



Salud Mental

ISSN: 0185-3325

perezrh@imp.edu.mx

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la

Fuente Muñiz

México

Landa-Ramírez, Edgar; Cárdenas-López, Georgina; Andrew Greer, Joseph; Sánchez-Román, Sofía;
Riveros-Rosas, Angélica

Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano:
Una revisión

Salud Mental, vol. 37, núm. 5, septiembre-octubre, 2014, pp. 415-422

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión

Edgar Landa-Ramírez,¹ Georgina Cárdenas-López,² Joseph Andrew Greer,³
Sofía Sánchez-Román,⁴ Angélica Riveros-Rosas⁵

Artículo original

SUMMARY

Depression is one of the most common emotional problems in palliative patients. Due to the advanced nature of the disease, several physical symptoms presented by patients overlap with symptoms of depression, making it difficult to evaluate and diagnose the problem. The aim of this paper was to conduct a narrative review of the main instruments used to assess depression when it is present in palliative patients, with a special consideration of the Mexican context. Based on the available data and the scholarly literature, it is more appropriate to conduct an assessment of depression focused on emotional aspects than somatics aspects in palliative patients. Internationally, a number of depression assessments place greater emphasis on anhedonia and emotions, such as hopelessness, than on somatic aspects of depression. In Mexico, a considerable gap remains in the development of instruments to identify depression in the palliative setting. Finally, we describe alternative assessments of depression, which could be evaluated and considered in the future in the palliative care setting.

Key words: Depression, cancer, palliative care.

RESUMEN

La depresión es uno de los problemas emocionales más frecuentes en pacientes con cáncer terminal. Debido a la evolución de la enfermedad, varios síntomas físicos presentes en los pacientes se pueden yuxtaponer y confundir con los síntomas que permiten identificar de manera taxonómica la depresión, lo cual dificulta la evaluación del problema. El objetivo de este artículo es realizar una revisión de los principales instrumentos utilizados para evaluar la depresión en pacientes con cáncer terminal, junto con sus implicaciones en el contexto mexicano. Con base en la información recabada se puede decir que es más pertinente realizar una evaluación de la depresión enfocada en los aspectos emocionales que en los somáticos. Actualmente existe una gran cantidad de instrumentos para evaluar la depresión que dan mayor énfasis a los aspectos de la anhedonia y las emociones que a los aspectos somáticos de la depresión. En México existe un enorme rezago en el desarrollo de instrumentos que permitan identificar estos síntomas. Se concluye señalando instrumentos alternativos para evaluar la depresión en pacientes con cáncer terminal, estos instrumentos podrían ser evaluados y considerados en un futuro en el contexto de la medicina paliativa.

Palabras clave: Depresión, cáncer, tratamiento paliativo.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas más frecuentes en pacientes con cáncer terminal.^{1,2} Una revisión sistemática reciente reportó una prevalencia de hasta 24% de pacientes afectados por este padecimiento.³ Sin embargo, la depresión tiene rangos de prevalencia muy amplios que van de 1 a 69%,⁴ lo cual se explica en gran medida por la forma en que se está conceptualizando y midiendo.⁵

De acuerdo con Wasteson et al.,⁵ no es posible conocer la tasa de prevalencia confiable de depresión, sin tomar en cuenta 1. cómo se define el concepto; 2. las clasificaciones que se hacen del mismo; 3. el método utilizado para evaluarlo y 4. la dificultad que conlleva alcanzar un consenso sobre cómo entender la depresión en la población paliativa.

Existe controversia respecto al diagnóstico de depresión en los pacientes con cáncer avanzado debido a diferentes características de este grupo. Por tal razón, se presenta

¹ Facultad de Psicología/Programa de Medicina Conductual, Universidad Nacional Autónoma de México.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

³ Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital & Harvard Medical School.

⁴ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

⁵ Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Edgar Landa-Ramírez. Francisco Sarabia 379, col. Providencia. Azcapotzalco, 02440, México DF. E-mail: edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx

una revisión que tiene como objetivo describir cómo se ha definido y evaluado la depresión en los pacientes con cáncer terminal, así como los retos presentes para la medición de este problema en México.

DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN EN EL CONTEXTO PALIATIVO

Los artículos que abordan el tema de la depresión en el paciente con enfermedad avanzada pueden dividirse en dos grandes grupos: 1. Aquellos en que la depresión es conceptualizada como un trastorno psiquiátrico diagnosticado por medio de una entrevista clínica,⁶ y 2. los que valoran la presencia o la intensidad de sintomatología depresiva, que contribuye al distres global del paciente⁷ o que consideran la presencia de anhedonia como elemento fundamental.⁸

En los estudios en que la depresión se aborda como un trastorno de acuerdo con los criterios del DSM-IV⁹ se han reportado rangos de prevalencia que van de 9 a 16%.³ Cuando se trata como un problema del estado de ánimo evaluado por preguntas directas, se obtiene una prevalencia media de 40%.⁴ Cuando se explora la presencia de sintomatología depresiva por medio de cuestionarios, como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS),¹⁰ se obtiene una media de 29%.⁴

Así, es posible identificar dos grandes paradigmas para definir la depresión en los cuidados paliativos:⁵ el primero alude a una definición categorial, donde se utilizan criterios taxonómicos para identificar el problema en el paciente; por ejemplo, a partir del DSM-IV o la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10). El problema de este tipo de definición recae en que la población con cáncer avanzado frecuentemente desarrolla síntomas físicos como parte de la evolución natural de la enfermedad o como consecuencia del tratamiento médico que recibe, lo que se yuxtapone a los síntomas físicos considerados como criterios para identificar la depresión, lo que dificulta, a su vez, tanto su detección como la identificación de si dicho síntoma se presenta debido a la depresión, a la evolución de la enfermedad física o como efecto secundario al tratamiento.^{4,11}

La segunda definición, llamada también dimensional, considera la depresión como un fenómeno general donde se presenta un incremento del nivel de síntomas depresivos en el paciente, sin que se cumplan cabalmente los criterios taxonómicos para su identificación, y donde, incluso, es posible dejar de lado los síntomas físicos para enfocarse primordialmente en el componente emocional de la depresión.⁵ El principal problema con esta definición recae en la dificultad para distinguir entre la depresión, el miedo y el decaimiento normal o esperado por la noticia de una muerte cercana.⁵ La guía clínica europea de cuidados paliativos recomienda el uso combinado de los criterios taxonómicos

y del componente emocional, poniendo énfasis en la anhedonia por encima de los aspectos somáticos de la depresión para identificar al síndrome depresivo.¹¹

La evaluación de los síntomas depresivos en pacientes con cáncer terminal se realiza principalmente por medio de instrumentos que se pueden clasificar como: 1. evaluaciones de una o dos preguntas; 2. cuestionarios de evaluación. Se describe en qué consiste cada uno de ellos:

1. Evaluaciones de una o dos preguntas

Se utilizan frecuentemente, tanto en la práctica clínica como en la investigación, dentro de la población paliativa.¹² Consiste en preguntar directamente al paciente si se encuentra deprimido o con un estado de ánimo bajo. Se le considera particularmente útil para recabar información rápida sobre el estado anímico del paciente y se utiliza principalmente como herramienta de tamizaje más que como medio para establecer un diagnóstico. Los estudios que utilizan este tipo de preguntas suelen sobreestimar las tasas de depresión.^{4,13}

En dos revisiones recientes,^{12,14} se describieron las propiedades psicométricas al evaluar la depresión por medio de una pregunta, dos preguntas o la combinación de éstas con escalas (cuadro 1).^{8,13,15-23} Las evaluaciones que utilizaron una o dos preguntas reportaron datos contradictorios. Así, un estudio reportó 100% de sensibilidad y especificidad para detectar distintos tipos de trastornos depresivos,¹⁷ y tres estudios más reportaron baja sensibilidad para detectar trastornos afectivos menores, pero alta sensibilidad para detectar el trastorno depresivo mayor.^{15,19,20} Cuando la pregunta se acompañó con la escala visual análoga, no se incrementó la probabilidad de que un paciente sin depresión tuviera un resultado negativo en la prueba, pero sí se incrementó la sensibilidad de la misma.^{15,16}

Un estudio documentó que las evaluaciones de depresión por medio de un reactivo no son las más recomendables para las poblaciones hispano hablantes, ya que existe una connotación cultural negativa con respecto al término "deprimido", que ocasiona que los pacientes no reporten sentirse de esa manera. Por este motivo, los autores desaconsejan su uso y recomiendan el uso del término "desanimado".²⁴

