

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI**

TÍTULO

“Validación de la escala Hamilton para depresión de siete ítems (HAMD 7)”

TESIS QUE PRESENTA

DRA. ALEXANDRA MICHIKO KITAZAWA OHTOMO

**PARA OBTENER DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

**ASESOR TEORICO: DR. WASKAR VERDUZCO
ASESOR METODOLOGICO: DR. FELIPE VAZQUEZ ESTUPIÑAN**

**MEXICO DF
2009**

FEBRERO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dra. Diana Graciela Ménez Díaz
Jefe de División en Educación en Salud
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Asesor Metodológico:

M. en C. y Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán.
Profesor Titular del Curso de Psiquiatría.
Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Asesor Teórico:

Dr. Wazkar Verduzco Fragoso
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Psiquiatría "Hector Tovar Acosta" IMSS.

AGRADECIMIENTO

A DIOS:

POR DAME LA FUERZA NECESARIA PARA AFRONTAR Y COMPRENDER AL SER HUMANO, SU COMPORTAMIENTO Y LA VARIEDAD DE SUS ACCIONES, CON LA FINALIDAD DE ENTENDERLO Y AYUDARLE EN ESTE DIFÍCIL CAMINO DE LA VIDA.

A MIS PADRES:

POR DARMÉ SU APOYO, AMOR Y EDUCACIÓN. ESTAR CUANDO NECESITE DE SU PRESENCIA.

A MIS AMIGOS:

POR EL AMOR, APOYO Y TOLERANCIA EN ESTA DIFÍCIL PROFESIÓN QUE DEMANDA DE TANTO TIEMPO

A MIS PROFESORES:

QUE COMPARTIERON CONMIGO SUS EXPERIENCIAS LABORALES Y DE VIDA, QUE HAN CONFIANDO EN MÍ FORMACIÓN COMO PROFESIONAL EN LA SALUD MENTAL

TABLA DE CONTENIDOS

MARCO DE REFERENCIA	3
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN	10
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
HIPÓTESIS	
HIPOTESIS GENERAL	11
HIPÓTESIS ESPECÍFICA	12
MATERIAL Y METODOS	13
TIPO DE ESTUDIO	13
POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	14
INSTRUMENTOS CLINIMETRICOS	16
METODOS DE RECOLECCION DE DATOS	20
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	20
IMPLICACIONES ETICAS	20
ORGANIZACIÓN	21
RECURSOS HUMANOS	21
EVALUACIÓN DE COSTOS	21
ANALISIS ESTADÍSTICO	21
RESULTADOS	23
TABLAS	
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	25
TABLA 2. REMISIÓN Y RESPUESTA ANTIDEPRESIVA POR ESCALAS HAMD-17 Y HAMD-7	25
TABLA 3. REMISION HAMD-7 CON DIFERENTES PUNTOS DE CORTE	26
TABLA 4. PUNTAJES DE ESCALAS INICIAL HAMD-7 Y HAMD-17	26

TABLA 5. PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 4 DE HAMD-7 Y HAMD-17	27
TABLA 6. PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 8 DE HAMD-7 Y HAMD-17	27
TABLA 7. PUNTAJES DE ESCALAS INICIAL DE HAMD-7, HAMD-17 BDI Y PHQ-9	28
TABLA 8. PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 4 DE HAMD-7, HAMD-17, BDI Y PHQ-9	28
TABLA 9. PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 8 DE HAMD-7, HAMD-17, BDI Y PHQ-9	29
TABLA 10. PUNTAJES DE ESCALAS HAMD-7, HAMD-17, BDI Y PHQ-9 AL INICIO, SEMANA 4 Y SEMANA 8	29
TABLA 11. MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS AL INICIO, SEMANA 4 Y SEMANA 8	29
TABLA 12. CLASIFICACION DE CASOS POR SEVERIDAD INICIAL	30
TABLA 13. CLASIFICACION DE CASOS POR SEVERIDAD SEMANA 4	30
TABLA 14. CLASIFICACION DE CASOS POR SEVERIDAD SEMANA 8	30
TABLA 15. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 Y HAMD-17 EN RELACION A LA RESPUESTA	30
TABLA 16. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y HAMD-17 EN RELACION A REMISION	31
TABLA 17. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 Y BDI EN RELACION A LA RESPUESTA	31
TABLA 18. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y BDI EN RELACION A REMISION	31
TABLA 19. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 Y PHQ-9 RELACION A LA RESPUESTA	32
TABLA 20. CONCORDANCIA ENTRE ESCALAS HAMD-7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y PHQ-9 EN RELACION A REMISION	32
 GRAFICAS	
GRAFICA 1. COMPARACION DE SEVERIDAD ENTRE HAMD-17, HAMD-7, BDI Y PHQ-9 AL INICIO	33
GRAFICA 2. COMPARACION DE SEVERIDAD ENTRE HAMD-17, HAMD-7, BDI Y PHQ-9 A LA SEMANA 4	34
GRAFICA 3. COMPARACION DE SEVERIDAD ENTRE HAMD-17, HAMD-7, BDI Y PHQ-9 A LA SEMANA 8	35
GRAFICA 4. CURVA ROC PARA HAMD-17 SEMANA 4 POR RESPUESTA	36
GRAFICA 5. CURVA ROC PARA HAMD-17 SEMANA 4 POR REMISION	37
GRAFICA 6. CURVA ROC PARA HAMD-17 SEMANA 8 POR RESPUESTA	37
GRAFICA 7. CURVA ROC PARA HAMD-17 SEMANA 8 POR REMISION	38
GRAFICA 8. CURVA ROC PARA HAMD-7 SEMANA 8 POR RESPUESTA	38
GRAFICA 9. CURVA ROC PARA HAMD-7 Y HAMD-7 SEMANA 8 POR RESPUESTA	39
GRAFICO 10. CURVA ROC PARA HAMD-7 Y HAMD-17 SEMANA 8	

POR REMISION	39
GRAFICO 11. CURVA ROC PARA HAMD-7 (REMISION 5 PUNTOS) Y HAMD-17 A LA SEMANA 8 POR REMISION	39
DISCUSION	40
CONCLUSION	40
REFERENCIAS	42
ANEXOS	
1. DICTAMEN DE APROBACION DE PROTOCOLO	44
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
3. HOJA DE CAPTURA	
47	

RESUMEN

La historia de los intentos por contar con instrumentos de medición numérica en psiquiatría, y específicamente en el campo de la depresión, son de la primera mitad del siglo pasado, atribuyéndose el primer intento a Guilford, quien publicó en 1936 una monografía titulada "Psicología cuantitativa" (4). La proposición de Guilford para la construcción de escalas clínicas, con algunas variaciones, ha persistido a lo largo del tiempo, y en lo fundamental incluye tres etapas: a) una muestra representativa de factores evaluada en su validez interna (correlación de cada ítem con todo el resto) b) validez externa o concurrente (correlación con otros instrumentos o con la evaluación clínica) y c) la validez de constructo obtenida mediante el análisis factorial de los ítem, si el instrumento mide más de un factor o dimensión. Si esta es única, la validez interna tiene además validez de constructo (5). Es conocido que para la evaluación de la depresión existen dos tipos de instrumentos: aquellos que administra el clínico (escalas heteroadministradas) como la Escala de Hamilton (1960), Escala de depresión de Zung (1972), Escala de Bech (1975), Escala de Montgomery y Asberg (1979), etc.; y aquellas que llena el propio paciente (escalas autoadministradas), como es el caso del Inventario de depresión de Beck (1961), Escala de depresión de Zung (1965), Escala abreviada de Beck (1974), escala de valoración de Carrol (1981), entre otras.

A pesar de que numerosos estudios demuestran una alta correlación entre instrumentos auto y heteroadministrados en la medición de la severidad y respuesta al tratamiento de la depresión, se piensa que reflejan aspectos diferentes del padecimiento, el que sería una entidad clínica multidimensional (6). La escala de Hamilton para la Depresión (HAMD), por ejemplo, mide preferentemente los componentes ansiosos y de distrés somático; en cambio el BDI, el distrés subjetivo y el deterioro de la actividad práctica (7).

