

Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria[†]

Gustavo Díaz-Rodríguez,* Hortensia Reyes-Morales,*
Alma Ethelia López-Caudana,** Jorge Caraveo-Anduaga,*** Magda Luz Atrián-Salazar****

* Coordinación de Políticas de Salud, Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1. "Lic. Ignacio García Téllez",
Deleg. Morelos, Instituto Mexicano del Seguro Social de Cuernavaca.

*** Instituto Nacional de Psiquiatría.

**** Secretaría de Salud.

Validation of a clinimetric scale for the diagnosis for depression in patients with diabetes mellitus type 2, in primary health care

RESUMEN

ABSTRACT

Background. The prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) is of up to 49.3% in primary care clinics. Nevertheless, medical doctors only recognize only 30% of these cases. Depression is associated with poor glycemic control, increase of diabetes complications, deterioration in patient's quality of life, and increase in demand and resources to provide care. The objective was to design and validate a clinimetric scale for the diagnosis of depression (CSDD in patients with DM2, in primary care units. **Patients and methods.** The study was conducted on 528 DM2 patients in Family Medicine Unit No. 10 of the Instituto Mexicano del Seguro Social (Mexican Social Security Institute), during 2003. A diagnostic test design was employed, with the golden standard consisting of the composite international diagnostic interview. Samples were constructed around consecutive cases. Depression and its degrees were the dependent variables. Absolute and relative frequencies were calculated, along with the Kappa index, sensibility, specificity, positive predictive values (PPV) and negative predictive values (NPV) and ROC curves. **Results.** The CSDD presented a concordance between observers of 0.7739. The best cut-off point in the ROC curves for diagnosis of depres-

Antecedentes. La prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es hasta de 49.3% en unidades de atención primaria. El médico reconoce únicamente 30% de los casos, lo que lleva al paciente a un pobre control glucémico, aumento en las complicaciones propias de la diabetes, deterioro de la calidad de vida, mayor número de consultas e importante consumo de recursos institucionales. El objetivo del estudio fue diseñar y validar una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión (ECDD) en pacientes con DM2, en unidades de atención primaria. **Pacientes y métodos.** El estudio se llevó a cabo en 528 pacientes con DM2, en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante 2003. Se utilizó un diseño de prueba diagnóstica, el estándar de oro fue la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta. El muestreo fue por casos consecutivos. La variable dependiente fue depresión y sus grados. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, índice Kappa, sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y curvas ROC. **Resultados.** La ECDD presentó una concordancia interobservador de 0.7739. El mejor punto de corte en las curvas ROC para diagnosticar depresión fue 6, con el cual se obtuvo una sensibilidad de 95.3%, especificidad 96.8%, VPP 92.2% y VPN 98.1%. **Conclusiones.** La ECDD aplicada en pacientes con DM2 es un instrumento consistente, válido y de fácil aplicación para

[†] Este proyecto fue financiado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la convocatoria 2003-745-0001, de la Coordinación de Investigación, con número de registro en el Fondo para el Fomento de la Investigación Médica FP-2003/096.

sion was 6, which obtained a sensibility of 95.3%, a specificity of 96.8%, a PPV of 92.2%, and a NPV of 98.1%. **Conclusions.** The CSDD is a consistent and valid instrument and easy to use for the diagnosis of depression in patients with DM2 in primary care clinic.

Key words. Depression. Diabetes mellitus. Scale for the diagnosis of depression (CSDD). Composite international diagnostic interview (CIDI). Primary care.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del afecto que puede aparecer en cualquier etapa de la vida,¹ presenta un espectro continuo y su frecuencia es mayor cuando existen enfermedades crónicas, como diabetes mellitus.²

A escala mundial, actualmente la prevalencia de depresión en población adulta, en el ámbito de la atención primaria, es de 21.7% en mujeres y de 12.7% en hombres,³ y en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es hasta de 49.3%.⁴ En la República Mexicana se documenta una prevalencia de entre 6 a 15% en población general,⁵ y 5.8% en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México,⁶ mientras que en el Distrito Federal en pacientes con DM2, de dos diferentes instituciones, se ha reportado en más de 45%.^{7,8}

