

Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas

Vega-Dienstmaier, Johann M

Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 81, núm. 3, 2018

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058094003>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3383>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas

Construction of short versions of the Depressive Psychopathology Scale for screening of Major Depression and its psychometric features.

Johann M Vega-Dienstmaier
Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad
Peruana Cayetano Heredia, Perú
johann.vega.d@upch.pe

DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3383>
Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372058094003>

Recepción: 20 Agosto 2018
Aprobación: 24 Septiembre 2018

RESUMEN:

Objetivos: Seleccionar los mejores ítems de la Escala de Psicopatología Depresiva original de 20 ítems (EPD) para construir versiones cortas a ser usadas en la detección de depresión mayor. **Métodos:** Usando como estándares de oro el diagnóstico de depresión mayor según la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID) y el diagnóstico clínico realizado por un psiquiatra (DCP), se determinó la combinación óptima de ítems buscando los mayores valores de área bajo la curva ROC (abcROC). **Resultados:** El abcROC más alta para el diagnóstico de depresión mayor considerando la SCID se obtuvo con una combinación de 4 ítems (EPD-4): fatiga, reactividad del ánimo, anhedonia y tristeza (abcROC=0,9033). Tomando en cuenta el DCP se identificaron 6 ítems (EPD-6): los mismos 4 ítems de la EPD-4 más alteración del sueño y pesadez de extremidades (abcROC=0,8652). Tanto para la SCID como para el DCP, las abcROC de ambas versiones cortas (EPD-4 y EPD-6) mostraron una tendencia (no significativa) a ser superiores a las correspondientes de la EPD de 20 ítems. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que la detección de depresión mayor puede hacerse con versiones más cortas de la EPD sin perder su eficacia diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Depresión, escala, validación, psicometría.

ABSTRACT:

Objectives: To select the best items, out of the 20 of the original Depressive Psychopathology Scale (DPS), in order to construct shorter versions to be used for Major Depression (MD) screening. **Method:** Using as a gold standards the diagnosis of MD according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) and a psychiatrist's clinical diagnosis (PCD), the best item combination was determined searching the highest area under the ROC curve value (auROC). **Results:** The highest auROC value for the MD diagnosis according SCID, were obtained with a combination of 4 items (DPS-4): fatigue, mood reactivity, anhedonia, and sadness (auROC=0.9033); when considering the PCD, 6 items (DPS-6) were identified: the same 4 plus sleep disturbance and overweighed extremities (leaden paralysis) (auROC=0.8652). For SCID and PCD, the auROC of both short versions (DPS-4 and DPS-6) showed a non significant trend to be greater than those corresponding to 20-item DPS. **Conclusions:** The results suggest that MD screening can be done with shorter versions of DPS without losing its diagnostic efficacy.

KEYWORDS: Depression, scale, validation, psychometrics.

INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es un trastorno mental común, más frecuente en mujeres que en hombres y usualmente de curso crónico-recurrente. Los estudios internacionales revelan que su prevalencia de vida varía ampliamente de país a país; por ejemplo, utilizando los criterios del DSM-III-R y DSM-IV se han encontrado cifras desde 1% en República Checa hasta 16,9% en Estados Unidos, con valores medios de 8,3% en Canadá y 9% en Chile (1). En el Perú, un estudio epidemiológico encuentra en Lima Metropolitana y el Callao una prevalencia de vida de trastornos depresivos de 17,3% (2). Considerando su alta frecuencia, es

importante contar con instrumentos psicométricos validados en nuestro medio para la medición y detección de la depresión.

Existen muchas escalas para medir depresión; y en el Perú, se han hecho estudios de validación de la Escala de Depresión de Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (3), la Escala de Depresión de Zung (EDZ) (3), la Escala de Psicopatología Depresiva (4), la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) en mujeres postparto (5), la EPDS en mujeres que no están en el puerperio (6) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) en gestantes (7); sin embargo, es importante contar con instrumentos breves para facilitar la detección de depresión a nivel de servicios de medicina general y para incluir la medición de este trastorno en trabajos de investigación.