Finalmente, se realizó un metaanálisis de los estudios que evaluaron la depresión de esta manera, y se concluyó que el uso de estas evaluaciones debe ser únicamente para fines de tamizaje y desaconseja su uso para fines de investigación.^{12,14}

2. Cuestionarios de evaluación

Son instrumentos que poseen mejores propiedades psicométricas y suelen evaluar un espectro más amplio de alteración emocional utilizando una mayor cantidad de reactivos (usualmente entre 5 a 20 por instrumento).¹² En esta catego-

Cuadro 1. Evaluación de depresión con una o dos preguntas

Estudio	Número de participantes	Descripción	Resultados	Confiabilidad	Sensibilidad	Especificidad
Akechi et al. (2006).	209 pacientes con cáncer terminal.	Se evaluaron dos preguntas: ¿Estás deprimido? ¿Has perdido interés o trastornos de ajuste (TA) y deprimido? Y se comparó con la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS). Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).	El HADS es mejor para evaluar la presión mayor (DM) de manera conjunta que únicamente las dos preguntas realizadas. Las dos preguntas y el HADS son útiles cuando únicamente se quiere identificar DM.	No reportado	TA+DM .47 Sólo DM .93	TA+DM .96 Sólo DM .92
Akizuki et al. (2003).	295 pacientes con cáncer, sólo grado del 0-100 a tu estado de ánimo durante la última semana"	Se utilizó un reactivo "ponle un La entrevista de una sola pregunta fue efectiva para evaluar el 42% con cáncer avanzado	Tanto TA como DM, aunque Y se utilizó el termómetro de diseño para evaluar TA y DM.	No reportado	.84	.61
Chochinov et al. (1997).	197 pacientes con cáncer terminal	Se utilizó una pregunta para evaluar depresión; dos preguntas para evaluar estado de ánimo depresivo	La entrevista con una sola pregunta fue efectiva para identificar EAD y este resultado fue mejor que usar escalas visuales para evaluar EAD y se comparó con el Inventario de Beck.	No reportado	1.00	1.00
Kawase et al. (2006).	282 pacientes con cáncer avanzado en radioterapia.	Se utilizó una pregunta: ¿Estás deprimido? Y se comparó con una entrevista semiestructurada basada en criterios del DSM-IV.	La evaluación de una sola pregunta no tuvo suficiente especificidad.	No reportado	.42	.86
Lloyd-Williams et al. (2003).	74 pacientes paliativos.	Se utilizó una pregunta: ¿Estás deprimido? Y se comparó con una entrevista semiestructurada basada en criterios del DSM-IV.	La evaluación de una sola pregunta no tuvo suficiente sensibilidad y especificidad.	No reportado	.55	.74
Payne et al. (2007).	167 pacientes, paliativos, 74% por cáncer terminal.	Se evaluaron dos preguntas: ¿Estás deprimido? ¿Has experimentado pérdida de interés en cosas o actividades que normalmente disfrutabas? Y se compararon con una entrevista semiestructurada basada en criterios del DSM-IV.	La evaluación permitió a los profesionales identificar DM en pacientes paliativos.	No reportado	.90	.67
Teunissen et al. (2007).	79 pacientes con cáncer avanzado.	Se evaluó con HADS, una sola pregunta y ESAS la depresión y ansiedad de los pacientes y los síntomas físicos reportados.	La evaluación de una sola pregunta para depresión mostró alta sensibilidad para depresión.	No reportado	.61	.94
Noguera et al. (2009).	100 pacientes con cáncer terminal hablantes de castellano.	Se evaluó por medio de una pregunta, HADS y escalas verbales numéricas, el mejor término en español para identificar depresión.	El uso de la palabra desanimado en lugar de deprimido mostró mejor sensibilidad y especificidad.	No reportado	.80	.70
Meyer et al. (2003).	45 pacientes con cáncer avanzado.	Se evaluó el estado de ánimo de la última semana en términos de mente útil para evaluar síntomas o bajo estado de ánimo más depresivos en población con opciones Likert, y se comparó con una entrevista semiestructurada basada en criterios del DSM-IV.	Se reconoció como potencialmente útil para evaluar síntomas o bajo estado de ánimo más depresivos en población con opciones Likert, y se comparó con una entrevista semiestructurada basada en criterios del DSM-IV.	X=0.935	VPP (100%)	VPN (96%)
Jefford et al. (2004).	100 pacientes, 60% paliativos.	Se preguntó: ¿En las últimas dos semanas te has sentido infeliz o deprimido?	Las preguntas tienen propiedad en los pacientes paliativos.	K=.21	.67	.75
Ohno et al. (2006).	160 pacientes con cáncer.	Se preguntó si estaban deprimidos y se les daban tres opciones: sí estoy deprimido; no estoy deprimido o ninguna.	Tuvo alta sensibilidad en pacientes con cáncer terminal.	No reportado	.93	.31

HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; DM = Depresión mayor; TA = Trastorno de ajuste; VPP = Valor predictivo positivo; VPN = Valor predictivo negativo.

Cuadro 2. Evaluación de sintomatología depresiva por medio de instrumentos

Estudio	Participantes	Descripción	Resultados	Confia- bilidad	Sensi- bilidad	Especifi- cidad
Chochinov et al. (1997).	197 pacientes con cáncer terminal.	Se comparó el inventario Beck de 13 reactivos para evaluar depresión; una escala para evaluar EAD.	El instrumento mostró moderada sensibilidad y especificidad y baja interconfiabilidad.	No reportado	.79	.71
Love et al. (2004).	227 mujeres con cáncer de mama estadio IV.	Se aplicó tanto el inventario de Beck como el HADS para identificar depresión.	Las dos escalas permitieron identificar depresión pero únicamente el Beck permitió identificar depresión mayor y menor aunque con una baja especificidad.	K=.17	.84	.63
Hopko et al. (2008).	33 pacientes con distintos tipos de cáncer.	Se aplicaron distintos instrumentos para evaluar depresión (BECK, CES-D, entrevistas semi-estructuradas).	Todos los instrumentos utilizados para identificar depresión; sin embargo el inventario de Beck y CES-D fueron los que recomendaron por sus propiedades psicométricas.	.90	1.00	.79
Katz et al. (2004).	60 pacientes con cáncer de cabeza y cuello.	Se aplicaron distintos instrumentos para evaluar depresión (BECK, HADS, CES-D).	Recomiendan el uso de los tres instrumentos para identificar depresión, sin embargo el instrumento HADS es el que presentó mejores propiedades psicométricas.	No reportado	1.00	.85
Lloyd-Williams et al. (2000).	100 pacientes paliativos.	Se aplicó el instrumento de depresión post natal a los pacientes paliativos para identificar características psicométricas.	Se consideró que el instrumento es confiable para medir depresión en pacientes paliativos debido en gran medida a que evalúa desesperanza, preocupación y culpa en lugar de síntomas físicos.	$\alpha=.78$.81	.79
Lloyd-Williams et al. (2002).	50 pacientes paliativos.	Se aplicó el instrumento de depresión post natal a los pacientes paliativos durante doce semanas para identificar evolución de depresión y características del instrumento empleado.	La escala mostró ser útil para identificar depresión a lo largo de las semanas en los pacientes paliativos.	$\alpha=.81$; K=.77	No reportado	No reportado
Lloyd-Williams et al. (2007).	246 pacientes paliativos.	Se aplicó el instrumento de depresión post natal a pacientes paliativos y se obtuvo una versión más corta de reactivos.	Después de la aplicación se obtuvieron seis reactivos de la escala original, a partir de los cuales se puede identificar depresión.	$\alpha=.78$.72	.74
Hopwood et al. (1991).	81 pacientes con cáncer de mama en estadio IV.	Se aplicaron dos instrumentos HADS y la lista de síntomas de Rotterdam para identificar morbilidad psiquiátrica.	Ambos cuestionarios mostraron valores medios de predictibilidad para identificar problemas afectivos entre ellos la depresión.	No reportado	.75	.75
Le Fevre et al. (1999).	79 pacientes paliativos	Se aplicaron dos instrumentos HADS y el cuestionario general de salud para identificar morbilidad psiquiátrica y fueron comparadas pacientes paliativos con entrevistas psiquiátricas semi-estructuradas	El HADS tuvo un mejor desempeño que el cuestionario general de salud para identificar depresión en pacientes paliativos.	No reportado	.77	.85
Lloyd-Williams et al. (2001).	100 pacientes paliativos	Se aplicó el HADS y se comparó con una entrevista semi-estructurada para depresión.	Se recomendó el uso del HADS para evaluar depresión de manera combinada con otro instrumento.	$\alpha=.78$.54	.74
Akechi et al. (2006).	209 Pacientes con cáncer terminal.	Se comparó con el HADS con dos preguntas: ¿Estás deprimido? ¿Has perdido interés?	El HADS es mejor para evaluar trastornos de ajuste (TA) y depresión mayor (DM) que únicamente las dos preguntas realizadas.	No reportado	.86	.69
Akizuki et al. (2003).	295 pacientes con cáncer, sólo avanzado.	Se utilizó el HADS, como instrumento de comparación para poder identificar depresión.	El HADS mostró alta sensibilidad el 42% con cancer avanzado.	No reportado	.92	.57

