

ACTUALIZACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D). ESTUDIO PILOTO EN UNA MUESTRA GERIÁTRICA MEXICANA

Mónica Reyes-Ortega¹, Ana Laura Soto-Hernández¹, Jessyka G. Milla-Kegel¹, Adriana García-Ramírez¹, Lucía Hubard-Vignau¹, Haydeé Mendoza-Sánchez¹, Lydia A. Mejía-Garza¹, Ma Carmen García-Peña², Fernando A. Wagner-Echeagaray^{3, 4}

SUMMARY

Introduction. Depression is one of the leading causes of disease and disability in the world. Yet, most cases of depression are ignored by the community or even at certain levels of the health care system. Thus, medical care is delayed, a fact that has a negative impact on public health and on socioeconomic conditions. In this context, screening instruments for depressive symptoms can help to improve the recognition rates, and therefore to offer adequate treatment. Also, timely referral to appropriate health care may be achieved. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) is one of the instruments most widely used to screen depressive symptoms. The CES-D was created in the early 1970's, long before the current DSM-IV and ICD-10 classification criteria were available and therefore its content do not cover all the criteria included in these contemporary classifications. The present study is meant to be a first attempt to generate a new and revised design for the CES-D, and thus, to count on a reliable, valid, and suitable instrument to be used in the context of large community studies of depression. The revision is based on prior work carried out by Eaton and colleagues.

Methods. In order to make a revision of the CES-D used for the Mexican elderly population, it was necessary to translate the revised instrument, to harmonize its items according to our culture and to the construct being measured, and also to adapt the questionnaire for a field-test pilot study. A survey among patients visiting a large primary health care clinic was then carried out (n=300). Because it was impossible to know in advance the number of patients that were seeking services each day, a sample by convenience was used. However, the sample was not influenced by age, sex or physical appearance of the patients. Before the interview actually started, informed consent was obtained from

all the participants. The nature and scope of the study, the fact that their freedom to skip any question or to refuse their participation would not affect their right to receive the services they were expecting. All was explained to each one individually, interviewers received training which included interview techniques and detailed discussions regarding ethical issues. The questionnaire for the survey gathered information on age and sex, and included the revised CES-D scale with 35 items, and the 30 questions listed in the Geriatric Depression Scale. Double, independent data entry was performed using EpiData software. The data were then translated into SPSS format, using the scale's algorithm that was developed by Eaton and colleagues (1988). This algorithm assesses the presence of symptoms according to DSM-IV criteria and sorts respondents into the following groups: "Having significant clinical symptoms of major depressive episode", "probable major depressive episode", "possible major depressive episode", "sub-threshold depression", and "no-symptoms depression with clinical significance". Further analyses were performed using STATA 7.0 version to assess reliability and validity of revised scale.

Results. A total of 288 patients were actually interviewed, 191 of whom were females and 97 males. The age range of the sample was 60-92 years with a mean age of 73 years for males and 70 for females. Duration of the interviews was 21 minutes on the average; most of the interviews were completed within 13 and 30 minutes.

In regard to reliability of the revised CES-D, Chronbach's alpha was 0.90, with similar coefficients by groups of age, sex, and by interviewer. Item-total correlation varied between 0.11 and 0.74, with 0.50 as the mean correlation. Factor analysis with main components, indicated a one-factor solution that accounted for 25% of the variance.

In order to compare results from the revised version versus

¹ Universidad Iberoamericana, Depto. de Psicología. México, D.F.

² División de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Coordinación de Investigación Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

³ Depto. de Investigaciones en Servicios de Salud. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México, D.F.

⁴ Morgan State University: Public Health Program, Drug Abuse Research Program. Baltimore, Maryland, EUA.

Correspondencia: Dr. Fernando A. Wagner Echeagaray. Depto. de Investigaciones en Servicios de Salud. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, 14370 México D.F. Tel. (525)6-55-28-11 ext. 318. Fax (525) 5-13-34-46, email: fwagner@imp.edu.mx

Primera versión: 20 de marzo de 2002. Segunda versión: 2 de octubre de 2002. Aceptado: 27 de noviembre de 2002.

the original CES-D scale, a threshold to identify possible cases of depression was defined using the mean plus one standard deviation. The comparison indicated good to very good concordance between both scales ($\kappa = 0.79$). However, it is important to consider that the revised CES-D includes the original scale plus 15 added items, and this might contribute to the concordance between the two scales. It is interesting to point out that 14 patients who were not classified as possible cases by the original CES-D scale were identified as such by the revised scale. On the other hand, the original scale identified eight patients as possible cases who were not classified as such by the revised scale.

In this sample, based upon the revised version of the CES-D scale, four out of ten male or female patients reported depression symptoms. However, important differences by sex were found with respect to the proportion of patients gathered by groups of symptom severity. Among the female patients, 9% and 13% were classified as either having "probable major depressive episode" or with "significant clinical symptoms of major depressive episode". In contrast, male patients were more frequently classified as having sub-threshold depression (18%) or with a possible major depressive episode (6%).