A pesar de la elevada prevalencia de depresión, se estima que su reconocimiento por médicos de atención primaria se realiza únicamente en 30% de los casos.⁸ Entre los motivos de la baja proporción de diagnósticos se han descrito los siguientes:

1. El médico dispone de poco tiempo para cada uno de sus pacientes, por lo que únicamente se centra en los aspectos físicos y no en los emocionales.⁹
2. El paciente consulta por padecimientos múltiples.¹⁰
3. Los médicos tienen insuficiente conocimiento de la sintomatología y mínima capacitación para diagnosticar depresión.¹¹
4. Las guías clínicas e instrumentos clinimétricos son poco aplicables en atención primaria.¹²⁻¹⁶

Con el fin de facilitar al médico familiar la identificación de los pacientes con depresión, durante la última década se han desarrollado guías de práctica clínica y múltiples escalas clinimétricas. Numerosos grupos de profesionales, sociedades científicas, agencias y autoridades sanitarias, han emprendido iniciativas de promoción de la efectividad clínica, mediante el diseño y elaboración de guías de práctica clínica para apoyar a los médicos en la toma de deci-

diagnosticar depresión durante el acto de la consulta en atención primaria.

Palabras clave. Depresión. Diabetes mellitus. Escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión (ECDD). Cédula diagnóstica internacional compuesta (CIDI). Atención primaria.

siones durante el proceso de la atención.¹⁷ Éstas han atraído el interés de todos los implicados en el proceso de atención a la salud, posiblemente debido a lo reportado en la literatura médica sobre la deficiente calidad en el proceso de la atención. La sobreutilización de los servicios de salud y los costos crecientes de la atención sanitaria.¹⁸⁻²¹ Aunque algunas de las guías clínicas para depresión que existen en el ámbito internacional y en México^{12-14,22} pueden proveer un cúmulo de evidencia clínica para el diagnóstico de depresión y constituyen un excelente material de consulta, resultan poco prácticas para la atención rutinaria del paciente en atención primaria, debido a que son muy extensas.

Respecto a las escalas clinimétricas, algunas han sido desarrolladas para detección y otras para el diagnóstico de depresión; *entre las primeras*, algunas deben ser utilizadas por expertos, mientras que otras son más accesibles para su uso por personas sin capacitación especial; las más conocidas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI, por sus siglas en inglés),²³ la de Hamilton,¹⁵ la de Zung,¹⁶ y la de Beck;²⁴ esta última se ha utilizado frecuentemente en pacientes con DM2 para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y es la que mayor equilibrio reporta en su sensibilidad y especificidad (86%). Aunque las dos últimas escalas son autoaplicables, pueden ser imprecisas debido a errores del paciente cuando sus condiciones emocionales y su nivel de escolaridad no son adecuados.²⁵

Para establecer el diagnóstico de depresión, se ha considerado que lo idóneo es la aplicación de entrevistas estructuradas, que permite efectuar una evaluación integral del paciente.²⁶ A pesar de las ventajas de estos instrumentos, éstos no son de fácil aplicación dentro de la consulta médica en atención primaria, donde el tiempo de atención es muy corto y el aplicarlos ocasionaría mayor prolongación del tiempo de consulta. Por lo tanto, es deseable tener una escala que permita de manera fácil y rápida construir el diagnóstico de depresión del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Debido a lo anterior, el objetivo principal del presente trabajo fue diseñar y validar una escala clínica para el diagnóstico de depresión.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal durante 2003 en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de México, en dos etapas: la primera, para el diseño de la Escala Clinimétrica para el Diagnóstico de Depresión (ECDD) y la segunda para su validación. El proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación de la Unidad.