Se han hecho esfuerzos para generar versiones más cortas de instrumentos para detectar depresión y evaluar su capacidad diagnóstica (8). Así tenemos, versiones cortas del PHQ (una versión de 2 ítems, PHQ-2) (9,10), la CES-D (11,12,13,14,15,16,17,18); la Escala de Depresión de Hamilton (19), la EDZ (20), el Inventario de Depresión de Beck (21) y la EPDS (22).

En un estudio previo (4) se describió la validación y las características psicométricas de una nueva escala de depresión en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM HD- HN) en Lima (Perú), la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD), formada por 20 ítems que evalúan síntomas de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV). Aunque el tiempo de aplicación promedio de la EPD es relativamente breve (7,2 minutos), de todas formas resulta conveniente contar con versiones más cortas que conserven una buena capacidad de identificar a pacientes con depresión, especialmente cuando este trastorno no es lo único a ser evaluado o se necesita tamizar a un gran número de individuos.

El presente trabajo tuvo como objetivo identificar los ítems de la EPD que tienen la mayor capacidad para detectar depresión mayor y construir con ellos versiones cortas de la escala que puedan ser utilizadas para el tamizaje de este trastorno en el Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo utilizó la base de datos del estudio de validación de la versión original de 20 ítems de la EPD (4).

Se incluyeron 226 pacientes psiquiátricos ambulatorios no psicóticos del INSM HD-HN (Lima, Perú) que fueron evaluados allí por primera vez para determinar su diagnóstico psiquiátrico e iniciar tratamiento. A los pacientes se les aplicó la EPD, la EDZ y el Módulo de Depresión Mayor de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID); asimismo, fueron evaluados de la manera habitual por un psiquiatra quien determinó de forma independiente los diagnósticos de los trastornos mentales que pudieran presentar.

El protocolo de investigación del estudio original fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del INSM HD-HN. Los pacientes incluidos en el estudio firmaron un consentimiento informado aceptando su participación.

En el presente estudio, se utilizó la siguiente información de la base de datos del estudio original:

1) Diagnóstico de depresión mayor de acuerdo al SCID (presente/ausente); 2) Diagnóstico de depresión mayor según la evaluación realizada por el psiquiatra (presente/ausente); 3) Los puntajes totales de la EDZ; y 4) Los puntajes de cada uno de los 20 ítems de la EPD. Se empleó el programa STATA versión 14 para el análisis estadístico de los datos.

Procedimiento de selección de ítems: Considerando el diagnóstico de depresión mayor se fue construyendo la escala a través de una serie de pasos:

a) Inicialmente, se calculó el área bajo la curva ROC (abcROC) de cada uno de los ítems de la EPD, el ítem con mayor abcROC fue el primero en ser incluido en la versión corta de la escala.

b) En el siguiente paso se evaluó la combinación del primer ítem con cada uno de los ítems restantes, el segundo ítem en ser incluido fue el que produjo el mayor aumento del abcROC respecto al abcROC del primer ítem.

c) En cada uno de los siguientes pasos, se fue agregando el ítem que mayor aumento generó en el abcROC respecto a la combinación de ítems previa. Asimismo, los ítems que generaron una disminución del abcROC al ser adicionados a la escala en construcción fueron retirados del proceso.

d) Cuando ninguno de los ítems disponibles para los pasos siguientes produjo una mejoría del abcROC al ser agregado, se terminó el proceso.

e) El mismo procedimiento se hizo primero tomando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor de acuerdo al SCID y luego según la evaluación del psiquiatra.

Descripción de las características psicométricas de las escalas construidas:

Se describieron las medidas de tendencia central y distribución de los puntajes de las escalas construidas para el total de participantes, para los pacientes con y sin depresión mayor.

La consistencia interna se evaluó con el alfa de Cronbach. La validez de criterio se estudió determinando para cada punto de corte, la sensibilidad, la especificidad y el índice de Youden (sensibilidad + especificidad - 1), considerando como estándar de oro al diagnóstico de depresión mayor según el SCID y de acuerdo a la evaluación por el psiquiatra. Se evaluó la validez convergente mediante la correlación entre los puntajes de las nuevas versiones de la EPD y el puntaje total de la EDZ.

Se realizó un análisis factorial de las escalas resultantes utilizando matrices de correlaciones policóricas de los ítems y una rotación ortogonal varimax.