En el caso de los pacientes médicamente enfermos coexisten los trastornos depresivos de manera frecuente. Asimismo es problemático determinar si algunos síntomas son manifestaciones de la enfermedad médica o del trastorno depresivo. En gran número ocurren diagnósticos falsos positivos de trastornos depresivos cuando los síntomas físicos tales como la apatía, fatiga, alteraciones en el sueño y sentimientos realistas de tristeza, son atribuidos a la depresión (9).

Al laborar en hospital general y contar con tiempo limitado para la evaluación de los pacientes, se requieren de escalas breves con alta confiabilidad para la evaluación de los trastornos depresivos.

La escala de Hamilton para la depresión de 7 ítems es un instrumento de utilidad principalmente en la remisión de los síntomas depresivos en pacientes médicamente enfermos, con la variante en el punto de corte (5 puntos) debido a las manifestaciones somáticas de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN

En los estudios clínicos, la escala de depresión de Hamilton (HAMD-17) ha sido el estándar de oro para su uso, sin embargo, no ha sido del todo aceptada por los clínicos por muchas razones, por deficiencias psicométricas y el tiempo que se lleva para administrarla. Se propone el presente estudio para validar la modificación a la escala de Hamilton de 7 ítems para disminuir el tiempo de aplicación así como hacer práctico la evaluación de los pacientes con trastorno depresivo mayor en relación a su evolución y remisión del mismo.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿La escala HAMD-7 tiene la misma validez que la HAMD-17 en la medición de la severidad de la sintomatología depresiva en los pacientes médicamente enfermos con trastorno depresivo mayor?

MARCO DE REFERENCIA

El trastorno depresivo mayor es un trastorno que incapacita severamente al paciente y se espera que sea el segundo problema de salud pública en el mundo.(1) En un metanálisis realizado acerca de las 10 enfermedades con mayor prevalencia en el mundo se encontraron las alteraciones perinatales, infecciones de vías respiratorias bajas, cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, VIH/SIDA, enfermedades diarreicas, depresión mayor unipolar, malaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tuberculosis (2). Asimismo la depresión esta asociada a altos costos, ya sea directa o indirectamente en costos de perdida en la productividad y calidad de vida. (3).

En la consulta diaria tanto de primer nivel de atención hasta en las grandes instituciones representa frecuentemente la causa de consulta así como causa de interconsulta al servicio de psiquiatría en la mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Al no existir marcadores biológicos para la actividad de la enfermedad depresiva, los progresos terapéuticos son monitorizados mediante evaluación en los cambios de los síntomas depresivos y en la mejoría de las áreas funcionales. La mayoría de los pacientes deprimidos tanto en el primer nivel de salud como en los hospitales psiquiátricos no son sistemáticamente evaluados con mediciones objetivas, una deficiencia modificable en el manejo de los pacientes.

Es conocido que para la evaluación de los síntomas depresivos existen dos tipos de instrumentos: las escalas heteroadministradas (administradas por el clínico) como la Escala de Hamilton (1960), Escala de depresión de Zung (1972), Escala de Bech (1975), Escala de Montgomery y Asberg (1979), etc.; y escalas autoadministradas que llena el propio paciente (el mismo paciente las llena), como es el caso del Inventario de depresión de Beck (1961), Escala de depresión de Zung (1965), Escala abreviada de Beck (1974), escala de valoración de Carrol (1981), entre otras.

La creación de instrumentos de medición numérica en psiquiatría, y específicamente en el campo de la depresión, tiene su origen en la primera mitad del siglo pasado, atribuyéndose el intento a Guilford, quien publicó en 1936 una monografía titulada "Psicología cuantitativa" (4), en la cual proponía la construcción de escalas clínicas lo cual ha persistido a lo largo del tiempo. Fundamentalmente se incluyen tres etapas:

1.- Una muestra representativa de factores evaluada en su validez interna (correlación de cada ítem con todo el resto).

2.- Validez externa o concurrente (correlación con otros instrumentos o con la evaluación clínica).

3.- La validez del constructo obtenida mediante el análisis factorial de los ítem, si el instrumento mide más de un factor o dimensión.

A pesar de que numerosos estudios demuestran una alta correlación entre instrumentos auto y heteroadministrados en la medición de la severidad y respuesta al tratamiento de la depresión, se piensa que reflejan aspectos diferentes del padecimiento. La escala de Hamilton para la Depresión (HRSD), por ejemplo, mide preferentemente los componentes ansiosos y de distrés somático; en cambio el BDI, el distrés subjetivo y el deterioro de la actividad práctica (5).

De igual modo, se han hecho varios estudios para ayudar a la elección de la mejor escala para la medición de los síntomas depresivos. En relación a las escalas autoaplicables se cuenta con un estudio realizado para comparar el BDI (versión autoaplicable) con el MADRS (versión autoaplicable) siendo mejor el MADRS al enfocarse más en el espectro depresivo y no ser influenciado por los rasgos de personalidad (6).

La escala de Hamilton 17 ítems ha sido realizada para utilizarla únicamente en los paciente que ya están diagnosticados de trastornos afectivos de tipo depresivo y su utilidad y uso dependen de un entrevistador calificado (7).

La escala presenta varias versiones incluyendo HAMD 17 ítems, HRSA 21 ítems y HAMD 24 ítems y aunque hay una gran gama para mejorarla, ha sido encontrada como eficiente y fácil de usar, así como es de gran utilidad en valorar los resultados de los tratamientos.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

El término “psicometría” originalmente se utilizaba como medición mental, pero actualmente corresponde a varios tipos de mediciones. Las dos principales propiedades de medición son validez y confiabilidad. “Constructo” se refiere a conceptos intelectuales que no existen de manera objetiva, de hecho, los diagnósticos psiquiátricos son constructos (trastornos). Estos se proponen como explicaciones para ciertos tipos de variables que emergen en un análisis matemático. Para la mayoría de constructos que aparecen en los índices clínicos el reto es medirlos, no probar que existen. (14).

La clasificación categórica es una medida cualitativa que valora la ausencia o presencia de un atributo dado (v.g. la capacidad de daño de una persona a otras o a sí mismo) o la categoría dada a un individuo en un número finito de opciones (asesoría diagnóstica).

La más frecuente de ellas es el diagnóstico. Las medidas continuas proveen una medición cuantitativa, que generalmente se utiliza para medir severidad o estado funcional. Tanto la clasificación categórica como medidas continuas no se encuentran separadas, la línea entre ambas mide la definición de enfermedad. El punto de corte se refiere a la correspondencia en cualquier escala continua u ordinal y se utilizan para medir severidad. (13)

Validez se refiere a la capacidad de un instrumento de poder hacer una clasificación correcta. Son cuatro las ideas relativas al concepto de “validez”: Apariencia, contenido, criterio y validez de constructo.

Confiabilidad (también llamada consistencia, en inglés *reliability*), por otro lado, se refiere a la capacidad de aceptación de asignar un valor dado a un individuo en una escala numérica, o la precisión con la cual se puede discriminar un sujeto de otro. La consistencia y la reproductibilidad forman parte de la confiabilidad y son discriminativas. Desafortunadamente, el hecho de mejorar la confiabilidad no asegura que mejore la validez. Esto puede deberse a que los entrevistadores no tiene la misma capacidad de reconocer los mismos síntomas durante la entrevista.

La consistencia interna es la medida de aceptación de los componentes individuales de la escala. La medida estadística mas frecuentemente usada es el alfa de Cronhbach, que mide la aceptación en dos partes de la escala. La correlación del total de ítems es usada como un indicador de confiabilidad.