Discussion. The most important findings of this paper can be summarized as follows. A revision of the original CES-D scale is offered. The revised version of the CES-D reported in this paper has good to excellent internal consistency when administered through face-to-face interviews by trained personnel. The revised scale has adequate validity, suggesting that a functional instrument can be developed to be used in large community surveys, and also as an aid for clinically oriented work. The data gathered in our survey indicates that two out of three patients seeking primary health care do not present depression symptoms that might have clinical significance, whereas one out of eight elderly women might be undergoing a major depressive episode.

Several important limitations of the present study need to be acknowledged. First, the sample was not drawn by random procedures and might not be representative of all elderly patients seeking health care in this family practice unit. Another important limitation is the lack of a clinical appraisal to confirm or refute results from the CES-D. Yet, another limitation is the relatively small sample size of this study, which prevents us from performing further statistical analyses.

In spite of important limitations such as these, our study offers important results. First, the internal consistency of the revised scale across interviewers and groups of age and sex suggests that this new version is at least as reliable as the original CES-D, and these results are consistent with findings reported by Eaton and colleagues in their study done in the US. The study also offers some evidence on the validity of the revised scale, at least in terms of content and construct validity. However, further studies are needed before more solid evidence is available. Directions for future work in this area include studies with clinical assessment depression symptoms to allow for comparison with results from the revised CES-D scale, as well as the need to obtain bigger and more heterogeneous samples to attempt replication of the preliminary findings reported here.

Concepts and reference systems evolve with science and practice. The original CES-D was designed in the early 1970s and it was already out of date with respect to major classification systems such as the DSM-IV. The revised version of the CES-D conforms to DSM-IV criteria for major depressive episode, and as such might be useful both in clinical settings and in epidemiologic studies.

Key words: Depression, screening, aging, Mexico, CES-D.

RESUMEN

Introducción. La depresión constituye una de las principales causas de pérdida de un año saludable de vida. A pesar de ello, en la mayor parte de los casos, tanto la comunidad como diversos niveles del sistema de atención a la salud, la pasan por alto, circunstancia que provoca serias consecuencias tanto de orden social como en el área de la salud pública. Por ello, el contar con instrumentos adecuados para detectar la sintomatología depresiva es de suma importancia para la atención de este problema. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) es uno de los instrumentos más utilizados, pero se creó mucho antes de que se desarrollaran los sistemas contemporáneos de clasificación para los trastornos psiquiátricos y por ello, su contenido no concordaba cabalmente con las definiciones actuales. De ahí que, para obtener el máximo beneficio de dicha escala, hacía falta revisar su estructura y contenido. El presente estudio constituye un primer esfuerzo en ese sentido, que tiene por objeto generar una versión revisada del CES-D, confiable, válida, y cuya aplicación resulte factible en el contexto de estudios a gran escala.

Métodos. La presente revisión se basa en un trabajo previo, realizado por Eaton y colegas en 1998. Para llevar a cabo dicha revisión del CES-D en México, fue necesario traducir el instrumento, armonizar los reactivos en función del constructo a medir y adaptar el mismo para emplearlo en una investigación de campo. A partir de esto, se realizó una encuesta para obtener una primera estimación de la prevalencia de la sintomatología depresiva. La población del estudio constó de aproximadamente 300 pacientes mayores de 60 años, que acudían en busca de servicios de medicina familiar a una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para el levantamiento de la encuesta, que se desarrolló a lo largo de dos meses, se hizo una visita semanal a la clínica, entre las 13 y las 19 horas. Los datos se recabaron en entrevistas cara a cara, previo consentimiento informado de los pacientes.

Resultados. El rango de edad de los participantes en la encuesta fue de entre 60 y 92 años, con media de 73 años para hombres y de 70 para mujeres. En promedio, la realización de cada entrevista completa tomó entre 13 y 30 minutos, con un promedio de 21 minutos por entrevista para completar el cuestionario en el que se incluyeron todas las secciones. En cuanto a confiabilidad, la escala se puede considerar muy buena con un α de Cronbach de 0.90, sin variaciones que hagan dudar sobre la consistencia interna de la misma entre hombres y mujeres o grupos de edad. De acuerdo con las respuestas obtenidas, se estima que cuatro de cada diez entrevistados manifestaron síntomas depresivos. Se encontró que el porcentaje de mujeres clasificadas dentro de probable episodio, o con síntomas clínicos indicadores de un episodio de depresión mayor era más alto (9% y 13%, respectivamente, del total de mujeres entrevistadas). En cambio, se agrupó a los hombres, más frecuentemente, por categorías de síntomas importantes aunque por debajo del umbral del DSM-IV, o con posible episodio (18% y 6%, respectivamente, del total de hombres entrevistados).

Discusión. Ante la evolución de los conceptos y criterios clínicos actuales derivados de la escala original del CES-D, ésta requería ya una actualización. Pese a las limitaciones que provienen del carácter inicial del presente estudio, la cohesión interna por grupos de edad y sexo y sus combinaciones, sugieren que la pre-

sente versión revisada es tan confiable como la versión original del CES-D y como la revisión de Eaton y colegas. Sin embargo, es preciso comprobar, en poblaciones similares, la validez de los hallazgos documentados en este artículo. Asimismo es necesario poner a prueba las cualidades psicométricas de la nueva versión en otras poblaciones, y sopesar el desarrollo fundamental de las valoraciones clínicas que ayuden a calibrar mejor las escalas y sub-escalas y que ofrezcan mayor información sobre la validez de la escala revisada.

