

**UN CUESTIONARIO PARA SIMPLIFICAR EL DIAGNOSTICO
DEL SINDROME DEPRESIVO**

*Por GUILLERMO CALDERON NARVAEZ**

RESUMEN

El diagnóstico de la depresión puede ser muy sencillo o extraordinariamente difícil. Para facilitar el mismo, sobre todo en la valoración de los resultados de un nuevo antidepressivo, en estudios epidemiológicos y para ayudar al médico en general, al que con frecuencia le cuesta identificar el cuadro, se han elaborado varias Escalas de Evaluación. En este artículo se describen las ventajas e inconvenientes de tres de las más conocidas, el MMPI, la de Hamilton y la de Zung. Los principales obstáculos son su falta de adaptación a nuestro medio, y posiblemente un conocimiento limitado del cuadro clínico de la depresión, ya que fueron elaboradas hace muchos años. Al final se propone un cuestionario para diagnosticar el trastorno depresivo, que ha resultado útil en clínica y en estudios epidemiológicos de prevalencia. Su valoración ha sido efectuada en el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, reportando un alto grado de confiabilidad.

SUMMARY

Diagnosis of depression can be either very simple or extraordinarily difficult. To make it easier, specially when valorating the results of a new antidepressant in epidemiological studies and to help the general practitioner who very often finds it difficult to identify this disorder, several Tables of Evaluation have been made. In this article, the advantages and disadvantages of the three best known tables, the MMPI, Hamilton's and Zung's, are

* Miembro de la Academia Nacional de Medicina de México. Profesor de Psiquiatría de la Universidad La Salle. Coordinador de Investigaciones de la Clínica San Rafael. Insurgentes Sur 1020-106. Col del Valle México 03100 D.F.

described. The main problems that these tables present are due to the fact that they were prepared a long time ago have not been adapted to our environment. It is also possible there is a limited Knowledge of the clinical symptoms of depression. At the end, a questionnaire to diagnose depression, which has proved very useful in clinic and in epidemiological prevalence studies, is proposed. Its evaluation has been made in the Investigation Center of the Universidad Intercontinental, reporting a high degree of reliability.

PALABRAS-CLAVE: Depresión, cuestionario, Escalas de Evaluación.

KEY WORDS: Depression, questionnaire, Evaluation Tables.

CONSIDERACIONES GENERALES

Sabemos por la experiencia clínica de muchos años, que el diagnóstico de la depresión puede ser tan fácil que el propio paciente al llegar a consulta le dice al médico, que quiere que le trate su *depresión*, o extraordinariamente difícil, como sucede en algunos casos de "depresión enmascarada". Por otra parte muchos médicos no identifican bien el problema y por lo tanto no lo diagnostican. Además para poder hacer estudios epidemiológicos en población general, hace falta un instrumento sencillo, que permita hacer el diagnóstico en un tiempo breve y con resultados confiables. Con esa finalidad nacieron las Escalas para medir la depresión.

El desarrollo de las primeras coincidió con el nacimiento de la psicofarmacología, para poder evaluar los resultados terapéuticos de los primeros medicamentos antidepresivos. Hoy en día, su uso apenas se inicia en la práctica clínica, ya que simplifican el registro de datos para su estudio en computadoras y permiten recabar el máximo de información. Sin embargo, es preciso señalar, que el mejor cuestionario o la más elaborada escala de evaluación, no pueden suplir jamás a un buen estudio clínico, efectuado por un médico compe-

tente. Por lo tanto estos instrumentos deben considerarse como un elemento de ayuda para el diagnóstico y también como un medio para valorar en forma sencilla la evolución de un cuadro depresivo ante un tratamiento determinado.

El uso amplio de estos cuestionarios y escalas corresponde, pues, al campo de la investigación psico-social (determinación de la frecuencia del problema en población general o en grupos de riesgo específico) y clínica (valoración del efecto terapéutico de un nuevo antidepresivo).

Uso de escalas de evaluación¹

El tipo más común de escalas registra únicamente síntomas, y se utiliza para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que pueden presentarse en el curso de la enfermedad.

Calificación

El método más sencillo de calificación es la presencia o ausencia del síntoma, por ejemplo, "duerme bien" o "no duerme bien". En otras ocasiones se toman en cuenta categorías globales como, "ligero", "moderado" y "severo". Cuando se desea cuantificar la evolución de un padecimiento las

opciones pueden ser: "sin mejoría", "algo de mejoría" y "curación total". Para cuantificar la intensidad del síntoma, muchas los tabulan con los términos "ausente", "dudoso" o "presente".

En todas las escalas se suman las calificaciones que se asignan a cada síntoma para poder obtener un puntaje total. En general, la experiencia de numerosos investigadores demuestra que estas escalas funcionan.

