depresión y a que muchas veces ansiedad y depresión se presentan como comorbilidades asociadas entre sí<sup>27</sup>. Asimismo, se trata de una herramienta fácil de comprender para los pacientes, aspecto fundamental dado que es un cuestionario autoadministrado. Por este motivo, se decidió traducirla a 3 idiomas oficiales de nuestro país, realizando también la adaptación cultural. Este paso es indispensable para poder

**Tabla 3** Participantes y resultados de las entrevistas cognitivas

	Español (n = 10)		Gallego (n = 10)		Catalán (n = 10)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sexo</i>						
Mujer	7	70,0	6	60,0	6	60,0
Hombre	3	30,0	4	40,0	4	40,0
<i>Edad</i>						
Media (DE)	67,4	(11,0)	61,2	(10,5)	70,4	(10,7)
<i>Ítems que presentan alguna dificultad para ser entendidos por al menos 2 pacientes</i>						
	Ítem 11		Ítem 3		Ítem 11 Ítem 18 Ítem 21	

**Tabla 4** Traducción final de la escala Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) por idioma

Original	Español	Gallego	Catalán
Choose the best answer for how you felt over the past week	Elija la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la semana pasada	Escollo a resposta que mellor describa como se sentiu durante a semana pasada:	Triï la millor resposta per indicar com s'ha sentit en la darrera setmana
1. Being scared for no reason	Se asusta sin motivo	Asústase sen motivo	Estar espantat/espantada sense motiu aparent
2. Feeling fearful	Siente miedo	Ten medo	Sentir por
3. Faintness	Debilidad	Debilidade	Debilitat
4. Nervousness	Nerviosismo	Nerviosismo	Nerviosisme
5. Heart racing	Palpitaciones	Palpitaciïns	Cor accelerat
6. Trembling	Tiembla	Ten tremores	Tremola
7. Feeling tense	Se siente tenso/a	Séntese tenso/a	Sentir-se tens/a
8. Headache	Dolor de cabeza	Dor de cabeza	Mal de cap
9. Feeling panic	Siente pánico	Sente pánico	Sensació de pànic
10. Feeling restless	Siente inquietud	Séntese inqueda/a	Sensació d'inquietud
11. Feeling low in energy	Siente que le falta energía	Sente que lle falta enerxía	Sensació de manca d'energia
12. Blaming oneself	Se culpa a sí mismo/a	Cúlpase a si mesmo/a	Culpar-se un/a mateix/a
13. Crying easily	Llora con facilidad	Chora con facilidade	Plora fàcilment
14. Losing sexual interest	Pierde el interés sexual	Perda do apetito sexual	Pèrdua de l'interès sexual
15. Feeling lonely	Se siente solo/a	Séntese só/soa	Sentir-se sol /a
16. Feeling hopeless	Se siente sin esperanza	Séntese sen esperanza	Sentiment de desesperança
17. Feeling blue	Se siente triste	Séntese triste	Sentir-se trist/a
18. Thinking of ending one's life	Piensa en acabar con su vida	Pensa en acabar coa súa vida	Pensa en treure's la vida
19. Feeling trapped	Se siente atrapado/a	Séntese atrapado/a	Sentir-se atrapad/atrapada
20. Worrying too much	Se preocupa en exceso	Preocúpase en exceso	Preocupar-se en excés
21. Feeling no interest	No siente interés por nada	Non sente interese por nada	Sentiment de manca d'interès
22. Feeling that everything is an effort	Siente que todo le cuesta un esfuerzo	Sente que todo lle supón un esforzo	Sentir que tot és un esforç
23. Worthless feeling	Se siente inútil	Séntese inútil	Sentir-se inútil
24. Poor appetite	Poco apetito	Poco apetito	Pèrdua de la gana
25. Sleep disturbance	Problemas para dormir	Alteraciïns do sono	Alteració de la son

Tabla 4 (continuación)