Etapa 1. Diseño

Para esta etapa se llevó a cabo el siguiente procedimiento adaptado de Sánchez y Echeverry:²⁷

1. Selección de la condición clínica/problema de salud objeto de la ECDD (depresión).
2. Determinación de los miembros del grupo o panel de trabajo, el cual estuvo compuesto tanto por expertos en depresión como por potenciales usuarios de la escala: cuatro psiquiatras y cuatro médicos familiares.
3. Definición de factores (dominios): alteración del estado de ánimo, alteración de la conducta motora, alteración de funciones autónomas, alteración del pensamiento o función cognoscitiva.
4. Revisión de la literatura científica para diagnóstico de depresión, publicada en las bases de datos de Medline entre 1995 y 2002. Particularmente la búsqueda se enfocó a guías de práctica clínica y escalas clinimétricas para la condición que se quería medir.
5. Determinación del contenido y número de preguntas para la ECDD.
6. Especificación del diseño de la ECDD; ésta se realizó bajo los criterios de investigación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).²⁸ La escala se estructuró con 13 preguntas, las tres primeras como tamiz para sospechar depresión (*criterio B de la CIE-10*) y las otras 10 para confirmarla (*criterio C de la CIE-10*); la respuesta de cada pregunta fue dicotómica y la calificación de depresión se efectuó por grados, de acuerdo con el siguiente puntaje: 0 a 5 puntos positivos, ausencia de depresión; para el grado leve, 6 a 7 puntos positivos con respuesta positiva de al menos dos preguntas del criterio B,

y de al menos 4 del criterio C; para depresión moderada un total de 8 a 10 puntos positivos, con respuesta positiva de al menos dos preguntas del criterio B, y de al menos 6 del criterio C; para depresión grave, 11 o más puntos con las tres respuestas positivas del criterio B y al menos 8 del criterio C.

7. Determinación de los formatos de presentación.
8. Redacción y revisión de la versión preliminar.
9. Prueba piloto, mediante la aplicación de la ECDD a 10 pacientes, con el fin de evaluar la comprensión de los reactivos.
10. Ajuste de dos reactivos que fueron poco claros.
11. Redacción de la versión definitiva en los diferentes formatos seleccionados (*Anexo*).

Etapa 2. Validación

Se utilizó un diseño de prueba diagnóstica, en el cual se seleccionó como estándar de oro la Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI, I.I), que es una entrevista altamente estructurada, y se basa en los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10. La CIDI en su apartado de depresión consta de 78 preguntas dicotómicas e identifica la presencia y los grados de depresión. Esta cédula se ha utilizado en México, por diversos autores, en estudios clínicos epidemiológicos para diagnosticar trastornos depresivos.²⁹

La población seleccionada para la validación de la ECDD correspondió a pacientes hombres o mujeres con DM2 (*una de las principales causas de demanda de consulta*), entre 18 a 85 años de edad, pertenecientes a la clínica seleccionada y que aceptaron participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado. El tamaño de la muestra se basó en el cálculo de sensibilidad y especificidad, mediante la fórmula para la estimación de una proporción,³⁰ de acuerdo con los siguientes supuestos: 35% de prevalencia de depresión, precisión de 5% y nivel de confianza de 95%; la muestra requerida fue de 528 pacientes. El muestreo fue no probabilístico, por casos consecutivos.

La variable dependiente analizada con ambos instrumentos fue depresión y sus grados. Se obtuvo información de variables independientes: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad y comorbilidad –que incluyó hipertensión arterial y antecedente de enfermedad vascular cerebral, complicaciones de la diabetes (retinopatía y nefropatía diabética) y antecedentes heredofamiliares de DM2.

Previo al reclutamiento de los pacientes se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Capacitación de los participantes en el estudio: un médico psiquiatra para la aplicación de la CIDI, dos médicos familiares para la aplicación de la ECDD y una enfermera para la aplicación del cuestionario acerca de las variables independientes.
2. Estandarización del médico psiquiatra con un experto en la CIDI, de los médicos familiares mediante la evaluación de la concordancia interobservador para la aplicación de la ECDD y de la enfermera por uno de los investigadores (GDR).

La concordancia interobservador se realizó antes de iniciar el estudio mediante la aplicación de la ECDD por los dos médicos familiares, cada uno en forma independiente y cegada, a 45 pacientes con diabetes mellitus de la consulta externa.

Para el reclutamiento, la enfermera realizó diariamente consulta de la agenda de citas de pacientes de los médicos familiares participantes, identificó a los diabéticos que acudieron a consulta y reunieron los criterios de inclusión y les invitó a participar en el estudio. Previo consentimiento informado, les efectuó el cuestionario sociodemográfico; la ECDD fue aplicada por el médico durante la consulta, al término de la cual el médico psiquiatra aplicó la CIDI en otro consultorio.