Tipos de escalas

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos, y otras por personas sin entrenamiento especial. Algunas pueden ser aplicadas por el mismo enfermo o por la persona que hace la entrevista. Las escalas de autoaplicación ahorran tiempo al médico, pero tienen algunas limitaciones ya que el paciente debe tener la capacidad de entender y resolver la prueba, lo que no siempre sucede cuando está deprimido. En ocasiones no entiende las preguntas o en lugar de seleccionar algunas opciones que se le ofrecen, escribe lo que él considera pertinente.

Cuando personal entrenado realiza la entrevista, el rendimiento mejora y se evitan errores. El resultado es óptimo cuando el mismo médico aplica la prueba, y es breve el tiempo que emplea en las escalas. Esto permite además efectuar una observación colateral de la capacidad y seguridad del enfermo al realizar la prueba.

Análisis de los resultados

Cuando las escalas se utilizan en población general, o en población de mayor riesgo, los resultados permiten establecer

grupos de posibles deprimidos en tres o cuatro categorías, de acuerdo con las indicaciones de quien diseñó la prueba y con la experiencia de la persona que dirige la encuesta. Obviamente estos resultados sólo dan una orientación, como primera etapa, sobre la probable existencia de un cuadro depresivo en determinadas personas; la segunda etapa consiste en una entrevista psiquiátrica directa, que corroborará o descartará el cuadro.

Cuando las escalas se utilizan para valorar la respuesta terapéutica con antidepresivos, el estudio comparativo de los resultados previos y posteriores al tratamiento permiten encontrar el nivel de "cambio". Este estudio puede detectar mejoría, estancamiento o empeoramiento del cuadro, pero de ninguna manera se puede comparar el estado de un paciente con el de otro.

Escalas de uso actual

Actualmente hay un gran número de escalas para medir la depresión, pero las más conocidas y utilizadas son: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (MMPI), por sus siglas en inglés; La Escala de Hamilton y la Escala de Autoevaluación de Zung.

Cada una de ellas tiene sus ventajas e inconvenientes para su aplicación en nuestro medio, algunas por ser muy antiguas, otras por ser muy complicadas y la mayoría porque no fueron elaboradas para su aplicación en nuestro país, y es indispensable tomar en cuenta que en estudios psicológicos, este aspecto es muy importante, ya que en cada país o región, tenemos diferentes formas de sentir o interpretar nuestros síntomas.

*Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota*²

Consta de 566 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas, que corresponden a muchos aspectos de la personalidad. Su escala 2 (D), se considera como la que corresponde al estado de ánimo y fue diseñada para medir la depresión. Consta de 60 reactivos, de los cuales 20 deben ser respondidos como "aciertos" y 40 como "falsos". Esta escala es confiable, pero tarda de una a dos horas para resolverse y sólo puede ser aplicada por un profesional de la salud mental muy competente.

Por otra parte muchos de los *ítems* no tienen relación con el cuadro de la depresión en nuestro medio como:

1. El 58 "Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron".
2. El 80 "De vez en cuando molesto a los animales".
3. El 130 "Nunca he vomitado o escupido sangre".
4. El 154 "Nunca he tenido un ataque o convulsiones".
5. El 193 "No me dan ataques de alergia o asma".

*Escala de Hamilton*³

Consta de 17 reactivos que se definen como categorías de interés creciente; otras por términos equivalentes. Incluye cuatro variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, lo que hace un total de 21 reactivos. Se utiliza generalmente en investigaciones sobre la utilidad de nuevos productos farmacológicos. Entre sus deficiencias de acuerdo con mi criterio personal están las siguientes:

1. Utiliza tres reactivos (4, 5 y 6) para valorar un solo síntoma, el insomnio (temprano, medio o tardío)
2. En el reactivo 9 pregunta por agitación, que no corresponde al objetivo que busca evaluar, inquietud o ansiedad.
3. En el reactivo 10 inquiriere sobre ansiedad psicótica y es preciso recordar que sólo un pequeño número de los cuadros depresivos corresponden a un cuadro psicótico.
4. En el reactivo 14 trata de investigar la pérdida de la libido, que no es un síntoma genital.
5. El reactivo 15 se refiere a la presencia de hipocondriasis que no corresponde según los criterios de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD10) y del DSM IV a un trastorno del humor.
6. En el reactivo 21 pregunta sobre trastornos obsesivo-compulsivo que al igual que en el caso anterior, ocupa una categoría diferente de los trastornos depresivos, F 42 para el primero y F 30-39 para el segundo (ICD 10).