Original	Español	Gallego	Catalán
The HSCL-25 score is based on pencil-and-paper self-report of 25 questions about the presence and intensity of anxiety and depression symptoms over the last week.	La puntuación HSCL-25 se basa en un cuestionario autocumplimentado con lápiz y papel, de 25 preguntas sobre la presencia y la intensidad de ansiedad y síntomas depresivos en la última semana	A puntuación HSCL-25 baséase nun cuestionario cuberto con lapis e papel, de 25 preguntas sobre a presenza e a intensidade de ansiedade e síntomas depresivos na última semana.	L'escala HSCL-25 es basa en un qüestionari auto administrat de 25 preguntes, sobre la presència i la intensitat de símptomes d'ansietat i depressió en la darrera setmana.
Participants answer to one of 4 categories for each item on a four-point scale ranging from 1 to 4	Los participantes responden una de 4 categorías para cada ítem, en una escala de 4 puntos que van desde 1 a 4	Os/as participantes responden unha de catro categorías para cada ítem, nunha escala de catro puntos que van desde 1 a 4.	Els participants responen a una de les quatre categories per a cada ítem en una escala de quatre punts que va de l'1 al 4.
“Not at all” “A little” “Extremely” “Quite a bit”	En absoluto Un poco Bastante Mucho	En absoluto Un pouco Bastante Moito	Gens Una mica Bastant Molt
The HSCL-25 score is calculated by dividing the total score (sum score of items) by the number of items answered (ranging between 1,00 and 4,00). It is often used as the measure of distress	La puntuación del HSCL-25 se calcula dividiendo la puntuación total (sumando la puntuación de todas las preguntas) entre el número de respuestas (varía entre 1,00 y 4,00). Se usa habitualmente para medir el malestar psicológico	A puntuación do HSCL-25 calcúlase dividiendo a puntuación total (a suma de todas as preguntas) entre o número de respostas (cuxa puntuación oscila entre 1,00 e 4,00). Úsase de forma habitual para medir o nivel de malestar psicolóxico	La puntuació total del HSCL-25 es calcula dividint la suma de la puntuació dels diferents ítems pel número d'ítems contestats. El resultat total oscil·la entre 1,00 i 4,00. Aquesta escala sovint s'utilitza com a mesura de malestar psicològic.
The patient is considered as a “probable psychiatric case” if the mean rating on the HSCL-25 is 1,55.	El paciente se considera un «probable caso psiquiátrico» si el valor medio del HSCL-25 es $\geq 1,55$	Considérase que o/a paciente é un «caso psiquiátrico probable» se o valor medio do HSCL-25 é $\geq 1,55$	El/La pacient és considerat/considerada com a «probable cas psiquiàtric» si la qualificació mitjana del HSCL-25 és $\geq 1,55$
A cut-off value of 1,75 is generally used for diagnosis of major depression defined as “a case, in need of treatment”. This cut-off point is recommended as a valid predictor of mental disorder as assessed independently by clinical interview, somewhat depending on diagnosis and gender	Por lo general se usa un valor de corte de $\geq 1,75$ para el diagnóstico de depresión mayor, definida como «un caso que necesita tratamiento». Este valor de corte se considera un predictor válido de un trastorno mental, evaluado de forma independiente mediante entrevista clínica, aunque depende en parte del diagnóstico y el género	Polo xeral, úsase un valor de corte $\geq 1,75$ para diagnosticar a depresión maior, definida como “un caso que precisa tratamento”. Este valor de corte recoméndase como un predictor válido dun trastorno mental, avaliado independentemente por medio de entrevistas clínicas, aínda que depende en parte do diagnóstico e do xénero	Generalment s'utilitza un punt de tall $\geq 1,75$ per al diagnòstic de la depressió maior i es defineix com “cas que precisa de tractament”. Es recomana aquest punt de tall com un predictor vàlid de trastorn mental com ho seria l'avaluació independent per entrevista clínica, depenent en part del diagnòstic i del gènere

analizar las propiedades psicométricas y validar posteriormente los instrumentos para su uso en un contexto concreto, tal y como se ha realizado en otros idiomas y en diferentes contextos<sup>22,23,28-30</sup>. Por tanto, antes de poder utilizarla en nuestro entorno, se requiere su validación para comprobar su efectividad.

Las recomendaciones ISPOR deben equilibrar la rigurosidad asegurando que la traducción sea comprensible para sus usuarios y a su vez evitar criterios estrictos de difícil cumplimiento en situaciones del mundo real<sup>16</sup>. Los MF son conocedores del lenguaje de sus pacientes, que utilizan muchas veces términos y expresiones dialectales, sobre todo en comunidades mayoritariamente bilingües. Por este motivo, se optó por seleccionar un número importante de MF en un paso intermedio de la traducción, para trabajar con metodología Delphi.