RESULTADOS

Selección de los ítems en base al SCID como estándar de oro

En la tabla 1 se muestra el proceso de incorporación de ítems basado en el abcROC respecto al diagnóstico de depresión mayor según el SCID. El primer ítem seleccionado fue fatiga con un abcROC de 0,7812; luego se agregó reactividad del ánimo que sumado a fatiga proporcionaban un abcROC de 0,8487; y así se fue adicionando anhedonia, mejorando el abcROC a 0,885; y finalmente tristeza, generándose una escala de 4 ítems (EPD-4) con un abcROC de 0,9033 (IC-95%: 0,8647-0,9419). El agregar cualquier otro ítem adicional no mejoró el abcROC.

Tabla 1. Selección de ítems basada en el abcROC utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor según el SCID.

Ítem que se está agregando	abcROC según diagnóstico de depresión mayor basado en el SCID				
	1	2	3	4	5
1-Alteración del apetito	0,6387	0,77	-	-	-
2-Alteración del sueño	0,6753	0,7844	0,8356	-	-
3-Insomnio terminal	0,6298	0,7705	-	-	-
4-Hipersomnia	0,5554	0,7319	-	-	-
5-Fatiga	0,7812*	*	*	*	*
6-Pesadez de extremidades	0,69	0,7762	-	-	-
7-Anhedonia	0,7591	0,8388	0,885*	*	*
8-Intranquilidad	0,69	0,7984	0,8551	0,886	0,8952
9-Lentitud	0,7283	0,8033	0,8448	-	-
10-Hipersensibilidad al rechazo	0,6406	0,7773	-	-	-
11-Irritabilidad	0,6639	0,777	-	-	-
12-Dificultad para pensar o concentrarse	0,6882	0,8022	0,8529	0,8836	-
13-Falta de optimismo	0,6545	0,7758	-	-	-
14-Indecisión	0,6889	0,7862	0,837	-	-
15-Tristeza	0,778	0,8424	0,882	0,9033*	*
16-Polo matutino	0,4773	0,7222	-	-	-
17-Reactividad del ánimo	0,7411	0,8487*	*	*	*
18-Sentimientos de culpa	0,7052	0,8115	0,859	0,8919	0,9025
19-Autoestima baja	0,7456	0,8179	0,855	0,885	0,9011
20-Pensamientos suicidas	0,6792	0,7974	0,84	-	-
Se agrega:	Fatiga	Reactividad del ánimo	Anhedonia	Tristeza	Ninguno
abcROC máxima	0,7812	0,8487	0,885	0,9033	0,9025

* Mayor aumento del abcROC- ítem incluido.

Tabla 1.

Selección de los ítems en base al diagnóstico clínico de depresión mayor realizado por el psiquiatra como estándar de oro

El proceso se muestra en la tabla 2. De modo similar que en la selección basada en el SCID se obtuvieron los siguientes 6 ítems: fatiga, reactividad del ánimo, tristeza, pesadez de extremidades, alteración del sueño y anhedonia; que constituyeron la EPD-6 cuya abcROC fue de 0,8652 (IC-95%: 0,8185-0,9119).

Tabla 2. Selección de ítems basada en el abcROC utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor hecho por un psiquiatra.

Ítem	abcROC según diagnóstico de depresión mayor por evaluación de psiquiatra					
	1	2	3	4	5	6
1-Alteración del apetito	0,6417	0,754	0,8114	-	-	-
2-Alteración del sueño	0,7006	0,7871	0,8322	0,8438	0,8596*	*
3-Insomnio terminal	0,6745	0,7798	0,828	0,8463	0,8578	0,856
4-Hipersomnia	0,5095	0,6776	-	-	-	-
5-Fatiga	0,7529*	*	*	*	*	*
6-Pesadez de extremidades	0,7186	0,7762	0,8204	0,8513*	*	*
7-Anhedonia	0,7053	0,791	0,8263	0,842	0,8569	0,8652*
8-Intranquilidad	0,5933	0,7223	-	-	-	-
9-Lentitud	0,6804	0,7604	0,8004	-	-	-
10-Hipersensibilidad al rechazo	0,6265	0,7518	-	-	-	-
11-Irritabilidad	0,6665	0,77	0,8204	0,8374	-	-
12-Dificultad para pensar o concentrarse	0,5802	0,7151	-	-	-	-
13-Falta de optimismo	0,6436	0,752	-	-	-	-
14-Indecisión	0,6531	0,752	-	-	-	-
15-Tristeza	0,7321	0,8021	0,8391*	*	*	*
16-Polo matutino	0,5118	0,7109	-	-	-	-
17-Reactividad del ánimo	0,7028	0,8143*	*	*	*	*
18-Sentimientos de culpa	0,6647	0,7677	0,8168	0,833	-	-
19-Autoestima baja	0,7115	0,7828	0,8201	0,8378	-	-
20-Pensamientos suicidas	0,6733	0,785	0,8258	0,8381	-	-
Item que se agrega	Fatiga	Reactividad	Tristeza	Pesadez	Alt. Sueño	Anhedonia
abcROC máxima	0,7529	0,8143	0,8391	0,8513	0,8596	0,8652