*Escala de Autoevaluación de Zung*⁴

Publicada en 1965 por ZUNG y DURHAM, ha sido la más utilizada en nuestro país, sobre todo en investigaciones epidemiológicas (para medir la frecuencia de un problema). Sin embargo presenta varios inconvenientes, sobre todo para su aplicación clínica en México, algunos de ellos se señalan a continuación.

1. La Escala de Zung, está diseñada para ser autoaplicada y como ya se señaló en párrafos anteriores, este método que puede ser válido en estudios de campo, no funciona en estudios clínicos de pacientes.

2. No existe un NO categórico en Zung, por lo que algunas preguntas se quedan sin respuesta.
3. El recurso utilizado por Zung, para presentar la mitad de las declaraciones en sentido negativo, con el objeto de evitar una tendencia, confunde al paciente sobre todo si es de bajo nivel cultural, interpretando con frecuencia lo contrario de lo que se le pregunta.
4. Faltan en la escala tres síntomas muy frecuentes en nuestro país: inseguridad, ideas obsesivas (no neurosis obsesivo-compulsiva) y disminución de la concentración.
5. El reactivo 6, "Todavía disfruto de las relaciones sexuales", no es contestada por personas que no las tienen, ya que en México esta pregunta es interpretada como relación coital, debiéndose hacer un planteamiento más amplio.
6. El reactivo 4 "Me cuesta trabajo dormirme en la noche" se refiere al insomnio temprano, debiendo ser cambiada por la pregunta "¿Duerme mal de noche", de connotación más amplia sobre todo en México en donde predomina el

problema del insomnio tardío. Además, si existe aumento del deseo de dormir, el síntoma debe ser valorado y calificado por el médico, ya que muchos pacientes duermen demás, posiblemente como un medio de evitar enfrentarse a las severas molestias que el trastorno depresivo le origina.

7. En el reactivo 5 "Como igual que antes solía hacerlo", sucede lo mismo que en el caso anterior, ya que el apetito compulsivo, también es un síntoma de depresión.

UN CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICAR LA DEPRESIÓN⁵

Tomando en cuenta lo anterior, desde hace varios años diseñé un Cuestionario Clínico para diagnosticar la depresión, que pudiera servir para mis alumnos de medicina y para algunos estudios epidemiológicos que estábamos efectuando. Fue publicado por primera vez en la *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, en 1992 (Vol.30, Nº 5/6 377-380). Cuadro 1.

CUADRO 1

CUESTIONARIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS
DEL DR. GUILLERMO CALDERON

	Nombre:	Sexo:	Edad:	SI			
				NO	POCO	REGULAR	MUCHO
	Estado civil:	Escolaridad:	Fecha:				
1.- ¿Se siente triste o afligido?							
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?							
3.- ¿Duerme mal de noche?							
4.- ¿En la mañana se siente peor?							
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?							
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?							
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?							
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?							
9.- ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?							
10.- ¿Siente presión en el pecho?							
11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?							
12.- ¿Se siente cansado o decaído?							
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?							
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?							
15.- ¿Está más irritable o enojón que antes?							
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?							
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?							
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?							
19.- ¿Siente deseos de morir?							
20.- ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?							

* Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

CALIFICACION	
Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____	X1= <input type="text"/>
Preguntas contestadas en la 2a. columna (POCO) _____	X2 <input type="text"/>
Preguntas contestadas en la 3a. columna (REGULAR) _____	X3 <input type="text"/>
Preguntas contestadas en la 4a. columna (MUCHO) _____	X4 <input type="text"/>
<u>TOTAL</u>	<input type="text"/>
EQUIVALENTE A:	PUNTAJE:
20 a 35 NORMAL	36-45: REACCION DE ANSIEDAD
46 a 65: DEPRESION MEDIA	66-80: DEPRESION SEVERA
Elaboró el estudio:	FIRMA

Consta de 20 reactivos, que corresponden a los síntomas más frecuentes de la depresión en nuestro medio socio-cultural, y que son los siguientes:

1. ¿Se siente triste o afligido?
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?
3. ¿Duerme mal de noche?*. En esta pregunta igual que en la 6, el asterisco advierte a la persona que lo aplica, que el síntoma puede ser en exceso, también depresivo.
4. ¿En la mañana se siente peor?
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?
6. ¿Le ha disminuido el apetito?*
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?
8. ¿Ha disminuido su interés sexual? No sólo la actividad sexual, sino por ejemplo tener novio o novia, asistir a reuniones con personas del sexo opuesto.
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?
10. ¿Siente presión en el pecho?
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?
12. ¿Se siente cansado o decaído?
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza?
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?
La segunda parte de la pregunta, no es muy elegante, pero sí mejor comprendida por personas de bajo nivel cultural.
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?
19. ¿Siente deseos de morir?
20. ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?