La confiabilidad entre jueces es la medida de aceptación entre distintos observadores que evalúan al mismo sujeto teniendo la misma información. La confiabilidad test-retest es la medida de aceptación entre evaluaciones en distintos lapsos de tiempo, ambas son mediciones categóricas y para su evaluación estadística se utiliza el coeficiente kappa. Kappa de 1 indica confiabilidad perfecta y 0 solo oportunidad de aceptación. En ocasiones una kappa de 0.8 se considera excelente, 0.7 a 0.8 buena, 0.-0.7 media y menor a 0.5 pobre.

ANTECEDENTES

Se ha propuesto una nueva escala HAMD de 7 ítems. Se encuentra documentado un estudio realizado para la validación de dicha versión (8) en la cual proporciona una medición eficiente y real para el progreso terapéutico y remisión de la sintomatología depresiva, así como disminución en el tiempo de su administración, siendo más aceptada por la mayoría de los clínicos.

En el cuadro 1 se muestran las diferentes escalas utilizadas para medición de los síntomas depresivos, desglosado por ítems.

En el cuadro 2 se muestran los puntos de corte para la medición de severidad entre escalas.

Cuadro 1
Comparativo de los signos y síntomas evaluados por las escalas de
depresión más frecuentemente empleadas

ÍTEMS	HAMD 17	HAMD 7	HADS	BDI	PHQ-9	MADRS	GDS
Ánimo deprimido							
Sentimientos de culpa							
Suicidio							
Insomnio inicial							
Insomnio medio							
Insomnio terminal							
Anhedonia							
Retardo							
Agitación							
Ansiedad psíquica							
Ansiedad somático							
Somático gastrointestinal							
Somático general							
Genital							
Hipocondriasis							
Insight							
Perdida de peso							
Desesperanza							
Autoacusación							
Autoreproche							
Llanto							
Indecisión							
Disminución de atractivo							
Fatiga							
Disminución del apetito							
Preocupación en salud							
Desinterés sexual							
Disminución de la concentración							
Disminución de la energía							

Cuadro 2
Puntos de corte para severidad de las escalas de depresión más
frecuentemente empleadas

Severidad	HAMD 17	HAMD 7	HADS	BDI	PHQ-9	MADRS	GDS
Normal	≤ 7	≤ 3	≤ 7	≤ 9	≤ 4	≤ 7	≤ 4
Leve	8-13	3-9	8-10	10-16	5-9	8-15	5-8
Moderado	14-18	10-16	11-14	17-29	10-14	16-25	9-11
Severo	19-22	17-26	12-21	30-63	15-19	26-31	12-15

Trastornos depresivos y enfermedad médica

Los trastornos depresivos y las condiciones médicas coexisten frecuentemente en la población general. Asimismo es problemático determinar si algunos síntomas son manifestaciones de la enfermedad médica o del trastorno depresivo. En gran número ocurren diagnósticos falsos positivos de trastornos depresivos cuando los síntomas físicos tales como la apatía, fatiga, alteraciones en el sueño y sentimientos realistas de tristeza, son atribuidos a la depresión (9).

En un estudio epidemiológico se encontró una prevalencia de trastornos afectivos de 9.4% a 12.9% en pacientes médicamente enfermos y solo de 5.8% a 8.4% en el grupo control de pacientes sanos (Wells et al. 1988).

Las condiciones médicas como enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, cáncer pancreático y diabetes se han postulado como causa directa de depresión (9).

El diagnóstico de trastornos depresivos en la población médica se dificulta por varias razones entre las cuales se encuentran los síntomas somáticos que pueden confundirse con depresión (apatía, fatiga, insomnio, retardo psicomotor, etc.); pensamientos de muerte o deseos de fallecer en enfermedad médica avanzada en ausencia de trastorno depresivo; sufrimiento e incapacidad física en relación a la gravedad de la enfermedad médica así como su limitación social ; presencia de síntomas atípicos de depresión que amplifiquen los síntomas somáticos y contribuya a la mala relación médico paciente y la mala adherencia terapéutica. Estos factores pueden contribuir al sobrediagnóstico o subdiagnóstico en la población médica.

El instrumento ideal para la detección de trastornos depresivos debe de ser fácil de administrar así como su puntaje así como accesible. Igualmente importante su brevedad en el tiempo y efectividad.

Aun cuando se cuentan con varias escalas para la detección de trastornos depresivos tanto en su modalidad auto y heteroaplicable, no se cuenta con una escala dirigida específicamente en la población médica.

OBJETIVOS

Objetivo General

Validar la escala HAMD-7, comparando sus propiedades psicométricas con el HAMD-17, Inventario Beck para depresión y escala PHQ-9 para depresión.

Objetivo Específico

Validar la escala HAMD-7 haciendo notar una evidencia objetiva calificable de la severidad de los síntomas depresivos, la efectividad del tratamiento antidepresivo y la remisión de la enfermedad.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Comparativo, observacional de cohorte prospectivo, ciego al entrevistador en el cual se aplicaran las escalas de HAMD-17, inventario de Beck para depresión, PHQ-9 para depresión y HAMD-7 para depresión en pacientes de la consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades CMN SXII.

POBLACIÓN EN ESTUDIO; SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población fue seleccionada de pacientes de primera vez de la consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades de CMNSXXI, con diagnóstico previo de depresión por parte de otro servicio.

Muestra (N) de 100 individuos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

Ambos géneros

Edad de 18 a 65 años

Pacientes los cuales se les halla solicita interconsulta al servicio de Psiquiatría por presencia de sintomatología depresiva.

Autorización por parte del paciente (por consentimiento informado)

Criterio de trastorno depresivo mayor (mínimo de 18 puntos en HAMD 17, siendo episodio único o recurrente) definido por CIE-10.

Los pacientes con trastorno mental o comorbilidad médica serán elegidos solo si la condición comorbida no era el principal foco de la atención clínica.

Criterios de exclusión:

Presencia de otros trastornos codificados del CIE-10 diferentes a trastorno depresivo mayor.

Pacientes con comorbilidad médica grave (enfermedades neurológicas, cardiovasculares, etc.)

Pacientes con trastornos confusionales agudos o crónicos.

Paciente que tengan retardo mental determinado clínicamente

Pacientes resistentes a tratamiento (falla en la respuesta a más de 2 antidepresivos de clases diferentes).

Mujeres embarazadas o en lactancia.

Pacientes con enfermedad médica significativamente inestable (enfermedad cardiovascular o neurológica).

Pacientes que cumplan criterios para abuso o dependencia a sustancias durante los 3 meses pasados.

Criterios de eliminación:

Pacientes cuya condición médica se vuelva crítica e impida los registros

Pacientes que no terminen el estudio por fallecimiento

Pacientes que no terminen el estudio por egreso hospitalario

Pacientes que no deseen colaborar más en el estudio.

INSTRUMENTOS CLINIMETRICOS

- Escala HAMD-7

Escala heteroaplicable, breve, ideada por el Dr. Roger McIntyre, (con quien se estableció comunicación por vía electrónica para corroborar los puntos de corte y otras medidas estadísticas) en la Universidad de Toronto, Canadá en 2005, diseñada para medir la severidad de trastornos depresivos ya diagnosticados, la cual cuenta con punto de remisión ≤ 3 puntos. Los puntos de corte de severidad son: normal menor a 3 puntos, leve de 3 a 9 puntos, moderada de 10 a 16 puntos, severo 17 a 26 puntos. Cuenta con 7 ítems, (Animo deprimido, ideas de culpa, suicidio, trabajo y actividades, ansiedad psíquica, ansiedad somática y somático general) que son calificadas de igual forma que en la escala HAMD-17, con puntaje de 0 a 4. Su tiempo de aplicación es de aproximadamente 3 a 4 minutos. Se encuentra validada en Canadá, en primer nivel de atención, con una consistencia interna por alfa de Cronbach de >70 , lo cual se considera satisfactorio para los autores al compararla con la escala HAMD 17 y el MADRS. Su uso rutinario en ambientes clínicos provee evidencia objetiva cuantificable de la severidad de los síntomas, efectividad antidepressiva y remisión de la enfermedad (8).