* Mayor aumento del abcROC - ítem incluido

Tabla 2.*Características de las escalas construidas*

Los puntajes de ambas escalas (EPD-4 y EPD-6) fueron significativamente mayores entre los que tuvieron diagnóstico de depresión mayor respecto a los que no lo tuvieron ya sea éste realizado por medio del SCID o por el psiquiatra (tabla 3).

Tabla 3. Características de los puntajes de la EPD-4 y EPD-6.

	EPD-4		EPD-6	
	Promedio (DE)	p50 (p25; p75)	Promedio (DE)	p50 (p25; p75)
Total	5,48 (2,57)	5 (4; 7)	8 (3,72)	8 (5; 10)
Depresión (SCID)				
Sí	7,56 (2,00)	8 (6; 9)	10,87 (3,04)	11 (8; 13)
No	3,98 (1,78)	4 (3; 5)	5,93 (2,65)	6 (4; 8)
p*	<0,0001		p<0,0001	
Depresión (psiquiatra)				
Sí	7,05 (2,22)	7 (5; 9)	10,41 (3,24)	10 (8; 13)
No	4,01 (1,96)	4 (3; 5)	5,78 (2,63)	6 (4; 8)
p*	<0,0001		<0,0001	

* T-test. DE= desviación estándar; p50=mediana; p25=percentil 25; p75=percentil 75.

Tabla 3.

EPD-4: La sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la escala se muestran en la tabla 4 y la figura 1. De acuerdo a esto, el punto de corte óptimo sería el de >6 donde el índice de Youden es el máximo (0,6264), la sensibilidad es de 82,8% y la especificidad de 79,8%. El alfa de Cronbach de la EPD-4 fue de 0,6603 y sus coeficientes de correlación de Pearson con la EPD-20 y la EDZ fueron 0,8623 y 0,7186, respectivamente ($p<0,0001$ en ambos casos). Considerando como patrón de referencia el diagnóstico de depresión mayor basado en el SCID, se halló una tendencia de la EPD-4 a tener un abcROC mayor que

la de la EPD-20 (escala original): 0,9024 frente a 0,8723; $p=0,1279$. En el análisis factorial de la EPD-4 se pudo extraer solo un factor (tabla 5).

Tabla 4. Sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la EPD-4 utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor según el SCID.

Punto de corte \geq	Sensibilidad	Especificidad	Índice de Youden
3	1	0,2171	0,2171
4	0,9785	0,4109	0,3894
5	0,9462	0,5814	0,5276
6	0,828	0,7984	0,6264
7	0,6667	0,938	0,6047
8	0,5376	0,9922	0,5298
9	0,3548	0,9922	0,347
10	0,172	0,9922	0,1642
11	0,0645	1	0,0645

Tabla 4.