Palabras clave: Depresión, tamizaje, envejecimiento, México, CES-D.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, la depresión es una enfermedad que padecen millones de personas en todo el mundo. De hecho, ha llegado a constituir una de las principales causas de pérdida de un año saludable de vida, tal como se menciona en un informe publicado por el Banco Mundial (16). En México, las mejores estimaciones disponibles al respecto señalan que 12% de la población de entre 18 y 65 años de edad, habitante del Distrito Federal, ha presentado en algún momento de la vida un trastorno depresivo (7). Lo mismo ocurre con alrededor de 40% de los derechohabientes de 60 años o más, del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quien se les dio seguimiento longitudinal (19).

A pesar de que no menos de la cuarta parte de los pacientes que acuden a los servicios médicos de primer nivel en México y en el resto del mundo, presenta síntomas de depresión mayor -y de que ésta es una de las enfermedades más debilitantes entre los ancianos-, en la mayoría de los casos se pasa por alto la sintomatología depresiva (6, 11-13). Las fallas en cuanto a su detección oportuna y atención adecuada, ocasionan serias consecuencias a la salud pública, como sufrimiento innecesario, discapacidad, necesidad de cuidados por parte de terceros, y otros padecimientos derivados (24). Por ello, el contar con instrumentos adecuados para la detección de la sintomatología depresiva puede ser un paso importante para su tratamiento.

Los estudios epidemiológicos se realizan muy frecuentemente siguiendo una estructura polietápica, de manera que en un principio se recogen datos que permiten identificar posibles casos, de los que a su vez se puede obtener información más detallada en un momento ulterior y con instrumentos más especializados y extensos. Existen diversos instrumentos de este tipo para el tamizaje de la sintomatología depresiva, entre los que destaca la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D, por sus siglas en inglés).

La CES-D fue creada en la década de 1970 y desde entonces constituye uno de los instrumentos más frecuentemente utilizados. Al elaborarla se buscaba comprender los aspectos más importantes de la depresión señalados en la bibliografía, con especial énfasis en los componentes afectivos. Las preguntas se tomaron de diversos instrumentos, entre ellos el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung, y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (18). La escala, originalmente diseñada como un instrumento de "lápiz y papel" consta de 20 reactivos y es auto-administrable; sin embargo, puede señalarse que a lo largo de los años el CES-D ha conservado su vigencia. Se ha traducido a varios idiomas, y se sigue aplicando para entrevistas cara a cara y telefónicas, o por medio de tecnología computarizada.

Ahora bien, más allá de la importancia innegable del CES-D, existe un problema relevante para la mayor parte de los instrumentos de tamizaje actualmente disponibles y es que éstos se crearon antes que se divulgaran los criterios diagnósticos actualmente aceptados en el ámbito nacional e internacional, tales como la 10a. Clasificación Mundial de las Enfermedades (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) en su cuarta revisión (1, 27). Por lo tanto, dichos instrumentos no valoran sistemáticamente la presencia de los signos y síntomas en todos los criterios. Así, por ejemplo, el CES-D cuenta con seis reactivos para valorar la presencia de disforia, pero con uno sólo para evaluar la presencia y frecuencia de síntomas en cada uno de los siguientes criterios: problemas de peso, sueño, autoestima y concentración. Ocho reactivos no corresponden directamente a ningún criterio de la sección A del DSM-IV; además, el retardo psicomotor, la agitación y la ideación suicida del DSM-IV *no* se valoran en ningún reactivo del CES-D original. Otra característica importante del CES-D es que los reactivos sirven para indagar la frecuencia de los síntomas *en la última semana*, en tanto que el DSM-IV registra los síntomas depresivos de cada día o de casi todos los días, *durante un periodo de al menos dos semanas*.

Un grupo interinstitucional de investigadores mexicanos está iniciando un estudio en gran escala para explorar diversos aspectos de la depresión en población de edad avanzada, en el primer nivel de servicios de salud. Entre sus objetivos, uno de los principales es estimar la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos en esta población, y comprobar mediante hipótesis específicas la relación que tienen diversos factores biogenéticos y psicosociales con la depresión y la demencia. Una de las primeras etapas del proceso de investigación incluye la preparación de instrumentos de medición. El presente trabajo, dentro de ese

proyecto de investigación, es parte de un esfuerzo mayor que busca obtener instrumentos de medición válidos para el tamizaje de la población de 60 años y más, que recibe servicios de salud.

Con miras para realizar esta investigación, se tomó como referencia la revisión del CES-D que se hizo en el *Johns Hopkins University Prevention Research Center* en los Estados Unidos. El proceso de revisión incluyó una etapa de trabajo cualitativo, seguida por la conducción de entrevistas en una primera fase en la comunidad y en una clínica que atendía a esa población, para lo que se seleccionó a pacientes que, en opinión de sus médicos, pasaban por un episodio de depresión mayor. Posteriormente se hizo una encuesta telefónica a residentes de zonas rurales, con el fin de comparar los resultados. Los investigadores encontraron que la versión revisada resulta útil para identificar áreas problemáticas entre pacientes que acuden al primer nivel de atención a la salud y que merecerían una investigación más profunda por parte del médico general o el especialista (8). El proceso de revisión de la escala aún no ha concluido; sin embargo, cabe destacar que los avances hasta ahora logrados incluyen el establecimiento de puntos de corte tentativos, la creación de algoritmos para calificar el puntaje de la escala revisada, y un algoritmo especial que permite comparar los resultados de la nueva versión con respecto a la versión original del CES-D.