- Escala Hamilton para depresión (*HAMD 17*)

Escala heteroaplicable designada para la medición de la severidad de síntomas depresivos ya diagnosticados con trastorno depresivo y NO debe utilizarse como instrumento diagnóstico. Creada por el Dr. Max Hamilton en 1960. Su valor depende enteramente de la habilidad de un entrevistador para obtener la información necesaria, se recomienda una entrevista de al menos una hora de duración para su aplicación. Se considera el estándar de oro para la evaluación de sintomatología depresiva, así como respuesta y remisión del tratamiento. Otros investigadores la han utilizado para la evaluación de severidad de presión en pacientes medicamente enfermos (enfermedad de Parkinson, esquizofrenia, alcoholismo). Cuenta con 17 variables (ítems) 10 de las cuales se califican con un puntaje de 0 a 4 y 7 de 0 a 2. Con un puntaje total de 62. Las variables que generalmente se excluyen son: variación diurna, despersonalización-desrealización, síntomas paranoides y síntomas anancásticos. Una versión poco utilizada incluye 3 variables adicionales: desamparo, desesperanza e inutilidad.

Su tiempo de administración es de aproximadamente 15 a 20 minutos.

Punto de remisión ≤ 7 .

La consistencia interna medida por alfa de Cronbach se ha reportado de 0.48 a 0.85, antes de después del tratamiento (Rehm y O'Hara 1985). El uso estandarizado produce un máximo de 50 puntos. El autor recomienda que dos evaluadores califiquen independientemente al paciente en la misma entrevista. Al sumar las puntuaciones se daría un total de 100. Dicho procedimiento proporcionaría automáticamente información sobre

confiabilidad entre evaluadores. En estudios de pacientes deprimidos se ha demostrado correlaciones altas de validez entre las puntuaciones de HAMD-17 y evaluaciones clínicas globales de severidad al momento del ingreso. Otro estudio reportó una correlación de 0.67 entre pacientes deprimidos y no deprimidos. (PAC Lara)

- Inventario de Beck para depresión (Beck Depression Inventory *BDI*)

Escala autoaplicable para detección de síntomas depresivos. Creada por el Dr. Beck et al en 1961 para medir las manifestaciones conductuales de pacientes adolescentes y adultos deprimidos. Derivo de las observaciones clínicas acerca de las actitudes y síntomas que presentaban pacientes psiquiátricamente deprimidos, las observaciones fueron reducidas a 21 síntomas de actitudes que podían ser evaluados con una intensidad de 0 (ausencia del síntoma) a 3 (severidad máxima, las primeras 14 variables son síntomas afectivos cognitivos y los últimos 7 son síntomas somáticos y vegetativos que aunque se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión, también pueden ser el resultado de una enfermedad física, inicialmente fue diseñado para ser administrado por entrevistadores entrenados, pero se usa más frecuentemente como escala autoaplicable, es sensible a los cambios asociados con ensayos farmacológicos y técnicas psicoterapéuticas diversas, aunque fue diseñado para evaluar depresión, en pacientes psiquiátricos se ha empleado para detectar depresión en pacientes con una variedad de problemas médicos y en adultos en comunidad. Para hacer diagnóstico de depresión se requiere una

puntuación mínima o punto de corte. Dependiendo de los autores esta varía de 11-21, con un punto de corte de 13 (Nielsen y Williams, 1980), observaron una sensibilidad de 0.79 y una especificidad de 0.77. Con 17 como punto de corte, la sensibilidad disminuye a 0.66 y la especificidad aumenta a 0.84. En el Instituto Nacional de Cardiología (Torres-Castillo et al, 1991) encontraron con 14 puntos el mejor equilibrio entre sensibilidad (0.86) y especificidad (0.86). El puntaje se determina sumando la severidad de los ítems individuales. Punto de remisión ≤ 10 . Los valores de correlación entre HAMD-17 y BDI de estudios de pacientes deprimidos evaluados previos al tratamiento, van de 0.21 a 0.82, con una mediana de 0.58. También se ha reportado una correlación de 0.77 entre la escala HAMD17 y BDI para pacientes admitidos en hospital general.

- Escala PHQ-9 para depresión

Escala autoaplicable para la detección de trastornos depresivos. Consta de 9 ítems midiendo la presencia y severidad de los síntomas depresivos basados en los criterios diagnósticos de DSM IVTR. Punto de remisión ≤ 5 .

Métodos de recolección de datos y procedimiento.

Antes del inicio de la entrevista psiquiátrica, en base a la nota de interconsulta del servicio tratante, se les proporciono a cada paciente un juego de escalas (BDI y PHQ-9), las cuales fueron devueltas al servicio al termino de la consulta. Durante el interrogatorio se aplicaron las escalas HAMD-7 y HAMD-17 por dos distintos clínicos con entrenamiento en dichas escalas. Los resultados de cada escala fueron sintetizados en una hoja de captura (anexo), la cual fue anexada a las otras escalas para formar un expediente individual conservado por los investigadores. Así mismo, dichos resultados fueron transcritos al expediente físico y electrónico de cada paciente.

Análisis de los resultados

La captura de datos se realizó en una hoja de calculo Excel, para posteriormente realizar el análisis estadístico con el programa SPSS ver. 11.5.

IMPLICACIONES ÉTICAS

*Aspectos éticos:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental prospectivo y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ORGANIZACIÓN

Recursos humanos y materiales

* Recursos humanos

1. Dra. Alexandra Michiko Kitazawa Ohtomo. Residente de psiquiatría del Cuarto año.
2. Dra Mara Alba Caballero Castro. Residente de psiquiatría del Cuarto año.
3. Dra. Ana de Montserrat Morales Hidalgo. Residente de psiquiatría del Tercer año.
4. Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán. Médico de base del servicio de Psiquiatría y Profesor Titular del curso de Psiquiatría Hospital de Especialidades CMN SXXI. (Asesor metodológico).
5. Dr. Wazcar Verduzco Fragoso. Médico de base y jefe de enseñanza del Hospital Psiquiátrico Héctor Tovar Acosta (Asesor teórico)

Evaluación de costos

Solventado por los investigadores.

Análisis estadístico

La descripción de las características clínicas y demográficas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

Para la comparación entre escalas se utilizó el alfa de Crohnbach para determinar la validación interna entre ítems.

Resultados

La descripción de las variables socio demográficas se muestra en la tabla 1.

Los patrones de remisión y respuesta entre escalas HAMD-17 y HAMD-7 por semanas de tratamiento se muestran en la tabla 2 utilizando comparación de porcentajes por Chi 2.

El coeficiente confiabilidad por Alfa de Crohnbach entre las escalas HAMD7 y HAMD17 al inicio de tratamiento se muestran en tabla 3, encontrando valor positivo (>0.70) el cual es utilizado para todos los planteamientos de evolución de confiabilidad interna y externa y se mencionaran como valores positivos de alfa en el resto de los resultados.

Respecto a la confiabilidad inter ítems (7) de ambas escalas su valor fue mayor a 0.90.

Asimismo, para las evaluaciones pos tratamiento (4 y 8 semanas) se encuentran valores positivos de alfa (>0.90 , tablas 4 y 5)

La comparación inter ítems de las cuatro escalas por coeficiente de confiabilidad, los resultados muestran un alfa mayor a 0.80, salvo en el ítem tristeza a las 4 semanas (0.68 tabla 6, 7 y 8). Cabe destacar que para dicha correlación se utilizaron únicamente los ítems tristeza, culpa, suicidio y trabajo y actividades, los cuales son compartidos por las 4 escalas.

Para la correlación entre escalas se utilizó el valor de confiabilidad por alfa de Crohnbach, encontrando valores positivos al inicio, a las 4 y 8 semanas entre HAMD7 y HAMD17, pero no con el BDI y PHQ-9 (tabla 10).

Existe similitud en la clasificación de grado de severidad entre escalas, sin embargo, los promedios más altos se obtuvieron con BDI al inicio y dos evaluaciones posteriores al inicio de tratamiento (tablas 11, 12 y 13).