En los procedimientos anteriores uno de los investigadores (GDR) efectuó diariamente supervisión de la calidad de los mismos y realizó al término del reclutamiento la calificación tanto de la ECDD como de la CIDI, también en forma ciega. Asimismo, también llevó a cabo medición del tiempo de aplicación de la ECDD y de la CIDI, en 10 pacientes.

Análisis estadístico

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las variables generales; se obtuvo la concordancia interobservador por medio del índice Kappa, entre los dos médicos familiares que aplicaron la ECDD; para la validación de la escala se calcularon su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y curvas ROC. Se establecieron tres puntos de corte para identificar el más apropiado para diagnosticar depresión. Estos puntos se construyeron con base en los criterios de investigación para el diagnóstico de depresión de la CIE 10 y son: punto de corte 6 para depresión leve, 8 para moderada y 11 o más para grave. Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS para Windows versión 11.5 y Stata versión 7.

Se reclutaron 528 pacientes con DM2. Como se observa en el cuadro 1 la mediana de edad fue de 63 años, con intervalo de 27 a 85 años. Dos terceras partes de la muestra fueron mujeres y más de la mitad de los pacientes estuvieron casados. Más de la mitad de los pacientes fueron amas de casa y 48.7% tuvo una escolaridad de primaria completa o menos.

El cuadro 2 muestra la frecuencia con que los pacientes refirieron comorbilidad y datos compatibles con retinopatía y nefropatía diabética. Aproximadamente la mitad de éstos tenía hipertensión arterial. La complicación más frecuente de la DM2 fue la retinopatía, la cual estuvo presente en aproximadamente 25% de los pacientes; 70% tuvo antecedentes heredofamiliares de DM2.

La concordancia interobservador para la ECDD medida con coeficiente Kappa fue de 0.7739.

En los cuadros 3-5 se muestran los datos de la validez de la ECDD, con los diferentes puntos de corte y sus respectivas curvas ROC (Figuras 1-3).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Variable	(n = 528)	Frecuencia	%
Edad			
Mediana	63		
Intervalo	27-85		
Sexo			
Masculino		166	31.4
Femenino		362	68.6
Estado civil			
Soltero		43	8.1
Casado		311	58.9
Unión libre		23	4.4
Divorciado		39	7.4
Viudo		112	21.2
Ocupación			
Ama de casa		289	54.7
Pensionado		99	18.8
Otros		140	26.5
Escolaridad			
Sin estudios		49	9.3
Primaria completa o incompleta		257	48.7
Secundaria completa o incompleta		108	20.4
Preparatoria completa o incompleta		52	9.9
Profesional completa o incompleta		62	11.7

Cuadro 2. Autorreporte de comorbilidad, complicaciones y antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Variable	(n = 528)	Frecuencia	%
• Comorbilidad Hipertensión arterial			
Sí		255	48.3
No		270	51.1
Desconoce		3	0.5
• Antecedente de enfermedad vascular cerebral			
Sí		44	8.3
No		484	91.6
Desconoce		0	0
• Complicaciones			
Retinopatía			
Sí		131	24.8
No		396	75.0
Desconoce		1	0.2
Nefropatía			
Sí		9	1.7
No		518	98.1
Desconoce		1	0.2
• Antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus			
Sí		369	69.9
No		133	25.2
Desconoce		26	4.9

- Para el diagnóstico de depresión leve, moderada y grave, punto de corte 6: se obtuvo sensibilidad 95.3%, especificidad 96.8%, valor predictivo positivo (VPP) 92.2%, valor predictivo negativo (VPN) 98.1% y prevalencia de 28.2%.
- Para el diagnóstico de depresión moderada y grave, punto de corte 8: sensibilidad 90.7%, especificidad 99.5%, VPP 96.0%, VPN 98.9% y prevalencia de 10.2%.
- Para el diagnóstico de depresión grave, punto de corte 11: sensibilidad 88.8%, especificidad 99.4%, VPP 72.7%, VPN 99.8% y prevalencia de 1.70%.