Considerando que el CES-D es un instrumento para la valoración de sintomatología depresiva, frecuentemente utilizado en México, se juzgó que era necesario iniciar el proceso de revisión de la escala para valorar su posible utilidad en el contexto mexicano. El presente informe contiene datos sobre los primeros esfuerzos realizados en este sentido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para llevar a cabo una revisión del CES-D en México, fue necesario traducir el instrumento, armonizar los reactivos en función del constructo a medir y preparar el mismo para una investigación de campo. A partir de ello, se realizó una encuesta para obtener una primera estimación de la prevalencia de sintomatología depresiva.

La población del estudio estuvo constituida por aproximadamente 300 pacientes mayores de 60 años, que acudían en busca de servicios de medicina familiar a una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social. La muestra se escogió por conveniencia dada la imposibilidad de contar por adelantado con un padrón de los pacientes que visitaban cada consultorio (ver más adelante). Sin embargo, la selección de los sujetos

se hizo independientemente de factores tales como sexo, edad y apariencia de los sujetos. Cuando el número de pacientes a entrevistar rebasaba la capacidad del equipo de trabajo, se seleccionaba a uno de cada tres pacientes, con un número de arranque aleatorio. Antes de recabar los datos para la investigación se obtuvo consentimiento informado de dichos pacientes, a quienes se les leyó una carta en la que se les explicaba la naturaleza de la investigación, su derecho a aceptar participar o no en la misma y el hecho de que tal participación no tendría ninguna consecuencia en relación con los servicios que se fueran a recibir.

Instrumentos

Se empleó un cuestionario con tres secciones para este estudio. La primera sección contiene datos demográficos y de identificación tales como edad, sexo, día y hora de la entrevista y, asimismo, clave de la entrevistadora. La segunda sección contiene la versión revisada del CES-D que se describe más adelante. En la tercera sección se incluye la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) desarrollada por Yesave y colaboradores (29).

El proceso de revisión del CES-D se llevó a cabo de la siguiente manera: la traducción de los reactivos se hizo en grupo, y en ella participaron profesionales de la psicología y la epidemiología. Para los reactivos originales del CES-D se retomaron las traducciones ya enunciadas en México (3, 15, 20). Los nuevos reactivos se tradujeron conforme al estilo general de las traducciones al español aceptadas en la escala original (p. ej., tiempo y persona en cada pregunta). La armonización de los reactivos incluyó traducción, análisis de la posible correlación entre reactivos y criterios diagnósticos, e igualmente la introducción de ajustes para mejorar la correlación antes mencionada, entre reactivos y criterios diagnósticos. Posteriormente, se comparó esta clasificación con la que presentaron los investigadores de EU, en su revisión, misma que no le había sido presentada al grupo con anterioridad (v.gr., sólo FAW la conocía). El cuestionario final y el mapa para valorar la validez del constructo se presentan en los cuadros 1 y 2, respectivamente.

El segundo instrumento utilizado en la investigación es la Escala de Depresión Geriátrica (29). Dicha escala contiene 30 reactivos y se ha usado frecuentemente para medir depresión, en poblaciones de la tercera edad en México, particularmente en las instituciones de donde provienen los pacientes. La escala GDS se incluyó en el cuestionario a fin de ofrecer un punto de comparación para analizar la validez de la versión revisada del CES-D, en etapas posteriores del proyecto. Ahora bien, el límite estadístico de la validez de una medición es su confiabilidad, y el de la utilidad de un

CUADRO 1

Versión revisada del CES-D utilizada en el presente estudio. Las preguntas en negritas corresponden a innovaciones introducidas al instrumento

A continuación leeré una lista de cosas que probablemente usted haya sentido o tenido. Por favor, diga durante cuántos días en la semana pasada se sintió así, o si le ocurrió casi diario en las últimas dos semanas	En la semana anterior				Últimas dos semanas
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (2 a 3 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
Durante cuántos días...					
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarse la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener su mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Se sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Se sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada le hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que se movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Se sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerse daño	0	1	2	3	4
16. Se sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto consigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdió peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Le costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarse en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Se molestó por cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sintió que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Se sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensó que su vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Se sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Se sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Habló menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Se sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfrutó de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Se divirtió mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darse por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

CUADRO 2
Criterios del DSM-IV y reactivos del CES-DR que corresponden (los reactivos nuevos aparecen en negritas)

<i>Dimensión del DSM-IV</i>	<i>Reactivos del CES-D que corresponden a este criterio</i>
Estado de ánimo deprimido (disforia)	2, 4, 6, 21, 24, 26, 27, 32, 34
Disminución de placer (anhedonia)	8, 10, 31, 33
Cambio drástico de peso (apetito)	1, 18
Problemas con sueño	5, 11, 19
Agitación / retardo psicomotor	12, 13
Fatiga	7, 16, 23
Culpa excesiva o inapropiada	9, 17, 22, 25
Pensamiento	3, 20
Ideación suicida	14, 15
Amigos, ocupación familia (social)	28, 29, 30, 35

*Las dimensiones Social y Ansiedad se agregaron aunque no son parte de los criterios Diagnósticos del DSM-IV.

instrumento su factibilidad. Por lo tanto, el presente artículo sobre la revisión del CES-D se centra en la factibilidad y confiabilidad del instrumento y ofrece sólo algunos indicios de su validez.