Cuadro 2. Continuación

Estudio	Participantes	Descripción	Resultados	Confia- bilidad	Sensibi- lidad	Especifi- cidad
Jefford et al. (2004).	100 pacientes, Se utilizó el HADS como instrumento de comparación, para validar un instrumento que midiera depresión.	60% paliativos.	El HADS presentó alta especificidad pero baja sensibilidad.	K=.27	.48	.95
Love et al. (2004).	227 mujeres con cáncer de mama estadio IV.	Se aplicó tanto el inventario de Beck como el HADS para identificar depresión.	Las dos escalas permiten identificar depresión pero únicamente el Beck permite identificar depresión mayor y menor. En el caso del HADS se reportó una baja sensibilidad pero alta especificidad.	K=.17	.16	.97
Mystakidou et al. (2004).	120 pacientes paliativos.	Se validó la versión griega del HADS.	Se validó el HADS, con un nivel aceptable de confiabilidad.	$\alpha=.78$	No reportado	No reportado
Ozalp et al. (2008).	183 pacientes, 30% con cáncer terminal.	Se validó la versión turca del HADS.	El HADS mostró buenos valores de sensibilidad y medianos de especificidad.	No reportado	.84	.55
Olden et al. (2009).	422 pacientes con cáncer terminal.	Se validó la escala de depresión de Hamilton y se comparó con el diagnóstico de depresión acorde al DSM-IV.	La escala de Hamilton mostró altos niveles de sensibilidad y especificidad de acuerdo al DSM-IV.	No reportado	.91	.91

HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; DM = Depresión mayor; TA = Trastorno de ajuste.

Ría se han descrito cinco instrumentos que evalúan directamente la sintomatología depresiva y que suelen utilizarse como herramientas de tamizaje para evaluar la presencia de depresión. La primera es una versión corta de 13 reactivos de la Escala de Depresión de Beck, la cual evalúa sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades crónicas y que se correlaciona altamente ($r=.96$) con el instrumento original de 21 reactivos.¹⁷ Se ha utilizado en dos estudios con pacientes con cáncer terminal; en dichos trabajos se ha reportado baja interconfiabilidad y una moderada especificidad. Sin embargo, por el número reducido de trabajos que lo han evaluado no es posible llegar a conclusiones definitivas sobre su uso; por lo que es necesario realizar más investigaciones para recomendar su uso. (cuadro 2).^{17,25}

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) sirve para evaluar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer avanzado. Consta de 20 reactivos, y ha mostrado una buena consistencia interna, sensibilidad y especificidad. Sin embargo, al compararla con otros instrumentos, como el HADS, obtiene menores propiedades psicométricas, por lo que su uso se recomienda sólo parcialmente.^{26,27}

Otro instrumento utilizado es la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) que está formada por 10 reactivos, los cuales se enfocan primordialmente a síntomas no físicos relacionados con la depresión post parto, por tal razón, se ha aplicado a población con cáncer terminal y ha mostrado en tres estudios una especificidad, sensibilidad, confiabilidad inclusive mayor que las reportadas en algunos trabajos que utilizan el HADS. No obstante los buenos resultados, son necesarios más estudios para recomendar ampliamente su uso.²⁸⁻³⁰