La cuantificación del síntoma puede ser negativa NO o positiva SI y en este caso

se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR O MUCHO. La calificación es muy sencilla, anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80. De acuerdo con nuestra experiencia clínica, los resultados deben valorarse de la siguiente manera:

- a) 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales.
- b) 36 a 45 puntos, pueden concernir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la prueba.
- c) 46 a 65 puntos, implican un cuadro depresivo de mediana intensidad.
- d) 66 a 80 puntos, corresponden a un estado depresivo severo.

Considero que el uso de este cuestionario puede ser muy útil al médico no psiquiatra, cualquiera que sea su especialidad y al especialista en salud mental para poder medir fácilmente la evolución del cuadro. Para investigaciones de campo, ha demostrado ser muy útil, por ser de fácil comprensión, rápida aplicación y corresponder realmente a nuestra realidad médica y socio-cultural. En área clínica debe ser aplicado por el médico o un miembro del equipo de salud mental, para estudios epidemiológicos por el encuestador, ha demostrado ser útil también autoaplicada en estudios grupales.

Valoración del cuestionario⁶

Con el objeto de valorar este cuestionario el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, efectuó un estudio, con el objeto de confiar en los puntajes arrojados por instrumento de medición de esta naturaleza, tratando de conocer si mide

específicamente lo que se pretende conocer y si lo hace de manera constante. El objetivo del trabajo era reportar pues la validez y la confiabilidad del cuestionario. Los resultados fueron los siguientes.

Método

Para esta investigación se aplicaron 270 cuestionarios en la población abierta de zonas urbanas de Talpan. Los sujetos fueron 121 mujeres y 149 hombres entre los 15 y los 89 años de edad, seleccionados de acuerdo al muestreo no probabilístico intencional. La escolaridad de los sujetos osciló entre primaria y postgrado.

Se utilizó el cuestionario del síndrome depresivo creado por el Dr. CALDERÓN NARVÁEZ. El instrumento está construido de acuerdo al método de rangos sumariado de Likert con 4 opciones de respuesta: No, poco, regular, mucho, que se califican del 1 al 4 según su intensidad, abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa.

Los cuestionarios se aplicaron de manera individual y en el lugar donde se encontraban los sujetos, indicando que se contestara de manera honesta y anónima. Se realizó un análisis de frecuencias de los datos. Para la aceptación del cuestionario como confiable se utilizó la prueba "t" de Student y alpha de Cronbach.

Resultados

El análisis mostró una distribución homogénea de los reactivos y una alta co-

relación entre los mismos. A partir del análisis se aceptaron significativos 17 reactivos ($P \leq 0.0005$), rechazándose 3 que se modificaron, para ser reevaluados posteriormente, el reactivo 10, el reactivo 19 y el reactivo 20. (Estos reactivos ya han sido modificados en el Cuestionario que se ha descrito en este capítulo).

En cuanto a la confiabilidad general de los 17 reactivos del cuestionario se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.86 que indica una alta consistencia interna, es decir, que los reactivos son congruentes y precisos en la medición del síndrome depresivo.

DISCUSIÓN

Con base a los resultados de este trabajo, se determinó que el cuestionario clínico del síndrome depresivo de CALDERÓN, presenta una alta confiabilidad en población abierta, involucrando sujetos de diferentes niveles de educación y edad. Además fue posible confirmar que el formato y la adaptación a la población mexicana es adecuada al medio para el cual se utilizó.

Es evidente que tanto a nivel clínico como de investigación, la creación y validación de instrumentos de esta naturaleza ha sido necesaria para la obtención de resultados que proporcionen información acerca de la prevalencia de la depresión en distintas regiones del mundo, con la finalidad de intervenir de manera más adecuada en todos los niveles.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die Beziehung zwischen Schlafstörung und Depression untersucht. Der Verfasser behauptet, dass bei jedem Fall ein Gesamtuntersuchung wichtig sei.

BIBLIOGRAFIA

1. CALDERÓN, N.G. (1990): *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas, México.-
2. FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I. & SADOCK B.J. (1975): *Compendio de Psiquiatría*. Salvat Editores, Barcelona.-
3. HAMILTON, M. (1960): "A rating scale for depression". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 23: 56-67.-
4. ZUNG, W.W.K. (1965): "A self-rating depression scale". *Arch. Gen. Psychiat.* 12:67-74.-
5. CALDERÓN, N.G. (1992): "Cuestionario Clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos". *Rev. Med. IMSS (México)*, 30:377-380.-
6. MORALES-RAMIREZ, M., OCAMPO-ANDREYEVA, V., DELA MORA, L. Y ALVARADO-CALVILLO, R. (1996): "Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo". *Arch Nurocién.* 1:11-15