Antes del levantamiento de datos, las entrevistadoras recibieron entrenamiento tanto para el manejo general de las entrevistas como, de manera específica, para el estudio. El entrenamiento incluyó tanto elementos técnicos como discusión de aspectos éticos de la entrevista.

El levantamiento de la encuesta se desarrolló a lo largo de dos meses, con asistencia de los interesados a la clínica, una vez por semana, entre las 13 y las 19 horas. La propuesta de trabajo se sometió a la aprobación de los directivos de la clínica. En la primera visita para trabajo de campo, el grupo de siete entrevistadoras y un supervisor habló con el director, los jefes de servicio médico, las enfermeras y las trabajadoras sociales en turno, a quienes les explicó el trabajo que se iba a realizar. A cada entrevistadora se le asignó un bloque de tres consultorios. Al inicio de cada visita, la entrevistadora se presentaba ante la enfermera asignada al consultorio correspondiente, y solicitaba la lista de pacientes citados, a fin de identificar a los posibles participantes en el estudio. Ya que los pacientes pueden también acudir a recibir servicios, aun sin previa cita, entre las 14 y las 16 horas en el turno vespertino, muchos optaban por esto último.

Para la captura de datos en formato electrónico se utilizó el programa EpiData, versión 2.0 (14). Este permite la creación de programas de captura con revisión automática de rangos válidos y consistencia interna de observaciones, así como de programas para control de posibles errores al comparar bases capturadas por duplicado. Ambas capacidades se usaron en la captura de datos para este estudio. La base de datos fue importada a SPSS, versión 10.0 (22), programa para el cual se diseñó el algoritmo para obtención de resultados.

El algoritmo valora la presencia y frecuencia de los síntomas respecto a cada criterio del DSM-IV y con

base en ello clasifica los puntajes dentro de una de las siguientes categorías: “*Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor*”; “*Probable episodio de depresión mayor*”; “*Posible episodio de depresión mayor*”; “*Episodio depresivo sub-umbral*” y, finalmente, “*Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor*”. Los criterios de cada categoría aparecen en el cuadro 3.

Para la realización de los análisis, la base de datos original y las variables generadas por el algoritmo se tradujeron al programa STATA, versión 7.0 (23).

RESULTADOS

En total, se entrevistó a 288 personas. La muestra del estudio constó de 97 hombres y 191 mujeres. Sin embargo, en nueve casos (seis hombres y tres mujeres) las entrevistas no incluyeron todos los datos necesarios para la evaluación cabal del CES-D. El rango de edad de los participantes en la encuesta fue de entre 60 y 92 años, con media de 73 años para hombres y de 70 para mujeres. La distribución de la muestra por grupos de edad y sexo se presenta en el cuadro 4.

En promedio, cada entrevista completa duró entre 13 y 30 minutos, con un promedio de 21 minutos por entrevista para el cuestionario completo (incluyendo todas las secciones). En cuanto a la confiabilidad de la escala, se puede considerar muy buena con un alpha de Cronbach de 0.90, similar al de 0.93 indicado por Eaton y colaboradores. La correlación ítem-total varió en un rango de entre 0.11 y 0.74, promedio de 0.50, mientras que la covarianza ítem ítem fluctuó entre 0.33 y 0.37, con un rango muy estrecho. Dado el alto nivel de correlación, el hecho de no excluir ningún reactivo parece mejorar sustancialmente la confiabilidad general del instrumento. Por otro lado, los coeficientes de consistencia interna por sexo de la persona entrevistada fueron de 0.86 para hombres y 0.92 para mujeres; no se apreciaron diferencias sustanciales por grupos de edad (alpha= 0.91 en pacientes entre 60 y 69 años, y 0.90 entre pacientes de 70 años o más), ni por entre-

CUADRO 3
Categorías y criterios para el algoritmo de clasificación de respuestas en la versión revisada del CES-D

<i>Categoría</i>	<i>Criterios</i>
Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	Presencia de síntomas en al menos cinco criterios, incluyendo necesariamente la presencia de síntomas de anhedonia o disforia durante al menos dos semanas
Probable episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo 4 síntomas (uno menos que el criterio del DSM-IV)
Posible episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo 3 síntomas (dos menos que el criterio del DSM-IV)
Episodio depresivo sub-umbral	Con resultado de 16 o más puntos en la escala revisada y sin estar en alguna de las categorías anteriores
Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	Incluyendo a quienes tuvieron un resultado menor a 16 puntos en la escala revisada

CUADRO 4
Características demográficas de la muestra

	<i>Característica</i>	<i>Participantes</i>	<i>%</i>
Edad	60 - 64 años	66	22.9
	65 - 69	74	25.8
	70 - 74	60	20.8
	75 - 79	43	14.9
	80 y más	45	15.6
Sexo	Hombres	97	33.7
	Mujeres	191	66.3
Edad y sexo	Hombres 60 -69 años	36	12.5
	Hombres 70 y más	61	21.2
	Mujeres 60 -69 años	104	36.1
	Mujeres 70 y más	87	30.2

vistadora, tal como se puede apreciar en el cuadro 5.