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva en el contexto paliativo.⁵ Consta de 14 reactivos (siete evalúan ansiedad y siete depresión) y tiene opciones de respuesta tipo Likert. A finales de la década de los noventa y principios de este siglo, se realizaron trabajos que validaron el uso del HADS en población paliativa presentando una buena confiabilidad, sensibilidad y especificidad.³¹⁻³⁴ Posteriormente, se le ha utilizado en diversos estudios como *gold standard* para validar otro tipo de instrumentos.^{15,16,18,25,35}

Actualmente su uso es ampliamente difundido para la evaluación de la depresión en el contexto paliativo, sin embargo, una revisión sistemática advierte que dado el poco número de pacientes utilizados para las validaciones del HADS en este contexto, es necesario realizar más estudios para probar contundentemente su uso. Se recomienda el uso de otros instrumentos de manera paralela a la aplicación del HADS para identificar sintomatología depresiva en la práctica clínica diaria.³⁶

Existen otros instrumentos más extensos como el Cuestionario de Evaluación del Estado de Ánimo (MEQ) que está formado por veintitrés reactivos y ha mostrado buena consistencia interna en pacientes con cáncer terminal.^{21,37} Sin embargo, dado el número de reactivos del instrumento y el tiempo que toma aplicarlo, no se recomienda utilizarlo de manera rutinaria en la práctica clínica paliativa.¹²

Un estudio reciente demostró que la Escala de Depresión de Hamilton tiene una alta confiabilidad y validez en pacientes con cáncer terminal. Sin embargo, no existen más estudios que corroboren lo anterior, por lo cual se necesitan más investigaciones al respecto.³⁸

EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS MEXICANOS

No se encontró ningún estudio cuyo objetivo fuera validar algún instrumento para la identificación de depresión en pacientes paliativos mexicanos. Sin embargo, existe un par de trabajos que evaluaron la depresión en cuidadores primarios; y en pacientes atendidos en cuidados paliativos utilizando instrumentos validados en poblaciones mexicanas no paliativas.^{39,40} En el trabajo de Landa-Ramírez et al.⁴⁰ se evaluó la depresión en pacientes con cáncer terminal utilizando dos puntos de corte del instrumento HADS (nacional ≥ 7 ; internacional ≥ 11), y se reportó que 67% de los pacientes presentaron depresión con el punto de corte nacional y 40% con el punto de corte internacional. Sin embargo, dicho trabajo contó con una cantidad reducida de pacientes evaluados (59 pacientes) y, aunque se utilizó la versión del HADS validada en México, dicha validación se realizó en pacientes obesos;⁴¹ por esta razón es necesario interpretar con cautela esa información.

Llama la atención que no existan trabajos para validar los instrumentos que evalúan la depresión en el contexto de la medicina paliativa en México. Esto coincide con dos artículos que de manera reciente mencionaron que los pacientes paliativos mexicanos enfrentan el problema de la falta de una infraestructura hospitalaria que les permita recibir la atención necesaria durante los últimos meses de su vida.⁴² Asimismo, existe escasa generación de investigaciones y conocimiento por parte del personal de salud en cuidados paliativos de México. Todo ello parece reflejar el poco interés que existe por parte del personal de salud en esta área o también puede ser producto de las dificultades metodológicas y éticas implícitas en la realización de investigaciones en cuidados paliativos.⁴³ Un estudio reciente mencionó que ha habido un importante progreso en los cuidados paliativos de América Latina. Sin embargo, aún existen numerosos retos que encarar, entre los que se cuenta una educación médica formal que ayude a proporcionar alivio físico y psicosocial, e incrementar la calidad de vida de los pacientes paliativos y de los cuidadores primarios de estos.⁴⁴ Asimismo, se debe fomentar la generación y difusión de conocimiento aplicable a las características de la población que se atiende.

CONSIDERACIONES FINALES

Con base en la información presentada parece ser claro que la mejor manera de evaluar la depresión en esta población es por medio de la condición emocional del paciente, apoyándose en menor medida en los criterios somáticos de la depresión. A nivel internacional, se recomienda abordar el problema de la depresión por medio de la combinación de preguntas de uno y dos reactivos, así como el uso de algún instrumento que dé peso a las condiciones de anhedonia de la depresión (primordialmente, el HADS) y que se apoye

en menor medida en condiciones somáticas de la depresión (Escala de Hamilton). En el contexto nacional existe un vacío enorme respecto al desarrollo de instrumentos psicométricos adecuados para identificar este problema emocional en pacientes con las características económicas, culturales, idiosincrásicas, educativas y de salud del paciente mexicano con cáncer terminal. Por esta razón es imperante unificar esfuerzos para desarrollar dichas evaluaciones.