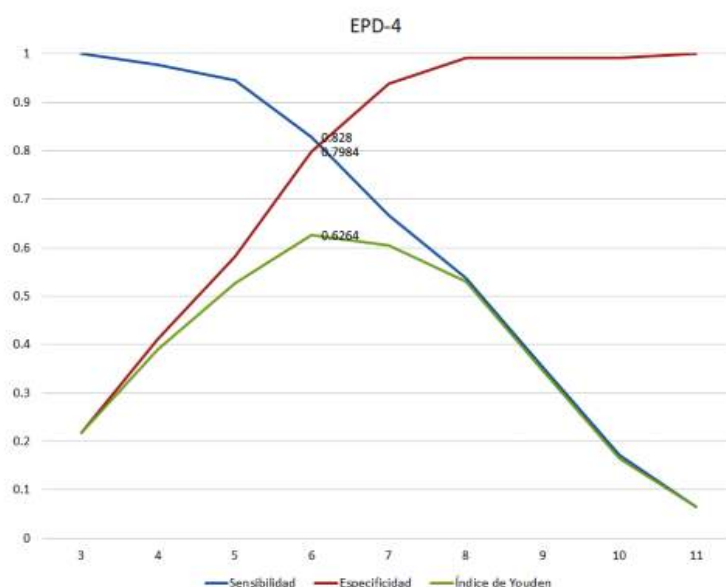


Figura 1. Sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la EPD-4 utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor en base al SCID.

Figura 1.

Tabla 5. Sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la EPD-6 utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor según evaluación del psiquiatra.

Punto de corte \geq	Sensibilidad	Especificidad	Índice de Youden
2	1	0,0439	0,0439
3	0,9906	0,0789	0,0695
4	0,9811	0,193	0,1741
5	0,9811	0,3421	0,3232
6	0,9623	0,4825	0,4448
7	0,8962	0,6053	0,5015
8	0,8019	0,7368	0,5387
9	0,6792	0,8509	0,5301
10	0,5943	0,9298	0,5241
11	0,4811	0,9737	0,4548
12	0,3491	0,9825	0,3316
13	0,2642	0,9825	0,2467
14	0,217	0,9912	0,2082
15	0,1132	1	0,1132

Tabla 5.

EPD-6: La sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la escala se muestran en la tabla 6 y la figura 2. De acuerdo a esto, el punto de corte óptimo sería el de >8 donde el índice de Youden es el máximo (0,5387), la sensibilidad es de 80,2% y la especificidad de 73,7%. El alfa de Cronbach de la EPD-6 fue de 0,7359 y sus coeficientes r de correlación de Pearson con la EPD-20 y la EDZ fueron 0,8890 y 0,7641, respectivamente ($p < 0,0001$ en ambos casos). Considerando como patrón de referencia el diagnóstico de depresión mayor basado en el psiquiatra, se halló una tendencia de la EPD-6 a tener un abcROC mayor que el de la EPD-20 (escala original): 0,8611 frente a 0,8317; $p = 0,0941$. El análisis factorial de la EPD-6 (tabla 5) reveló la existencia de 2 factores: uno relacionado con lo corporal (ítems referidos a fatiga y pesadez de extremidades) y otro, con lo afectivo y el sueño (tristeza, anhedonia, reactividad del ánimo y alteración del sueño).

Tabla 6. Análisis factorial policórico de las escalas de 6 y 4 ítems.

Item	Cargas factoriales		
	Escala de 6 ítems		Escala de 4 ítems
	Factor 1	Factor 2	Factor 1
5-Fatiga	0,7447		0,6231
17-Reactividad del ánimo		0,4734	0,5626
7-Anhedonia		0,526	0,6597
15-Tristeza		0,5476	0,6448
2-Alteración del sueño		0,4627	
6-Pesadez de extremidades	0,7323		

Tabla 6.