La selección de los expertos se presenta como una de las principales limitaciones en los métodos de consenso debido a la posibilidad de sesgo en su elección<sup>31</sup>. Se pretendió minimizar este efecto con los criterios de inclusión. El grupo europeo sugería incluir «profesores de universidad de AP», puesto que se entiende que estos cuentan con la experiencia necesaria para el diagnóstico de la depresión y dominan la lengua inglesa. En España, considerando la escasa atención que recibe la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en las Facultades de Medicina, se optó por seleccionar tutores de MFyC o clínicos con gran experiencia y publicaciones en revistas con impacto, pretendiendo que se aproximasen en la mayor medida al referente establecido. Se escogió su actividad como tutor de residentes especialistas en MFyC, asegurando así su formación continua y actualización en el campo de investigación y docencia.

La convergencia en la retrotraducción se explica por la proximidad lingüística (lenguas latinas), por la brevedad de los ítems y por el escaso número de preguntas.

Como puntos fuertes de este proyecto cabe destacar que se siguió rigurosamente la metodología ISPOR y que se tuvo en cuenta el ámbito de trabajo de AP como el futuro emplazamiento de utilización de la escala. Se consideró la perspectiva de los profesionales que la interpretarán en el futuro y se llevó a cabo una prueba con una muestra de pacientes en cada idioma. La entrevista cognitiva demostró que los potenciales usuarios de la escala comprenden su uso y la redacción de los ítems, y que no muestran incomodidad frente a ninguno de ellos. Otros estudios similares también han utilizado la entrevista cognitiva para este fin<sup>32,33</sup>.

Finalmente, cabe resaltar que este estudio forma parte de un proyecto internacional cuya metodología en la traducción ha sido común con otros idiomas europeos; por ello, su desarrollo y su posterior validación permitirán obtener datos comparables de muestras de población con diferencias culturales. Una de las limitaciones de este proyecto es que no hubo ningún integrante del grupo FPDM de habla euskera; a pesar de que el proyecto estuvo abierto, no se consiguió incluir un nodo en el País Vasco para obtener una traducción de la escala en vasco.

## Implicaciones para la práctica clínica y conclusiones

La escala HSCL-25 ha sido traducida al español, al catalán y al gallego, y las traducciones son equivalentes con la versión original inglesa. Los MF que han participado en el proceso de traducción y los pacientes de AP la han considerado aceptable y fácil de utilizar. Se realizará la validación de la escala en una fase posterior para poder generalizar su uso en AP.

### Lo conocido sobre el tema

- La depresión es un problema de primer orden en la población general.
- La escala HSCL-25 se considera útil para el cribado de depresión en el entorno de Atención Primaria y es fácilmente comprensible para los pacientes.

### Qué aporta este estudio

- Versión traducida y adaptada transculturalmente en español, catalán y gallego de la escala HSCL-25 para medir depresión, a partir de la versión original en inglés.

## Financiación

Este trabajo recibió financiación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) al resultar ganador de una ayuda para la realización de tesis doctorales Isabel Fernández 2019. Este proyecto ha recibido una beca de la Fundación Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAP Jordi Gol 7Z19/019) para la capacitación en investigación y realización del doctorado en Atención Primaria y otra beca de la cátedra de la Universidad Autónoma de Barcelona-Novartis de investigación en Medicina Familiar y Comunitaria, ambas en la convocatoria 2019. Estas ayudas han sido otorgadas a la autora M. Rodríguez-Barragán.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A los médicos de familia participantes en la metodología Delphi.

Al grupo Family Practice Depression and Multimorbidity.

A los pacientes participantes de las entrevistas cognitivas y a los profesionales que las hicieron posibles.

A Eva Peguero Rodríguez, por la revisión de la redacción del artículo.