La concordancia entre escalas HAMD7, HAMD17, BDI y PHQ-9 para especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) fueron calculados mediante kappa de Cohen. Dichos valores K fueron evaluados de la siguiente manera: >0.80 Excelente, $0.60-0.80$ bueno, $0.40-0.60$ regular y < 0.40 pobre.

La concordancia entre HAMD7 y HAMD17 para respuesta se encontró regular (tabla 14).

La concordancia entre HAMD7 y HAMD17 para remisión se encontró pobre (tabla 15).

BDI en concordancia con HAMD7 tanto en remisión y respuesta fue pobre (tablas 16 y 17).

También fue pobre la concordancia entre HAMD7 y PHQ-9 para respuesta y remisión (tablas 18 y 19).

En los gráficos 1-3 se muestra la comparación entre las cuatro escalas durante el protocolo de inicio y 4 y 8 semanas representados por histogramas. Las

tendencias que se encontraron fue hacia un mayor valor para BDI al inicio y al seguimiento.

Para los cálculos de valores en los puntos corte específicos para adecuación entre escalas se utilizaron las curvas de ROC. Como valor de referencia se toma una línea de 45° que surge de la unión entre valores X (especificidad) y Y (sensibilidad). El despliegue de la evaluación se calculó mediante el área bajo la curva para la correlación, siendo esta última mayor al acercarse a la línea de referencia (menor área bajo la curva). Únicamente se evaluaron las escalas HAMD7 y HAMD 17 en la respuesta y remisión de la respuesta antidepresiva por considerarse el estándar de oro y su correlato con la escala breve.

Los gráficos 4-8 muestran los valores independientes para HAMD17 y HAMD 7 de forma individual. Las correlaciones entre ambas escalas para remisión y respuesta a las 4 y 8 semanas se muestran en los gráficos 9 y 10.

Tabla 1.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=100)

VARIABLE	PROMEDIO
EDAD	51.7(14.55)
SEXO FEMENINO %	73
ESTADO CIVIL (CASADOS) %	58.3
COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA %	13
MEDICACIÓN ANSIOLÍTICA %	6
REMISIÓN %	15
RESPUESTA ANTIDEPRESIVA %	39

Tabla 2.
REMISIÓN Y RESPUESTA ANTIDEPRESIVA
POR ESCALAS HAMD-17 Y HAMD-7 (N=100)

ESCALA	REMISIÓN	RESPUESTA
	%	%
HAMD-17 SEMANA 4	18	28
HAMD-17 SEMANA 8	55	61
HAMD-7 SEMANA 4	7	17
HAMD-7 SEMANA 8	28	40

Tabla 3.
REMISION HAMD-7 CON DIFERENTES PUNTOS DE CORTE (N=100)

PTOS DE CORTE	SEMANA 4	SEMANA 8
	%	%
HAMD-7 3 PTS	7	28
HAMD-7 4 PTS	13	40
HAMD-7 5 PTS	23	59
HAMD-7 6 PTS	41	78

Tabla 4.
PUNTAJES DE ESCALAS INICIAL HAMD-7 HAMD-17 (N=100)

Reactivo	HAMD7 promedio DE	HAMD17 promedio DE	Coefficiente de confiabilidad (alfa)
TRISTEZA	1.97 (0.84)	1.96 (0.85)	0.98
CULPA	1.17 (1.01)	1.15 (1.02)	0.99
SUICIDIO	1.86 (1.10)	1.80 (1.04)	0.96
TRABAJO Y ACTIVIDADES	1.30 (0.98)	1.29 (0.96)	0.97
ANSIEDAD	1.94 (0.86)	1.92 (0.92)	0.89
ANGUSTIA	1.57 (0.83)	1.58 (0.86)	0.93
SOMÁTICO GENERAL	1.43 (0.60)	1.38 (0.65)	0.84

Tabla 5.
PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 4 HAMD-7 HAMD-17 (N=100)

Reactivo	HAMD7 promedio DE	HAMD17 promedio DE	Coefficiente de confiabilidad (alfa)
TRISTEZA	1.41 (0.66)	1.42 (0.65)	0.99
CULPA	1.78 (0.83)	1.75 (0.83)	0.98
SUICIDIO	1.54 (0.80)	1.47 (0.76)	0.91
TRABAJO Y ACTIVIDADES	1.07 (0.87)	1.03 (0.89)	0.95
ANSIEDAD	1.43 (0.74)	1.50 (0.77)	0.94
ANGUSTIA	1.17 (0.71)	1.17 (0.71)	0.90
SOMÁTICO GENERAL	0.23 (0.73)	1.25 (0.73)	0.82

Tabla 6.
PUNTAJES DE ESCALAS A LA SEMANA 8 HAMD-7 HAMD-17 (N=100)

Reactivo	HAMD7 promedio DE	HAMD17 promedio DE	Coefficiente de confiabilidad (alfa)
TRISTEZA	1.78 (0.70)	1.76 (0.62)	0.97
CULPA	1.43 (0.70)	1.42 (0.66)	0.98
SUICIDIO	1.20 (0.55)	1.18 (0.53)	0.98
TRABAJO Y ACTIVIDADES	1.61 (0.68)	1.59 (0.69)	0.94
ANSIEDAD	1.06 (0.70)	1.05 (0.73)	0.94
ANGUSTIA	1.92 (0.74)	0.83 (0.68)	0.87
SOMÁTICO GENERAL	1.28 (0.68)	1.13 (0.77)	0.78

Tabla 7.
PUNTAJES DE ESCALAS INICIAL HAMD-7 HAMD-17 BDI PHQ9 (N=100)

REACTIVO	HAMD-7 PROMEDI O DE	HAMD-17 PROMEDI O DE	BDI PROMEDI O DE	PHQ-9 PROMEDI O DE	COEFICIENT E DE CONFIBILIDA D (ALFA)
TRISTEZA	1.97 (0.84)	1.96 (0.85)	1.68 (0.90)	1.88 (0.93)	0.89
CULPA	1.17 (1.01)	1.15 (1.02)	0.98 (1.00)	1.13 (0.99)	0.90
SUICIDIO	1.86 (1.10)	1.80 (1.04)	0.85 (0.97)	0.66 (0.91)	0.89
TRABAJO Y ACTIVIDADE S	1.30 (0.98)	1.29 (0.96)	1.12 (0.78)	1.44 (0.96)	0.84
ANSIEDAD	1.94(0.86)	1.92(0.92)	1.43(0.78)	1.96(0.75)	0.70
ANGUSTIA	1.57(0.83)	1.58(0.86)	1.90(0.67)	1.59(0.79)	0.61
SOMÁTICO GENERAL	1.43(0.65)	1.38(0.65)	1.88(0.98)	1.49(0.82)	0.44

Tabla 8.
PUNTAJES DE ESCALAS SEMANA 4 HAMD-7 HAMD-17 BDI PHQ9 (N=100)

REACTIVO	HAMD7 PROMEDI O DE	HAMD17 PROMEDI O DE	BDI PROMEDI O DE	PHQ-9 PROMEDI O DE	COEFICIENT E DE CONFIBILIDA D (ALFA)
TRISTEZA	1.41 (0.67)	1.42 (0.65)	1.50 (1.43)	1.44 (0.71)	0.68
CULPA	1.78 (0.83)	1.75 (0.83)	1.69 (0.83)	1.75 (0.77)	0.89
SUICIDIO	1.54 (0.80)	1.47 (0.76)	1.55 (0.80)	1.43 (0.73)	0.87
TRABAJO Y ACTIVIDADE S	1.07 (0.87)	1.03 (0.89)	1.90 (0.67)	1.04 (0.78)	0.87
ANSIEDAD	1.43(0.74)	1.50(0.77)	1.23(0.72)	1.84(0.69)	0.73
ANGUSTIA	1.17(0.71)	1.17(0.71)	1.90(0.67)	1.28(0.66)	0.64
SOMÁTICO GENERAL	1.23(0.73)	1.25(0.73)	1.63(0.79)	1.12(0.65)	0.47