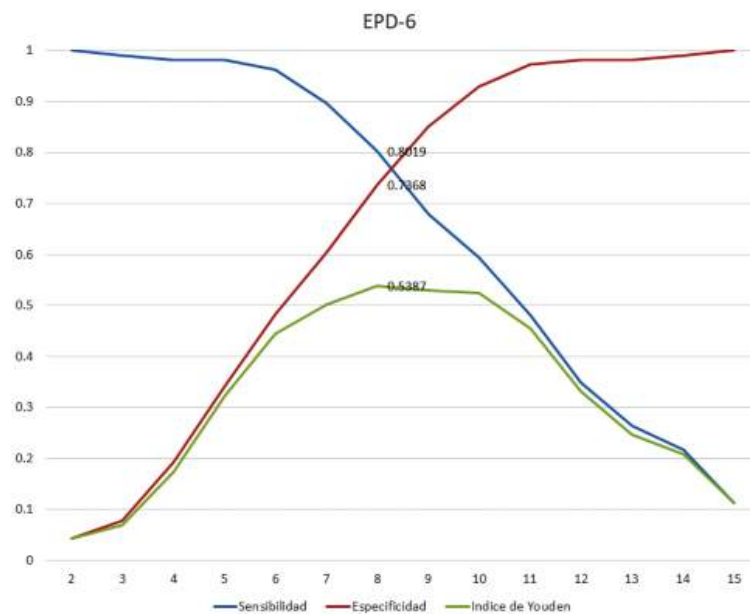


Figura 2. Sensibilidad, especificidad e índice de Youden para cada punto de corte de la EPD-6, utilizando como estándar de oro el diagnóstico de depresión mayor según el psiquiatra.

Figura 2.

Los ítems de las escalas cortas se muestran en la tabla 7.

Tabla 7. Ítems de las nuevas escalas.

EPD-4	
5. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?	
a. Casi nunca.	(0)
b. A veces.	(1)
c. Frecuentemente.	(2)
d. Casi todo el tiempo.	(3)
17. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?	
a. Sí, generalmente.	(0)
b. Algunas veces.	(1)
c. Rara vez.	(2)
d. No, en ningún momento.	(3)
7. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?	
a. No, en ningún momento.	(3)
b. Rara vez.	(2)
c. Algunas veces.	(1)
d. Sí, generalmente.	(0)
15. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?	
a. Casi nunca.	(0)
b. Algunas veces.	(1)
c. Frecuentemente.	(2)
d. Casi todo el tiempo.	(3)
EPD-6 (incluye los 4 ítems previos de la EPD-4 más los siguientes 2 ítems)	
6. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?	
a. No, en ningún momento.	(0)
b. A veces.	(1)
c. Frecuentemente.	(2)
d. Casi siempre.	(3)
2. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?	
a. Nunca.	(0)
b. Algunas veces.	(1)
c. Frecuentemente.	(2)
d. Casi todos los días.	(3)

Tabla 7.

DISCUSIÓN

Las escalas cortas construidas son por lo menos tan útiles como la original de 20 ítems para la detección de depresión mayor, lo cual se evidencia al comparar el abcROC de la EPD-20 frente al de la EPD-4 y al de la EPD-6. Asimismo, considerando la sensibilidad y especificidad para los puntos de corte recomendados de las 3 versiones de la escala y calculando los respectivos índices de Youden, tenemos que estos fueron 0,6264 para la EPD-4 y 0,6132 para la EPD-20 (SCID como estándar de oro); y 0,5387 para la EPD-6 y 0,4999 para la EPD-20 (psiquiatra como estándar de oro).

Respecto a las abcROC de otros instrumentos para la detección de depresión, el de la EPD-4 (0,9033) tiende a ser superior y el de la EPD-6 (0,8652) es similar. Así tenemos que en el Perú, en pacientes ambulatorios de psiquiatría, el abcROC para la CES-D fue 0,83; y el de la EDZ, 0,84 (3). En México, el abcROC para una versión corta de 7 ítems de la CES-D, fue de 0,85 considerando el DSM-IV como estándar de oro y 0,88 considerando la CIE-10 (12). En España, en pacientes con enfermedades físicas, se halló un abcROC para el instrumento Depression in the Medically Ill (DMI-18) y su versión reducida de 10 ítems (DMI-10) de alrededor de 0,9 para ambas versiones; para el PHQ-9, 0,87; para la subescala de depresión (7 ítems) de la Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), 0,84; y para una versión de 7 ítems del Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory for Primary Care, BDI-PC), 0,85 (23).

Los índices de Youden de la EPD-4 (0,63) y de la EPD-6 (0,54) están dentro del rango de los hallados para diversos instrumentos para la detección de depresión mayor. Por ejemplo, partiendo de una revisión sistemática sobre dichos instrumentos (24), se calcularon índices de Youden que varían de 0,53 para la HADS (punto de corte de 7) a 0,66 para el PHQ-9 (punto de corte de 10).

El hecho de que a pesar de eliminar un buen número de ítems de las escalas de depresión no haya una pérdida importante de su capacidad diagnóstica, sugiere que hay varios síntomas considerados en el concepto y en los criterios de depresión que no son muy relevantes o que no aportan mucho al diagnóstico.