El promedio de tiempo empleado por los médicos familiares en la aplicación de la ECDD fue de un minuto para sospechar o descartar depresión y de cinco minutos para confirmarla. En relación con el tiempo invertido por el médico psiquiatra en la aplicación de la CIDI, éste fue de 15 minutos en promedio.

Cuadro 3. Validez de la ECDD* de acuerdo con punto de corte 6 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F., 2003.

Depresión leve, moderada y grave por ECDD*	Depresión leve, moderada y grave por CIDI.**		Total
	Positivo ≥ 6	Negativo ≤ 5	
Positivo ≥ 6	142	12	154
Negativo ≤ 5	7	367	374
Total	149	379	528
Sensibilidad			
Especificidad			
VPP			
VPN			
Prevalencia			

* ECDD: Escala Clinimétrica para el Diagnóstico de Depresión

** CIDI: Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta.

Cuadro 4. Validez de la ECDD* de acuerdo con punto de corte 8 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F., 2003.

Depresión moderada y grave por ECDD*	Depresión moderada y grave por CIDI.**		Total
	Positivo ≥ 8	Negativo ≤ 7	
Positivo ≥ 8	49	2	51
Negativo ≤ 7	5	472	477
Total	54	474	528
Sensibilidad			
Especificidad			
VPP			
VPN			
Prevalencia			

* ECDD: Escala Clinimétrica para el Diagnóstico de Depresión.

** CIDI: Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que la ECDD puede considerarse como un instrumento válido para identificar depresión en pacientes con diabetes mellitus, en atención primaria, ya que mostró una alta capacidad para:

Cuadro 5. Validez de la ECDD* de acuerdo con punto de corte 11 en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F., 2003.

Depresión grave por ECDD*	Depresión grave por CIDI.**		Total
	Positivo ≥ 11	Negativo ≤ 10	
Positivo ≥ 11	8	3	11
Negativo ≤ 10	1	516	517
Total	9	519	528

Sensibilidad	88.8%
Especificidad	99.4%
VPP	72.7%
VPN	99.8%
Prevalencia	1.7%

* ECDD: Escala Clinimétrica para el Diagnóstico de Depresión.

** CIDI: Cédula Diagnóstica Internacional Compuesta.

- Diagnosticar la depresión cuando ésta se encuentra presente.
- Identificar correctamente la ausencia de depresión.
- Predecir depresión en los pacientes que tuvieron resultados positivos durante la prueba.
- Predecir que los pacientes no tuvieran depresión en aquellos en quienes la prueba fue negativa.

Cabe resaltar la elevada sensibilidad, especificidad, VPP y VPN obtenidos con nuestra ECDD, comparada con otros instrumentos clinimétricos, como la escala de Beck, cuya sensibilidad y especificidad es de 86%,³¹ y la de Zung, con 85% y 75%, respectivamente.³²

El mejor punto de corte obtenido en la ECDD fue de 6, ya que con éste se logró el mejor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, lo que nos permitió identificar a los deprimidos leves, moderados y graves, a diferencia de los puntos de corte 8 y 11 con los que únicamente se identificó a los moderados y graves, respectivamente. En relación con el Inventario de Depresión de Beck,³¹ el mejor punto de corte es de 14; sin embargo, este instrumento tiene un mayor número de *ítems* y considera una ponderación para cada uno de ellos.

La prevalencia más alta de depresión se alcanzó con el punto de corte 6, ésta disminuyó al elevar el punto de corte de 6 a 8 y de 6 a 11; la relación inversamente proporcional que se da entre el punto de corte de una prueba diagnóstica y la prevalencia que se obtiene está documentada por Sackett desde el año de 1991.³³ En nuestro estudio se encontraron valores predictivos altos aun para depresión mode-

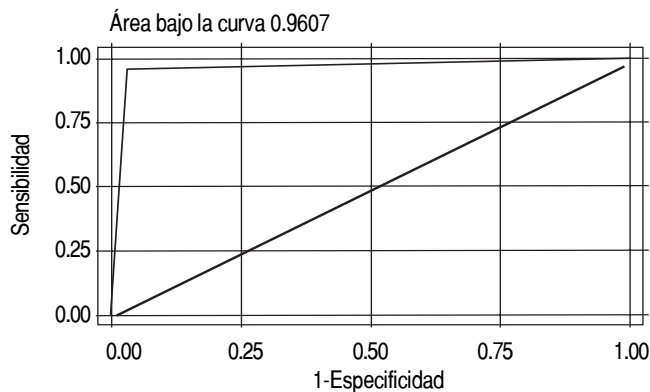


Figura 1. Representación gráfica de la curva de ROC con punto de corte 6 de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan depresión leve, moderada y grave.