Una vez establecida la confiabilidad de los datos se realizó un análisis factorial del que se obtuvo un factor general que explica 25% de la varianza. Los reactivos con mayor coeficiente de carga (con lambdas de alrededor de 0.76) fueron “No podía quitarme la tristeza”, “Me sentía deprimido”, “Me sentía triste” y “Nada me hacía feliz” y corresponden al criterio de presencia de anhedonia en las últimas dos semanas.

Como se describió anteriormente, el algoritmo creado para la versión revisada permite obtener unas cifras calibradas comparables con el puntaje de la versión original. El Cuadro 6 muestra que el puntaje promedio obtenido en la versión revisada es menor a la media obtenida empleando la versión original en todos los grupos de edad y sexo. Sin embargo, cabe recordar que la versión revisada no sólo considera las preguntas originales del CES-D, sino también la presencia y frecuencia de otros síntomas. De hecho, si se aplica un punto de corte en ambas escalas concordante con la media estadística, más una desviación estándar, y se crean categorías de “posible caso” y “posible no caso de depresión”, la comparación de clasificaciones así obtenidas indica un alto porcentaje de concordancia (93%), con un índice kappa de 0.79 (estos datos no se documentan en ningún cuadro, pero se hallan disponibles para consulta). Cabe señalar que 14 personas no clasificadas como posibles casos en la escala original, fueron clasificadas como casos en la escala revisada, mientras que ocho personas clasificadas como casos por la escala original fueron clasificados como posibles no casos en la escala revisada.

CUADRO 5
Duración de la entrevista en minutos y coeficiente de consistencia interna por entrevistadora

<i>Entrevistadora</i>	<i>Duración de la entrevista (min.)</i>		<i>Coefficiente Alpha</i>	<i>Total de entrevistas</i>
	<i>Promedio</i>	<i>Intervalo de confianza a 95%</i>		
1	16.1	12.3 - 20.0	0.91	47
2	16.3	12.0 - 20.5	0.88	30
3	17.3	13.4 - 21.3	0.92	52
4	18.4	14.0 - 22.7	0.91	41
5	23.7	18.3 - 29.1	0.86	29
6	24.7	19.4 - 30.0	0.90	37
7	30.2	24.4 - 36.0	0.85	51
Promedio general	20.9	19.1 - 22.8	0.90	288

CUADRO 6
Puntaje promedio en el CES-D en la versión original y en la revisada, por grupos de edad, sexo, y combinaciones de grupos de edad y sexo

Característica		CES-D original		CES-D revisado	
		Media	d.e.	Media	d.e.
Edad	60 - 69 años	17.2	11.7	14.0	12.4
	70 y más	16.0	11.4	12.7	11.1
Sexo	Hombres	14.2	9.4	11.8	9.9
	Mujeres	17.7	12.3	14.1	12.5
Edad y sexo	Hombres 60 -69 años	15.0	9.8	12.0	11.2
	Hombres 70 y más	13.7	9.2	11.6	9.0
	Mujeres 60 -69 años	17.9	12.3	14.7	12.8
	Mujeres 70 y más	17.4	12.4	13.3	12.2

Los resultados de la prevalencia de depresión según el CES-D, versión revisada, se presentan en el cuadro 7. De acuerdo con las respuestas obtenidas, se estima que cuatro de cada diez personas entrevistadas manifestaron presencia de síntomas depresivos. La proporción no difiere de manera importante entre hombres y mujeres; sin embargo, las diferencias parecen manifestarse más claramente cuando se considera las diversas categorías, pues existe un mayor porcentaje de mujeres dentro de la clasificación de probable episodio o con síntomas clínicos de estar pasando por un episodio de depresión mayor (9% y 13%, respectivamente, del total de mujeres entrevistadas). A los hombres, en cambio, se les agrupó con mayor frecuencia dentro de las categorías de síntomas importantes, pero por debajo del umbral del DSM-IV, o con posible episodio (18% y 6%, respectivamente, del total de hombres entrevistados). Por otro lado, es interesante observar que una proporción menor de hombres de 60 a 69 años se halla libre de síntomas depresivos o los presenta escasamente, en comparación con los de 70 años o más (64% vs. 69%), especialmente si se les compara con las mujeres, en quienes se observa una relación inversa.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos del presente estudio pueden resumirse de la siguiente manera. El CES-D-R presenta una congruencia interna alta, cuando lo aplica en entrevistas el personal previamente capacitado; la validez de la versión revisada, asimismo, es aceptable, y sugiere que esta nueva versión puede llegar a traducirse como un instrumento funcional y de rápida aplicación para este grupo de la población. Con base en esta nueva versión, se estimó que 2% de los hombres y 13% de las mujeres en esta muestra presentaban los síntomas requeridos para el diagnóstico de episodio de depresión mayor, según el DSM-IV. Por otro lado, aproximadamente dos de cada tres pacientes no presentaron ningún síntoma de depresión que pudiese tener relevancia clínica.