Para la EPD-4 y la EPD-6, los ítems seleccionados en el proceso se refieren a los 3 síntomas esenciales de la depresión de acuerdo a la CIE-10 (25): fatiga, anhedonia y tristeza. El otro ítem, la falta de reactividad del ánimo (una característica de la depresión melancólica) (26), se relaciona bastante al concepto de anhedonia. Un estudio sobre la estructura de la sintomatología depresiva en mujeres postparto halló que la fatiga, la tristeza y la anhedonia fueron los síntomas nucleares (27). La tristeza es un síntoma claramente central en la depresión de acuerdo a varios estudios. Por ejemplo, es el que mayor carga factorial tiene en un modelo unidimensional de la Escala de Montgomery-Asberg de acuerdo a un estudio psicométrico realizado en Colombia (28).

Adicionalmente, la EPD-6 incluye 2 ítems más: la sensación de pesadez de extremidades, un síntoma de depresión atípica que guarda estrecha relación con la fatiga (29) y con la cual forma el factor 1; y la alteración del sueño, síntoma importante dentro de los criterios de depresión de la CIE-10 (25) y el DSM-5 (26).

La alteración del sueño es un ítem que ha sido incluido luego de la selección de ítems para la construcción de ciertas escalas cortas de depresión, tales como una versión de 9 ítems (30) y de 7 ítems de la CES-D (31) y una versión de 5 ítems de la Escala de Depresión de Edimburgo (22); pero no de otras, entre ellas, varias versiones cortas de la Escala de Depresión de Hamilton (32), la BDI-PC (33) y una versión de 10 ítems de la EDZ (20).

Los ítems que fueron excluidos más tempranamente en el proceso de selección en base al SCID y al diagnóstico hecho por un psiquiatra fueron: hipersomnia, hipersensibilidad al rechazo, falta de optimismo y polo matutino.

La hipersomnia, un síntoma de depresión atípica, aunque es considerada dentro de los criterios de depresión mayor en los DSM, no ha mostrado ser parte del síndrome depresivo de acuerdo a estudios realizados sobre sintomatología psiquiátrica en general (29,34,35) y sobre depresión postparto (27).

De acuerdo a un estudio sobre sintomatología mental diversa en pacientes psiquiátricos ambulatorios (29), el polo matutino, un síntoma melancólico, no se ha encontrado vinculado al síndrome depresivo ni a ningún otro síndrome psiquiátrico. En este mismo estudio, la falta de optimismo y la hipersensibilidad al rechazo (un síntoma atípico) solo tuvieron correlaciones débiles con otros síntomas depresivos. Asimismo, en el estudio original de validación de la EPD, no se encontraron correlaciones significativas entre los ítems de hipersomnia y polo matutino, y los puntajes de la EDZ y la severidad de la depresión según la evaluación de un psiquiatra (4).

Una limitación del presente estudio es que no contó con un grupo de comparación de sujetos sin trastornos mentales; sólo se evaluó la capacidad de las escalas de diferenciar entre depresión y otros trastornos mentales. Considerando que es más fácil discriminar entre pacientes con depresión mayor e individuos sanos, que entre sujetos con depresión mayor y pacientes con otros trastornos mentales; lo esperado sería que si se toma como grupo de comparación a personas mentalmente sanas, las abcROC de las escalas construidas mejorarían y los puntos de corte óptimos serían menores tal como ocurre en el estudio de validación en el Perú de la CES-D y la EDZ (3).

En conclusión, el presente estudio sugiere que la detección de depresión mayor puede hacerse con versiones más cortas de 4 o 6 ítems de la EPD sin perder eficacia diagnóstica.