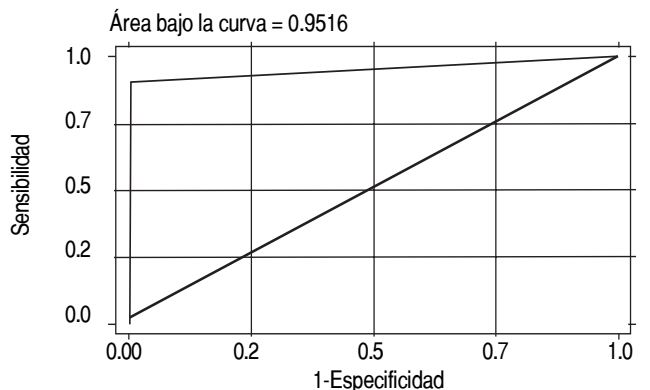


Figura 2. Representación gráfica de la curva ROC con punto de corte 8 de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan depresión moderada y grave.

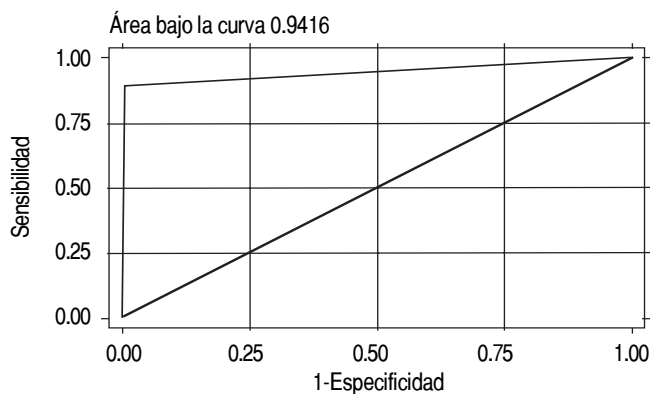


Figura 3. Representación gráfica de la curva ROC con punto de corte 11 de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan depresión grave.

rada, que tuvo baja prevalencia; si se considera que los valores predictivos se ven afectados por la prevalencia, los resultados obtenidos confirman la validez de la escala.

Para este trabajo se estimó el tamaño de muestra con base en el promedio de la prevalencia de la depresión documentada en varios estudios en pacientes con diabetes mellitus 35%.^{4,6,7,34} Sin embargo, la prevalencia de depresión en nuestro estudio fue menor al promedio reportado en los estudios antes referidos; esta diferencia en las prevalencias se debe a la diversidad de instrumentos clinimétricos y criterios diagnósticos utilizados para diagnosticar depresión.¹¹

Existen algunos aspectos específicos positivos de la ECDD que es necesario comentar:

- Es de fácil aplicación –debido a que sólo consta de 13 reactivos–, así como de fácil comprensión –al usar respuestas dicotómicas–, lo que permite su utilización en un tiempo corto para sospechar o descartar depresión y para confirmarla. Estas características son una ventaja si se comparan con otras escalas, como las de Beck,³¹ Hamilton¹⁵ y Montgomery-Asberg,³⁵ que utilizan escala tipo likert y que tienen mayor número de reactivos: Beck y Hamilton, 21 ítems, y la escala de Carrol, 52.³⁶
- Permite la clasificación de los diferentes niveles de depresión y tener un filtro para sospechar o descartar la enfermedad con la utilización de las tres primeras preguntas.