Antes de proceder a discutir estos hallazgos, es importante considerar las siguientes limitaciones. En primer lugar, la muestra fue escogida por conveniencia, por lo que no necesariamente representa a toda la población que acude a consulta. Sin embargo, en la selección de participantes se intentó evitar que algún factor

CUADRO 7
Prevalencia de depresión en la muestra según la versión revisada del CES-D

Característica		Sin síntomas clínicos (n=177)	Síntomas sub-umbral de episodio (n=40)	Posible episodio de depresión mayor (n=12)	Probable episodio de depresión mayor (n=24)	Con síntomas clínicos de episodio (n=26)
Edad	60 - 69 años	60.1	15.2	5.8	8.0	10.9
	70 y más	66.7	13.5	2.8	9.2	7.8
Sexo	Hombres	67.0	17.6	5.5	7.7	2.2
	Mujeres	61.7	12.8	3.7	9.0	12.8
Edad y sexo	Hombres 60 -69 años	63.9	13.9	8.3	8.3	5.6
	Hombres 70 y más	69.1	20.0	3.6	7.3	0.0
	Mujeres 60 -69 años	58.8	15.7	4.9	7.8	12.8
	Mujeres 70 y más	65.1	9.3	2.3	10.5	12.8

en particular afectara dicha selección de participantes más allá de la capacidad de realizar las entrevistas en las horas de mayor afluencia. Por otro lado, no se contó con una entrevista clínica que permitiera corroborar más profundamente la presencia o ausencia de síntomas entre los entrevistados. Ello queda pendiente para una etapa ulterior de desarrollo de esta revisión.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, los resultados que se presentan en este artículo pueden considerarse como muy satisfactorios. En primer lugar, la congruencia interna por grupos de edad y sexo y sus combinaciones, sugiere que la presente versión revisada es tan confiable como la versión original del CES-D y como la revisión de Eaton y colegas (8); si bien, obtener datos de una muestra mayor y más heterogénea, podría resultar de gran utilidad para confirmar estas primeras observaciones.

Ante la evolución de los conceptos y criterios clínicos que de la escala original del CES-D se derivaron, ésta ya necesitaba una actualización. En este sentido, la presente versión representa un avance dada su compatibilidad con los criterios diagnósticos aceptados en México y en otros países. Los reactivos, traducidos de estudios previos, fueron verificados con el objeto de que se ajustaran adecuadamente a los criterios clínicos requeridos (validez de contenido), y de que fueran aptos para la población mexicana. El análisis factorial exploró la estructura del instrumento y generó información compatible con la idea de que las preguntas funcionan como una sola escala, similar a la estructura factorial obtenida en los estudios de Eaton y colaboradores (8), lo que aporta pruebas a favor de la validez (de constructo) de la escala. La ausencia de entrevistas clínicas que exploraran con mayor detalle la presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas, impidió establecer en este estudio el grado en que la versión revisada del CES-D tiene validez de criterio. Sin embargo, algunos de los resultados obtenidos pueden tomarse como indicadores de validez concurrente, por ejemplo, el hecho de que exista menor prevalencia de síntomas depresivos en hombres (4, 28) y que los hombres de mayor edad tiendan a expresar menos síntomas depresivos que los más jóvenes (9). En la misma línea de evidencia sobre la posible validez de la presente versión del CES-D es posible entender la concordancia de 93% con la versión original; si bien un alto grado de acuerdo era previsible dado que la escala revisada incluye los reactivos de la escala original. Las diferencias observadas entre la versión revisada y la escala original quizás se deban a un proceso más completo de clasificación que ahora requiere la existencia de síntomas en al menos cinco grupos de los síntomas enumerados, presentes diaria o casi diariamente durante los últimos 15 días. En efecto, la

inclusión de nuevos reactivos ha hecho necesario desarrollar un nuevo algoritmo que ahora permite la clasificación de respuestas en cinco grupos, tomando en cuenta la presencia de síntomas, sus combinaciones y su frecuencia durante las últimas dos semanas. Esta nueva posibilidad resulta particularmente valiosa a la luz de numerosas investigaciones que permiten apreciar la importancia de los síntomas depresivos, más allá de que éstos sean suficientes o no para merecer un criterio diagnóstico clínico (10, 17, 21).

A pesar de que los hallazgos del presente estudio son satisfactorios, hace falta recorrer todavía un largo camino antes de contar con un instrumento que pueda funcionar tan productivamente como lo hizo la escala original del CES-D. Las líneas para el desarrollo de futuras investigaciones incluyen intentar reproducir los hallazgos documentados en este artículo, en poblaciones similares y probar las cualidades psicométricas de la nueva versión en otras poblaciones: de jóvenes, adultos, y/o pertenecientes a diversos estratos socioeconómicos y educativos. Por último es obvio que hacen falta otros estudios con valoraciones clínicas que ayuden a calibrar mejor el nuevo algoritmo y que, en general, ofrezcan mayor información sobre la validez de la escala revisada.