## Bibliografía

1. Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011;9:90.
2. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos. *Salud Mental.* 2017.
3. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:201–10.
4. Cano Vindel A, Martín Salguero J, Mae Wood C, Dongil E, Miguel Latorre J. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo.* 2012;33:2–11.
5. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry.* 2008;192:362–7.
6. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11:216–26.
7. Garrido-Elustondo S, Reneses B, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M. Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. *Aten Primaria.* 2016;48:449–57.
8. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011;61:72–80.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* Arlington, United States: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. 2014.
11. Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN. Diagnostic accuracy of Spanish language depression-screening instruments. *Ann Fam Med.* 2009;7:455–62.
12. Díez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med.* 2001;63:679–86.
13. Sanz J, García-Vera M, Espinosa R, Fortún M. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3 propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud.* 2005;16:121–42.
14. Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Anxiety scales and Goldberg's depression: An efficient interview guide for the detection of psychologic distress. *Aten Primaria.* 1993;12:345–9.
15. Aragonès Benaiges E, Masdèu Montalà R, Cando Guasch G, Coll Borràs G. Diagnostic validity of Zung's self-rating depression scale on primary care patients. *Actas Españolas Psiquiatr.* 2001;29:310–6.
16. Wild D, Grove A, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of Good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.* 2005;8:94–104.
17. Nabbe P, le Reste J, Chiron B, le Prielec A, Munoz M, Claveria A, et al. The FPDM (family practice depression and Multimorbidity) Study: Project for systematic review of literature to find tools for depression diagnosis used in primary care. *Eur Gen Pract Res Netw. THEME Relevant Outcome Meas. Gen. Pract. Res. into Chronic Dis., Niza.* 2011:71.
18. Nabbe P, Le Reste J, Chiron B, Le Prielec A, Munoz M, Claveria A, et al. The FPDM (family practice depression and Multimorbidity) Study: Project for systematic review of literature to find tools for depression diagnosis used in primary care. In: *Proceedings of the 72nd European General Practice Research Network Meeting.* Niza. 2011:25.
19. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth E, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci.* 1974;19:1–15.
20. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Beck-Robert E, Assenova R, Lazic D, et al. One consensual depression diagnosis tool to serve many countries: A challenge! A RAND/UCLA methodology. *BMC Res Notes.* 2018;11:4.
21. Veijola J, Jokelainen J, Läksy K, Kantojärvi L, Kokkonen P, Järvelin MR, et al. The Hopkins Symptom Checklist-25 in screening DSM-III-R axis-I disorders. *Nord J Psychiatry.* 2003;57:119–23.
22. Glaesmer H, Braehler E, Grande G, Hinz A, Petermann F, Rompel M. The German Version of the Hopkins Symptoms Checklist-25 (HSCL-25) —Factorial structure, psychometric properties, and population-based norms. *Compr Psychiatry.* 2014;55:396–403.
23. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Gatineau F, le Floch B, Montier T, et al. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. *PLoS One.* 2019;14:e0214804.
24. Nabbe P, Le Reste J, le Floch B, Sowinska A, Czachowski S, Doer C, et al. FPDM (Family Practice Depression and Multimorbidity): The Hopkins Symptoms Checklist-25 items (HSCL-25), completed translation in 10 European languages. In: *Proceedings of 81st European General Practice Research Network Meeting.* Edirne. 2015:66.
25. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186–91.
26. Congost Maestre N. El lenguaje de las Ciencias de la Salud. Los cuestionarios de salud y su traducción del inglés al español [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2010.
27. Martinussen LJ, Šaltyté Benth J, Almdahl IS, Borza T, Selbæk G, Mcpherson B, et al. The effect of anxiety on cognition in older adult inpatients with depression: Results from a multicenter observational study. *Heliyon.* 2019;5:e02235.
28. Lundin A, Hallgren M, Forsell Y. The validity of the symptom checklist depression and anxiety subscales: A general population study in Sweden. *J Affect Disord.* 2015;183:247–52.
29. Al-Turkai FA, Ohaeri JU, el-Abbasi AHM, Naguy A. Relationship between symptoms of anxiety and depression in a sample of arab college students using the Hopkins Symptom Checklist 25. *Psychopathology.* 2011;44:230–41.
30. Lee B, Kaaya SF, Mbwambo JK, Smith-Fawzi MC, Leshabari MT. Detecting depressive disorder with the Hopkins Symptom Checklist-25 in Tanzania. *Int J Soc Psychiatry.* 2008;54:7–20.
31. Steurer J. The Delphi method: An efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiol.* 2011;40:959–61.
32. Garcimartin P, Pardo-Cladellas Y, Verdú-Rotellar JM, Delgado-Hito P, Astals-Vizcaino M, Comin-Colet J. Transcultural adaptation into Spanish of the Patient empowerment in long-term conditions questionnaire. *Aten Primaria.* 2019;51:24–31.
33. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Spanish translation and cross-cultural adaptation of the ARMS-scale for measuring Medication adherence in polypathological patients. *Aten Primaria.* 2017;49:459–64.