REFERENCIAS

1. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34: 119–138.
2. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012; Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;29:1-392.
3. Ruiz-Grosso P, Loret de Mola C, Vega-Dienstmaier JM, Arevalo JM, Chavez K, Vilela A, et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PLoS One*. 2012;7: e45413.
4. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Valdez-Huarcaya N, Cabra-Bravo M, Zapata-Vega MI. The Depressive Psychopathology Scale: presentation and initial validation in a sample of Peruvian psychiatric patients. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30: 317–326.
5. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30: 106–111.
6. Vega-Dienstmaier J, Mazzotti G, Stucchi S, Salinas JE, Gallo C, Poletti G. Validación de la Escala de Depresión de Edinburgh en mujeres que no están en el periodo postparto. *Rev Neuropsiquiatr*. 1997;60: 283–293.
7. Zhong Q, Gelaye B, Fann JR, Sanchez SE, Williams MA. Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: a Rasch item response theory analysis. *J Affect Disord*. 2014;158: 148–153.
8. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract*. 2007;57: 144–151.
9. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010;8: 348–353.
10. Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res*. 2005;58: 163–171.
11. Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Rangel- Martínez-Villalba AM. Validation of two short versions of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale in Colombian adolescent. *Aten Primaria*. 2009;41: 255–261.
12. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Acosta-Castillo I, Téllez-Rojo MM, Franco-Núñez A, Gutiérrez-Robledo LM, et al. Validation of a cutoff for the Depression Scale of the Center for Epidemiologic Studies, Brief Version (CESD-7). *Salud Publica Mex*. 2013;55: 267–274.

13. Herrero J, Gracia E. Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Ment.* 2007;30: 40–46.
14. Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *Am J Prev Med.* 1994;10: 77–84.
15. Rouch-Leroyer I, Sourgen C, Barberger-Gateau P, Fuhrer R, Dartigues JF. Detection of depressive symptomatology in elderly people: a short version of the CES-D scale. *Aging.* 2000;12: 228–233.
16. Carpenter JS, Andrykowski MA, Wilson J, Hall LA, Rayens MK, Sachs B, et al. Psychometrics for two short forms of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale. *Issues Ment Health Nurs.* 1998;19: 481–494.
17. Cheng S, Chan ACM. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in older Chinese: thresholds for long and short forms. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20: 465–470.
18. Poulin C, Hand D, Boudreau B. Validity of a 12-item version of the CES-D used in the National Longitudinal Study of Children and Youth. *Chronic Dis Can.* 2005;26: 65–72.
19. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, et al. A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17, and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale. *Med Clin.* 2003;120: 693–700.
20. Díaz LA, Campo A, Rueda GE, Barros JA. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colomb Med* 2005; 36: 168–172.
21. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21: 106–111.
22. Rochat TJ, Tomlinson M, Newell M, Stein A. Detection of antenatal depression in rural HIV- affected populations with short and ultrashort versions of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health.* 2013;16: 401–410.
23. Orive M, Padierna JA, Quintana JM, Las-Hayas C, Vrotsou K, Aguirre U. Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population. *J Psychosom Res.* 2010; 69: 399–406.
24. Pettersson A, Boström KB, Gustavsson P, Ekselius L. Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nord J Psychiatry.* 2015;69: 497–508.
25. World Health Organization. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10: CDI-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA;1994.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
27. Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatr.* 2015;78:221–231.
28. Cano JF, Gomez Restrepo C, Rondón M. Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2016;45: 146–155.
29. Vega Dienstmaier JM. Estructura de los síndromes afectivos y ansiosos en pacientes psiquiátricos ambulatorios de un hospital general. Tesis de Maestría en Epidemiología Clínica. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
30. Santor DA, Coyne JC. Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychol Assess.* 1997;9: 233–243.
31. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espiroza B, Acosta- Castillo GI, Franco-Núñez A, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, Sosa-Ortiz AL. Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2014;56: 279–285.
32. Luckenbaugh DA, Ameli R, Brutsche NE, Zarate CA Jr. Rating depression over brief time intervals with the Hamilton Depression Rating Scale: standard vs. abbreviated scales. *J Psychiatr Res.* 2015;61: 40–45.
33. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Ther.* 1997; 35: 785–791.

34. Goekoop R, Goekoop JG. A network view on psychiatric disorders: network clusters of symptoms as elementary syndromes of psychopathology. PLoS One. 2014;9: e112734.
35. van Borkulo CD, Borsboom D, Epskamp S, Blanken TF, Boschloo L, Schoevers RA, et al. A new method for constructing networks from binary data. Sci Rep. 2014;4: 5918.

ENLACE ALTERNATIVO

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/download/3383/3593> (pdf)