Por otra parte, algunas de las limitaciones encontradas en nuestro estudio fueron:

- De la muestra, 68.6% lo constituyeron mujeres; esta situación pudo influir para que la depresión en este grupo haya sido más frecuente; sin embargo, es consistente con lo que se informa en otros estudios, en los cuales las mujeres presentan depresión en mayor porcentaje con relación a los hombres.³⁷⁻³⁹
- La validación efectuada sólo permitió hacer estimaciones para depresión leve y moderada, ya que el poder del estudio no fue suficiente para identificar depresión grave, la cual presenta una baja prevalencia (menos de 2%).

Sin embargo, esta escala permite al médico familiar identificar a pacientes diabéticos con depresión leve y moderada, en quienes los síntomas de ésta son menos aparentes y pueden ser atribuidos al padecimiento de base DM2; estos dos niveles de depresión representan el mayor porcentaje de casos que hay en atención primaria (27%), a diferencia de la depresión grave cuya prevalencia es mínima (1.7%), y los

síntomas que se presentan en esta etapa son más claros, por lo cual es posible detectarla aun sin la aplicación de una escala clinimétrica.

Serán necesarios estudios adicionales que permitan analizar el impacto de la detección oportuna de la depresión en el proceso de atención médica y los resultados en la salud de los pacientes con diabetes, y también para establecer la validez de la ECDD en población general y en otros padecimientos en atención primaria.

CONCLUSIONES

La escala clinimétrica aplicada en pacientes con DM2 en el primer nivel de atención es un instrumento consistente, ya que presentó una excelente concordancia interobservador, y válido, por su alta sensibilidad, especificidad y valores predictivos para la identificación de depresión. Además, permite establecer el diagnóstico de ausencia o presencia de depresión, durante el acto de la consulta, de manera fácil y rápida.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al personal directivo y médicos del Hospital de Psiquiatría con Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal, por su participación en el desarrollo del estudio.

REFERENCIAS

1. Brendan C. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Suppl. 12): 18-34.
2. Egede L, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25(3): 464-9.
3. Almanza JJ. Concordancia diagnóstica en depresión: médicos psiquiatras versus médicos no psiquiatras. *Rev Sanid Mil* 2001; 55(4): 135-40.
4. Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-78.
5. Secretaría de Salud. Programa de Acción Salud Mental: Programa específico de depresión. México, DF: SSA; 2001. Disponible en: http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/depre_index.htm. Consultado en 2003 marzo 18.
6. Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 4(26): 1-15.
7. Garduño J, Téllez JF, Hernández L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin* 1998; 50(4): 287-91.
8. Ruiz GL, Vázquez F, Corlay I, Báez A, Mandujano R, Islas S, et al. Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA_{1c}. *Rev Psiquiatr* 1996; 12(3): 66-71.
9. Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de la salud men-