Si provisionalmente se acepta el presente algoritmo como válido, las entrevistas realizadas en aproximadamente 300 pacientes de edad avanzada indican que una de cada ocho mujeres de las que acudieron en busca de servicios de medicina familiar, presentó síntomas suficientes para emitir un diagnóstico de episodio de depresión mayor, Asimismo, una de cada diez podría estar presentando un episodio semejante, pero los datos para su diagnóstico no serían lo suficientemente claros. Uno de cada ocho hombres de entre 60 y 69 años de edad y uno de cada cinco de 70 o más años, podría presentar síntomas importantes pero por debajo del umbral, que, sin embargo, podrían tener repercusiones igualmente graves. Como quiera que sea, estos datos pondrían de manifiesto una gran necesidad de atención médica y la urgencia de realizar estudios poblacionales que permitan obtener mediciones cada vez más exactas, lo que, a su vez, coadyuvarían en la elaboración de políticas de salud cada vez más adecuadas.

Agradecimientos

Agradecemos profundamente la colaboración del personal directivo de la Unidad de Medicina Familiar # 28 del IMSS, de su personal médico y paramédico, y de manera especial la de los pacientes que participaron en el estudio.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a los doctores WW Eaton, C Mutaner, C Smith y A Tien, quienes ofrecieron documentación, programas de cómputo y experiencias muy valio-

sas en relación con el trabajo original de revisión de la escala del CES-D. Agradecemos al Dr. JJ Gallo sus diversos comentarios y sugerencias que enriquecieron tanto el diseño como el análisis de datos del presente estudio.

Por último, agradecemos a los doctores Jorge Caraveo y Luis Miguel Gutiérrez, médicos especialistas en psiquiatría y geriatría, sus útiles y certeros comentarios.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición. Washington, 1993.
2. ANTHONY JC, FOLSTEIN M, ROMANOSKI AJ, VON KORFF MR, NESTADT GR y cols.: Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in Eastern Baltimore. *Arch Gen Psychiatry*, 42:667-675, 1985.
3. BENJET C, GUZMAN L, QUINTANILLA G, ROQUE A, LEON R: Validez y confiabilidad de la escala CES-D en pre-púberes. *Rev Mexi Psicología*, 16:175-185, 1999.
4. BURVILL PW: Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev*, 17:21-31, 1995.
5. CARAVEO AJ, GONZALEZ FC, RAMOS LL: Necesidades y demandas de atención en los servicios de salud mental. *Salud Publica Mex*, 28:504-514, 1986.
6. CARAVEO-ANDUAGA MC, MAS-CONDES C: Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Publica Mex*, 32:523-531, 1990.
7. CARAVEO-ANDUAGA J, COLMENARES E, SALDIVAR G: Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22:7-17, 1999.
8. EATON W, MUNTANER C, SMITH C: *Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale*. Johns Hopkins University. Prevention Center, Baltimore, 1998.
9. GALLO JJ, RAVINS PV, ANTHONY JC: Sadness in older persons: a 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*, 29:341-350, 1999.
10. GALLO JJ, COYNE JC: The challenge of depression in late life. Bridging science and service in primary care. *JAMA*, 284:1570-1572, 2000.
11. GATER R, ALMEIDA E, SOUSA D, BARRIENTOS G, CARAVEO J, CHANDRASHEKAR CR, DHADPHALE M y cols.: The pathways to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychol Med*, 21:761-774, 1991.
12. GOLDBERG D, HUXLEY P: *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock Publications, Londres, 1980.
13. GOLDBERG D, HUXLEY P: *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model*. Tavistock/Routledge, Londres, 1992.
14. LAURITSEN JM, BRUUS M, MYATT M: EpiData. Version 2.0. <http://www.epidata.dk>, 2000.
15. MARINO MC, MEDINA-MORA ME, CHAPARRO JJ, GONZALEZ-FORTEZA C: Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Rev Mex Psicología*, 10:141-145, 1993.
16. MURRAY CJL, LOPEZ AD (eds.): *The Global Burden of Disease. Summary*. Harvard University Press, Cambridge, 1996.
17. ORMEL J, VONKORFF M, UTSUN TB, PINIS, KORTEN A, OLDEHINKEL T: Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272:1741-1748, 1994.
18. RADLOFF LS: The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement*, 1:385-401, 1997.
19. REYES S: *Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health Policy and Economic Implications*. IMSS-Fundación Mexicana para la Salud, México, 2001.
20. SALGADO N: Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en Mujeres Mexicanas Adultas en Areas Rurales. *Salud Pública México*, 36:200-209, 1994.
21. SARTORIUS N, ÜSTÜN TB, LECRUBIER Y, WITTCHEN HU: Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry*, 168(supl 30):38-43, 1996.
22. SPSS INC: SPSS para Windows. Versión 10.0. Syntax Reference Guide. Illinois, 1999.
23. STATA CORPORATION: Stata Statistical Software. Release 7.0. Reference Manual. Stata Press, Texas, 2001.
24. WAGNER F, GALLO J, DELVA J: Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública México*, 41:189-202, 1999.
25. WALLACE J, O'HARA MW: Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: results from a cross-sectional and longitudinal study. *J Abnor Psychol*, 101:398-404, 1992.
26. WITTCHEN HU, ÜSTÜN TB, KESSLER RC: Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychol Med*, 29:1021-1027, 1999.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. CH-1211, Ginebra, 1992.
28. WU LT, ANTHONY JC: The estimated rate of depressed mood in US adults: recent evidence for a peak in later life. *J Affective Disorders*, 60:159-171, 2000.
29. YESAVAGE JA, BRINK TL, ROSE TL, LUM O, HUANG V, ADEY M, LEIRER VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17:37-49, 1983.