En la década de 1990 varios trabajos trataron de evaluar la depresión en pacientes paliativos utilizando entrevistas semiestructuradas basadas en criterios del DSM-IV. Sin embargo, dada la imposibilidad de identificar si los síntomas físicos reportados eran producto de la depresión, la evolución de la enfermedad o los efectos secundarios de los tratamientos no se recomienda su uso de manera regular en la práctica clínica diaria.⁴ De igual manera, aunque existen más instrumentos que han evaluado la depresión en el contexto del cáncer, estos trabajos no se han validado en la población paliativa; por tal motivo no fueron incluidos en la presente revisión.

Es importante mencionar que en otros contextos de salud se han utilizado las siguientes estrategias para evaluar la depresión: a) Análisis funcional, el cual permite acomodar e identificar los factores orgánicos y psicosociales involucrados en la emergencia de la depresión.⁴⁵ b) Evaluaciones de neuroimagen, enfocadas en investigar cambios en la estructura cerebral, y que han reportado asociación entre depresión mayor y una mayor ampliación de los ventrículos laterales, un mayor volumen de líquido cefalorraquídeo, y un menor volumen en los ganglios basales, el tálamo, el hipocampo, el lóbulo frontal, la corteza orbitofrontal, el giro recto y el volumen hipocampal durante el episodio depresivo.⁴⁶ c) Suero hemático: recientemente, un estudio puntuó algunos datos donde se muestra la factibilidad de diagnosticar con altos niveles de sensibilidad (91%) y especificidad (81%) la depresión mayor por medio del uso de un algoritmo que analiza la relación de nueve biomarcadores obtenidos por medio de suero hemático (alfa-1 antitripsina, apolipoproteína CIII, mieloperoxidasa, factor de necrosis tumoral α receptor II, cortisol, factor de crecimiento epidérmico, prolactina, resistina, y factor neurotrófico derivado del cerebro). Este estudio aún se encuentra en fase de réplica, pero en el futuro podría permitir el abordaje de la depresión mayor por medio de una prueba sanguínea.⁴⁷

En ninguna de las tres estrategias antes descritas se encontraron estudios que las utilizaran para evaluar la depresión en pacientes con cáncer terminal, por lo que constituyen un área para el desarrollo de investigaciones futuras. Finalmente, como se ha descrito, no existe un método único para evaluar la depresión que sea utilizado en población paliativa; por lo cual se recomienda emplear una combinación éstos para tener mayor certidumbre de la información, mientras se generan datos de los instrumentos adaptados para la población en México.