Tabla 9.
PUNTAJES DE ESCALAS SEMANA 8 HAMD-7 HAMD-17 BDI PHQ9 (N=100)

REACTIVO	HAMD7 PROMEDI O DE	HAMD17 PROMEDI O DE	BDI PROMEDI O DE	PHQ-9 PROMEDI O DE	COEFICIENT E DE CONFIBILIDA D (ALFA)
TRISTEZA	1.78 (0.70)	1.76 (0.62)	1.73 (0.63)	1.77 (0.66)	0.93
CULPA	1.43 (0.70)	1.42 (0.66)	1.34 (0.65)	1.35 (0.62)	0.86
SUICIDIO	1.20 (0.55)	1.18 (0.53)	1.27 (0.58)	1.23 (0.54)	0.87
TRABAJO Y ACTIVIDADE S	1.61 (0.68)	1.59 (0.69)	1.48 (0.62)	1.55 (0.60)	0.83
ANSIEDAD	1.06(0.70)	1.05(0.73)	1.79(0.60)	1.43(0.62)	0.72
ANGUSTIA	1.92(0.74)	1.83(0.68)	1.48(0.62)	1.81(0.70)	0.68
SOMÁTICO GENERAL	1.28(0.68)	1.13(0.77)	1.48(0.70)	1.75(0.60)	0.48

Tabla 10.
PUNTAJES DE ESCALAS DE ESCALA HAMD-7 CON HAMD-17, BDI Y PHQ9
AL INICIO, SEMANA 4 Y SEMANA 8 (N=100)

ESCALA	INICIAL promedio DE	SEMANA 4 promedio DE	SEMANA 8 promedio DE
HAMD-7	10.25 (3.43)	7.64 (3.18)	5.30 (2.97)
HAMD-17	17.53 (6.03)	12.23 (5.17)	7.73 (4.48)
BDI	19.55 (7.93)	12.23 (5.17)	7.92 (6.05)
PHQ-9	12.84 (4.90)	9.32 (4.07)	5.05 (3.54)

Tabla 11.
MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE ESCALAS AL INICIO, SEMANA 4 Y
SEMANA 8 (N=100)

ESCALA	HAMD17	BDI	PHQ-9
HAMD-7 inicial	0.81	0.62	0.62
HAMD-7 semana 4	0.79	0.64	0.52
HAMD-7 semana 8	0.89	0.64	0.64

Tabla 12.
CLASIFICACIÓN DE CASOS POR SEVERIDAD INICIAL (N=100)

SEVERIDAD	HAMD-7	HAMD-17	BDI	PHQ-9
LEVE	40%	22%	52%	22%
MODERADO	55%	39%	28%	44%
GRAVE	5%	39%	20%	34%

Tabla 13.
CLASIFICACIÓN DE CASOS POR SEVERIDAD A LA SEMANA 4 (N=100)

SEVERIDAD	HAMD-7	HAMD-17	BDI	PHQ-9
SIN SÍNTOMAS	4%	9%	20%	7%
LEVE	68%	54%	56%	55%
MODERADO	27%	23%	15%	27%
GRAVE	1%	14%	9%	11%

Tabla 14.
CLASIFICACION DE CASOS POR SEVERIDAD A LA SEMANA 8 (N=100)

SEVERIDAD	HAMD-7	HAMD-17	BDI	PHQ-9
SIN SÍNTOMAS	13%	33%	71%	52%
LEVE	80%	55%	22%	38%
MODERADO	7%	7%	6%	7%
GRAVE	0%	5%	1%	3%

Tabla 15.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 Y HAMD-17 EN RELACION A LA RESPUESTA (KAPPA) (N=100)

	HAMD-17	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.521	82	83	50	95
8 SEMANAS	0.598	100	65	65	100

Tabla 16.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y HAMD-17 EN RELACION A LA REMISION (KAPPA) (N=100)

	HAMD-17	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.244	57	84	22	96
Pto corte 4	0.430	61	88	44	93
Pto corte 5	0.542	56	93	72	87
Pto corte 6	0.435	41	98	94	70
8 SEMANAS	0.483	100	62	50	100
Pto corte 4	0.667	97	73	70	97
Pto corte 5	0.756	86	90	92	82
Pto corte 6	0.513	70	100	100	48

Tabla 17.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 Y BDI EN RELACION A LA RESPUESTA (KAPPA) (N=100)

	BDI	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.318	50	87	35	92
8 SEMANAS	0.427	60	82	80	65

Tabla 18.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y BDI EN RELACION A LA REMISION (KAPPA) (N=100)

	BDI	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.430	60	88	44	93
Pto corte 4	0.317	53	85	35	92
Pto corte 5	0.379	47	88	55	85
Pto corte 6	0.395	41	94	85	70
8 SEMANAS	0.274	100	40	39	100
Pto corte 4	0.428	100	48	56	100
Pto corte 5	0.481	89	56	74	79
Pto corte 6	0.503	83	72	91	55

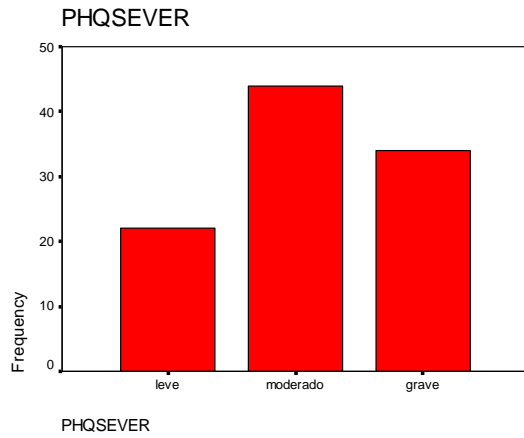
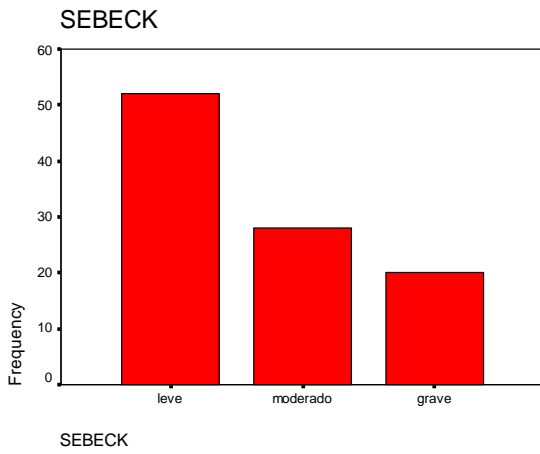
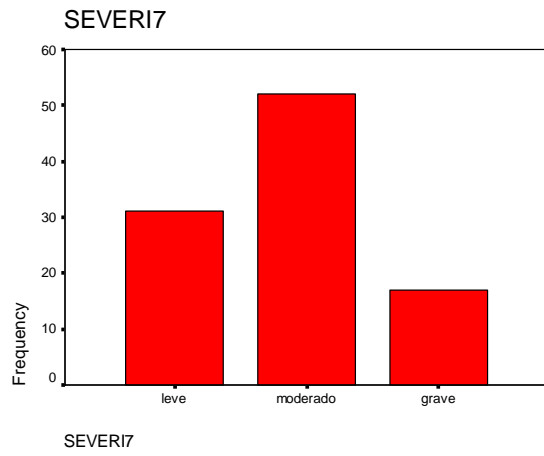
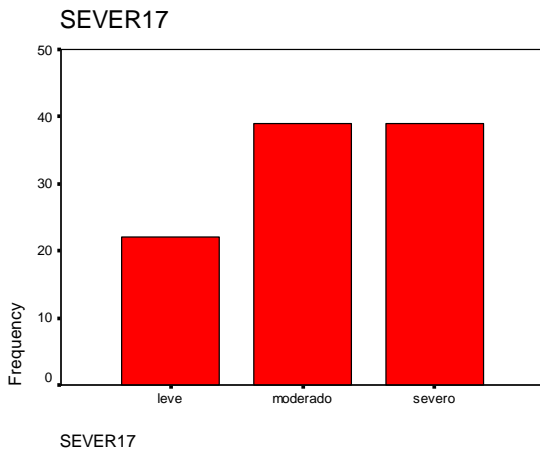
Tabla 19.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 Y PHQ-9 EN RELACION A LA RESPUESTA (KAPPA) (N=100)