- tal desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1999; 24(1): 133-6.
10. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria* 2002; 29(6): 329-37.
 11. Baca E, Sáiz J, Aguera LF, Caballero L, Fernández A, Ramos JA, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME- MD. *Aten Primaria* 1999; 23(5): 275-9.
 12. Alberdi J, Tabuada O, Castro C, Vázquez C. Guía clínica para depresión. *Aten Primaria* 2001; 1(54): 1-13.
 13. University of Michigan Health Systems. Guidelines for clinical care. Depression. Michigan: Regents of the University of Michigan; 2000, 14 pp. Disponible en: <http://text.nlm.nih.gov/ftsr/pick?dbName=dep2c&ftrsK=55618&cp=1&t=872782776&collect=ahcpr>. Consultado en 2003 febrero 10.
 14. Parikh S, Lam R, Murray E, Stanley K, Reisal R, Whitney D, et al. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46(Suppl. 1): 13-20.
 15. Hamilton M. Standardized assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1969; 72: 201-5.
 16. Zung WW. A self-rating depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 67-74.
 17. Hibble A, Kanka D, Penchon D, Pooles F. Guidelines in general practice: The new tower of Babel. *BMJ* 1998; 317: 862-3.
 18. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 382-90.
 19. Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
 20. Guillemot D, Carbon C, Vayzelle-Kervroëdan F, Balkau B, Maison P, Bouvenot G, Eschwege E. Inappropriateness and variability of antibiotic prescription among french office-based physicians. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(1): 61-8.
 21. Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salmerón J, Tomé P, Guiscafré H, Gutiérrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plann* 1997; 12(3): 214-23.
 22. Guía práctica. Manejo del espectro depresión ansiedad. México, DF: Consenso 1998 México; 1998, pp. 1-89.
 23. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. Barcelona, España: Ediciones Salvat; 1975.
 24. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Ment* 1998; 21(3): 26-31.
 25. Calderón G. Un cuestionario para simplificar el síndrome depresivo. *Rev Neuropsiquiatr* 1997; 60: 127-35.
 26. World Health Organization Composite International Diagnostic Interview 1993.
 27. Sánchez E, Echeverry J. Validating scales used for measuring factors in medicine. *Rev Salud Pública* 2004; 6(3): 302-18.
 28. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid, España: Meditor; 1996, pp. 1-100.
 29. Caraveo J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Ment* 1999; 22(2): 7-17.
 30. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. España, Madrid: Harcourt; 2000, pp. 105-18.
 31. Torres M, Hernández E, Horteiga HA. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Ment* 1991; 14(2): 1-6.
 32. Conde V, Escribá JA, Izquierdo J. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Arch Neurobiol* 1970; 33: 185-206.
 33. Sackett D, Haynes R, Guyatt G, Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana; 1998, pp. 79-157.
 34. Téllez JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002; 33(1): 53-60.
 35. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatr* 1979; 134: 382-9.
 36. Apiquián R, Fresán A, Nocolini H. Evaluación de la psicopatología. Escalas en español. México, DF: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 2000, pp. 155-61.
 37. Caraveo J, Medina ME, Rascón ML, Villatoro J, Martínez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Ment* 1996; 19(3): 14-21.
 38. Caraveo J, Colmenares E, Saldívar G. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Ment* 1999; número especial: 62-7.
 39. Padilla P, Peláez O. Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Ment* 1985; 8(3): 66-72.

Reimpresos:

Dr. Gustavo Díaz-Rodríguez

Coordinación de Políticas de Salud,
 Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 Reforma 476, 3er piso,
 Col. Juárez,
 06600, México, D.F.
 Tel.: (0155) 52382700 Ext. 10338,
 fax: 55533338.
 Correo electrónico: gustavo.diaz@imss.gob.mx,
gusdiazmx@yahoo.com.mx

Recibido el 28 de septiembre de 2005.
 Aceptado el 3 de agosto de 2006.

SÍNTOMAS PARA SOSPECHAR DEPRESIÓN

Entrevista clínica al paciente

Criterio B (Preguntas 1 a la 3)

ENUNCIADO GENERAL QUE DEBE REALIZARSE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS
¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS, CASI TODOS LOS DÍAS?

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?	()	()
2. ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos?	()	()
3. ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo?	()	()

- **Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13a para confirmar depresión.**
- Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar con la entrevista.

SÍNTOMAS PARA CONFIRMAR DEPRESIÓN

Criterio C (Preguntas 4 a la 13a)

ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS CASI TODOS LOS DÍAS?

	SÍ	NO
4. ¿Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual ?	()	()
5. ¿Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o más sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana?	()	()
6. ¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse ?	()	()
6a. ¿Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido?	()	()
6b. ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual?	()	()
7. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreva a opinar acerca de nada?	()	()
8. ¿Se ha sentido inferior a otras personas?	()	()
9. ¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que pasa a su alrededor?	()	()
10. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver televisión?	()	()
11. ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo?	()	()
12. ¿Ha pensado usted en querer matarse?	()	()
13. ¿Ha notado que se encuentre intranquilo o inquieto?	()	()
13a. ¿Ha notado usted que habla o se mueve más lento?	()	()

Al finalizar esta entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presenta el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnóstico que corresponda en el recuadro final de esta sección.

DEPRESIÓN LEVE

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN MODERADA

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN GRAVE

- Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

- No reúne ninguno de los criterios anteriores.
- | | |
|--------------------------|-----|
| 1. DEPRESIÓN LEVE | () |
| 2. DEPRESIÓN MODERADA | () |
| 3. DEPRESIÓN GRAVE | () |
| 4. AUSENCIA DE DEPRESIÓN | () |