REFERENCIAS

1. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:94-104.
2. Laugsand EA, Kaasa S, de Conno F, Hanks G et al. Research Steering Committee of the EAPC. Intensity and treatment of symptoms in 3030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *J Opioid Manag* 2009;5:11-21.
3. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12(2):160-74. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X. Epub 2011 Jan 19.
4. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002;16(2):81-97.
5. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med* 2009; 23:739-53. doi: 10.1177/0269216309106978.
6. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2004;18:558-563.
7. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Support Care Cancer*. 2009 may;17(5):573-579. doi: 10.1007/s00520-008-0529-7.
8. Teunissen SC, de Graeff A, Voest EE, de Haes JC. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med* 2007;21:341-346.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV, fourth edition. Washington DC: APA; 1994.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
11. Rayner L, Price A, Hotopf M, Higginson IJ. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer* 2011;47:702-12. doi: 10.1016/j.ejca.2010.11.027.
12. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst* 2009;101:1464-88. doi: 10.1093/jnci/djp336.
13. Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, Herdman J. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psychooncology* 2008;17(3):226-236.
14. Mitchell AJ. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A Bayesian meta-analysis. *Br J Cancer* 2008;98:1934-43, doi: 10.1038/sj.bjc.6604396.
15. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Shima Y et al. Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:5-12.
16. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003;97:2605-2613.
17. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997;154(5):674-676.
18. Jefford M, Mileskin L, Richards K, Thomson J et al. Rapid screening for depression-validation of the Brief Case-Find for Depression (BCD) in medical oncology and palliative care patients. *Br J Cancer* 2004;91:900-906.
19. Kawase E, Karasawa K, Shimotsu S, Imasato S et al. Evaluation of a one-question interview for depression in a radiation oncology department in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:321-322.
20. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F, Baker I. Is asking patients in palliative care, "are you depressed?" Appropriate? Prospective study. *BMJ* 2003;327:372-373.
21. Meyer HA, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 1. Assessing depression: the Mood Evaluation Questionnaire. *Palliat Med* 2003;17:596-603.
22. Ohno T, Noguchi W, Nakayama Y, Kato S et al. How do we interpret the answer "Neither" when physicians ask patients with cancer "Are you depressed or not?". *J Palliat Med* 2006;9:861-865.
23. Payne A, Barry S, Creedon B, Stone C et al. Sensitivity and specificity of a two-question screening tool for depression in a specialist palliative care unit. *Palliat Med* 2007;21:193-198.
24. Noguera A, Centeno C, Carvajal A, Tejedor MA et al. Spanish "fine tuning" of language to describe depression and anxiety. *J Palliat Med* 2009;12:707-12, doi: 10.1089/jpm.2009.0024.
25. Love AW, Grabsch B, Clarke DM, Bloch S et al. Screening for depression in women with metastatic breast cancer: a comparison of the Beck Depression Inventory Short Form and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(7):526-531.
26. Hopko DR, Bell JL, Armento ME, Robertson SM et al. The phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 2008;26:31-51.
27. Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM et al. Screening for depression in head and neck cancer. *Psychooncology* 2004;13:269-280.
28. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. Criterion validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2000;20(4):259-265.
29. Lloyd-Williams M, Riddleston H. The stability of depression scores in patients who are receiving palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:593-597.
30. Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *J Affect Disord* 2007;99:259-264.
31. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *Br J Cancer* 1991;64:353-356.
32. Le Fevre P, Devereux J, Smith S, Lawrie SM et al. Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12. *Palliat Med* 1999;13:399-407.
33. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001;22:990-996.
34. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support Care Cancer* 2004;12:821-825.
35. Ozalp E, Soygür H, Cankurtaran E, Turhan L et al. Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psychooncology* 2008;17:668-675.
36. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2010;126:335-348.
37. Meyer HA, Sinnott C, Seed PT. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat Med* 2003;17:604-607.
38. Olden M, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W. Measuring depression at the end of life: is the Hamilton Depression Rating Scale a valid instrument? *Assessment* 2009;16:43-54. doi: 10.1177/1073191108320415.
39. Alfaro-Ramírez del Castillo OI, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(5):485-494.

40. Landa-Ramírez E, Pérez-Sánchez IN, Sánchez-Román S, Covarrubias A. Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología Salud* 2014;24:55-63.
41. López-Alvarenga JC, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D, Sierra-Ovando AE et al. Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Rev Invest Clin* 2002;54:403-409.
42. Torres Vigil I, Aday LA, De Lima L, Cleeland CS. What predicts the quality of advanced cancer care in Latin America? A look at five countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:315-327.
43. Pastrana T, Vallath N, Mastrojohn J, Namukwaya E et al. Disparities in the contribution of low- and middle-income countries to palliative care research. *J Pain Symptom Manage* 2010;39:54-68. doi: 10.1016/j.jpsymman.2009.05.023.
44. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol* 2013;14:391-436. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70048-2.
45. López Bermúdez MA, Ferro García R, Valero Aguayo L. Intervención en un trastorno depresivo mediante la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema* 2010;22:92-98.
46. Kempton MJ, Salvador Z, Munafò MR, Geddes JR et al. Structural neuroimaging studies in major depressive disorder. Meta-analysis and comparison with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:675-90. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.60.
47. Papakostas GI, Shelton RC, Kinrys G, Henry ME et al. Assessment of a multi-assay, serum-based biological diagnostic test for major depressive disorder: a pilot and replication study. *Mol Psychiatry* 2013;18:332-9. doi: 10.1038/mp.2011.166.

Artículo sin conflicto de intereses