	PHQ-9	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.478	66	89	47	95
8 SEMANAS	0.419	58	85	85	60

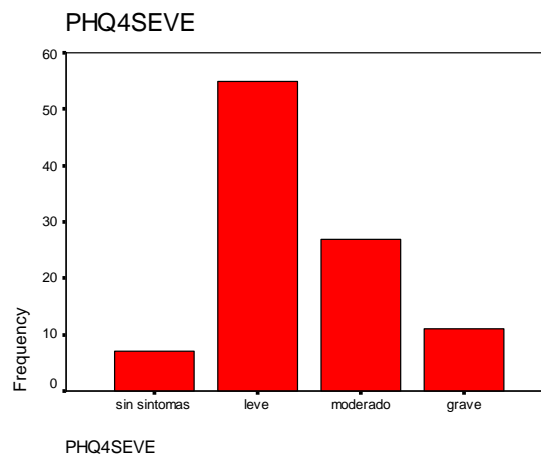
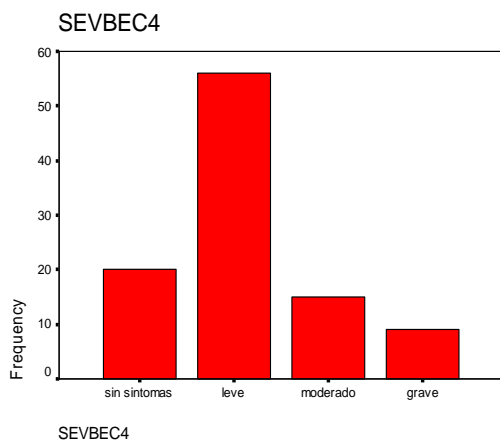
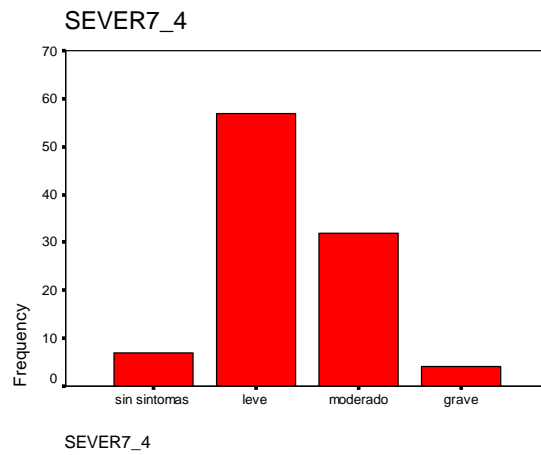
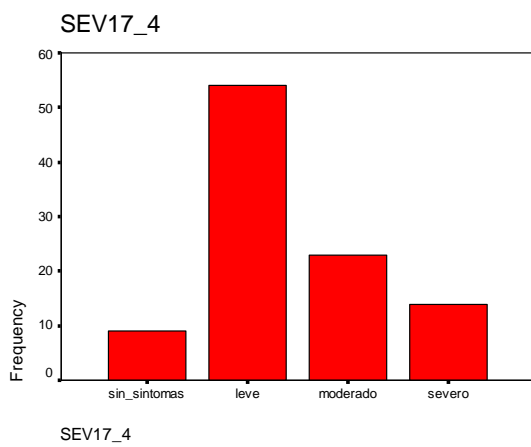
Tabla 20.
TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE ESCALA HAMD 7 (CON PUNTOS DE CORTE 4, 5 Y 6) Y PHQ-9 EN RELACION A LA REMISION (KAPPA) (N=100)

	PHQ-9	SENS %	ESPEC %	VPP%	VPN %
4 SEMANAS	0.296	26	96	57	88
Pto corte 4	0.253	38	88	33	90
Pto corte 5	0.293	34	90	53	82
Pto corte 6	0.268	29	94	80	65
8 SEMANAS	0.313	41	94	92	50
Pto corte 4	0.427	90	56	58	89
Pto corte 5	0.519	83	68	79	73
Pto corte 6	0.455	74	81	93	47

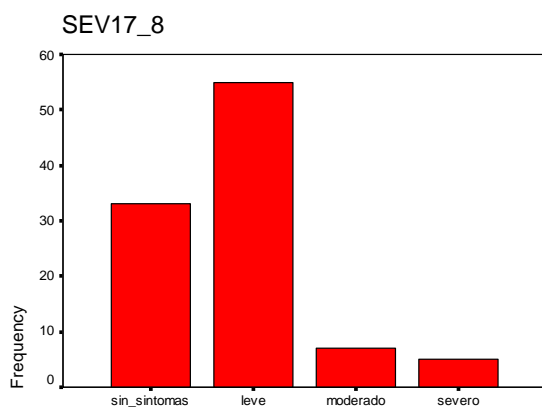
GRAFICA 1.
Comparación de severidad entre HAMD-17, HAMD-7, BDI y PHQ-9 al inicio.
(N=100)



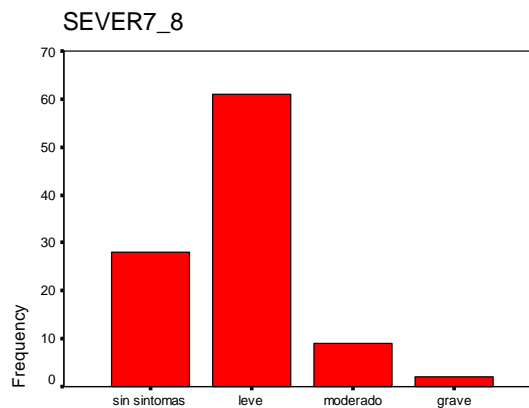
GRAFICA 2.
Comparación de severidad entre HAMD-17, HAMD-7, BDI y PHQ-9 a la semana 4. (N=100)



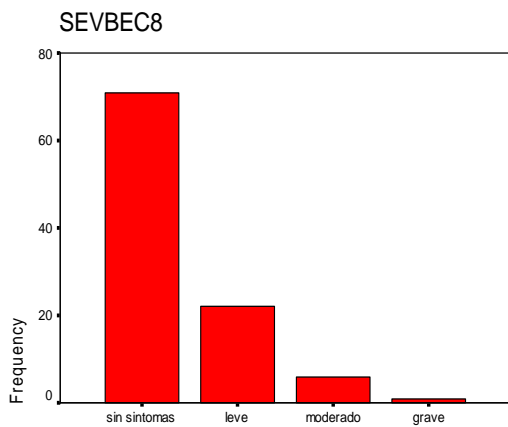
GRAFICA 3.
Comparación de severidad entre HAMD-17, HAMD-7, BDI y PHQ-9 a la semana 8 (N=100)



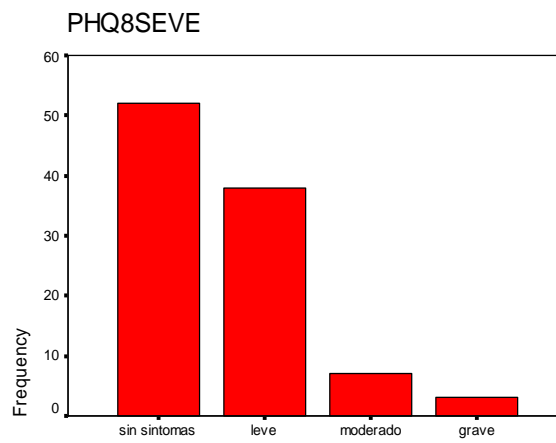
SEV17_8



SEVER7_8



SEVBEC8



PHQ8SEVE

Curvas ROC para Escalas HAMD7 y HAMD17 (N=100)

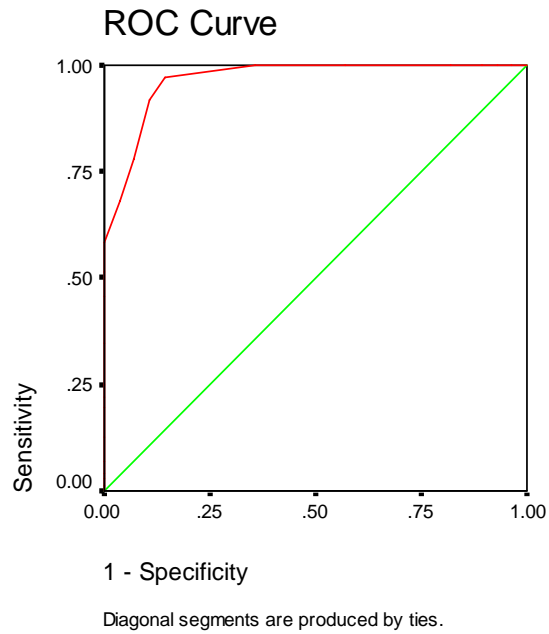


GRAFICO 4.
CURVA ROC PARA HAMD-17 A LAS 4 SEMANAS POR RESPUESTA (N=100)

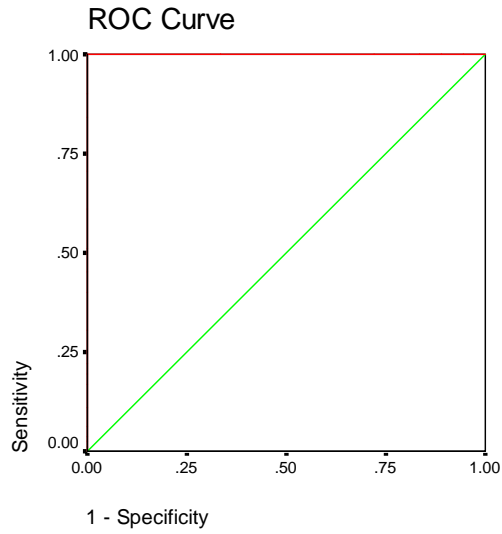


GRAFICO 5.
CURVA ROC PARA HAMD-17 A LAS 4 SEMANAS POR REMISION (N=100)

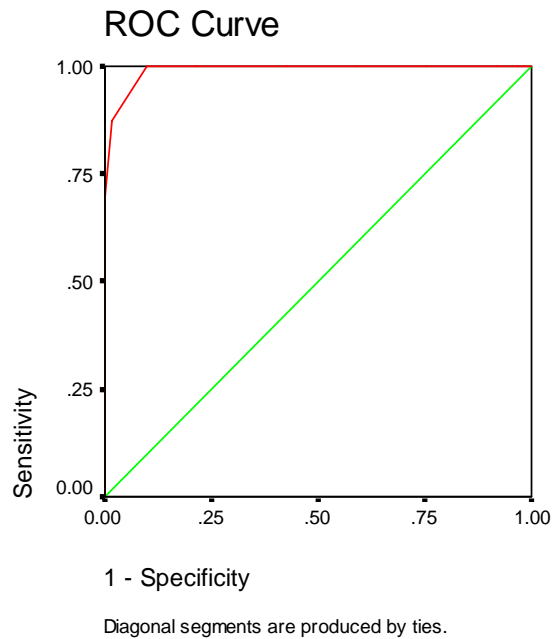
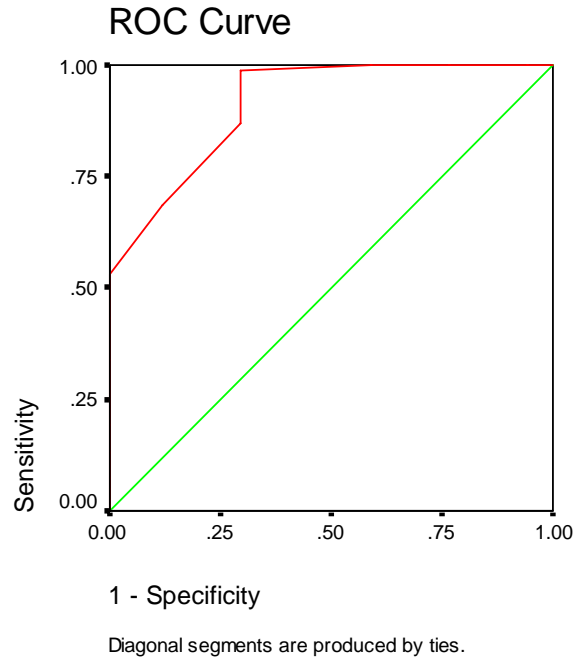
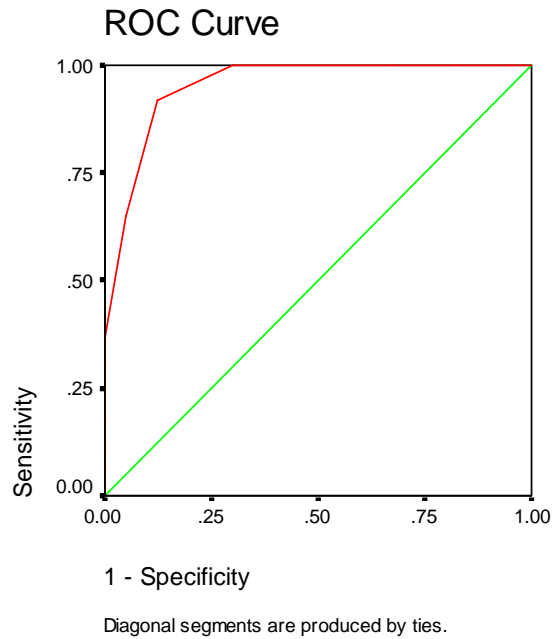


GRAFICO 6.
CURVA ROC PARA HAMD-17 A LAS 8 SEMANAS POR RESPUESTA (N=100)



**GRAFICO 7.
CURVA ROC PARA HAMD-7 A LAS 4 SEMANAS POR REMISION (N=100)**



**GRAFICO 8.
CURVA ROC PARA HAMD-7 A LAS 8 SEMANAS POR RESPUESTA (N=100)**

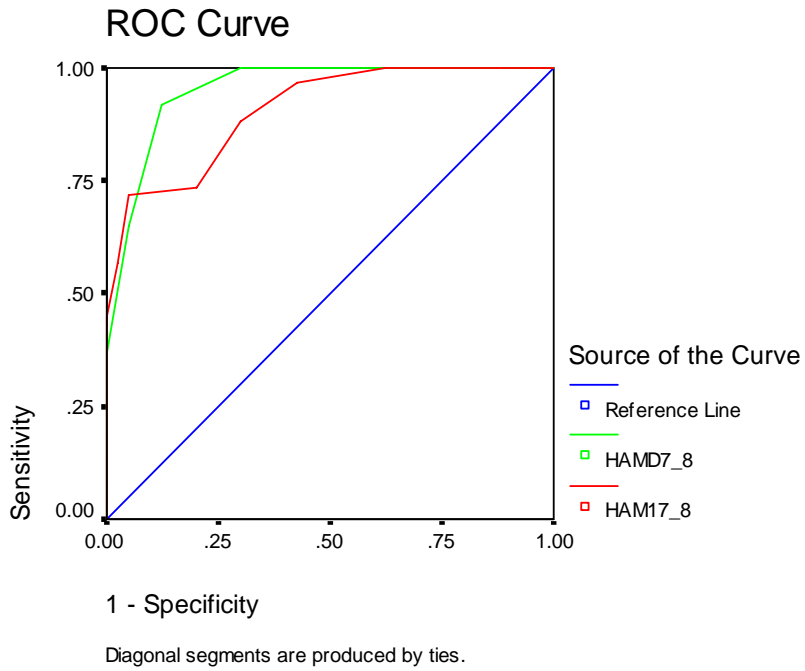
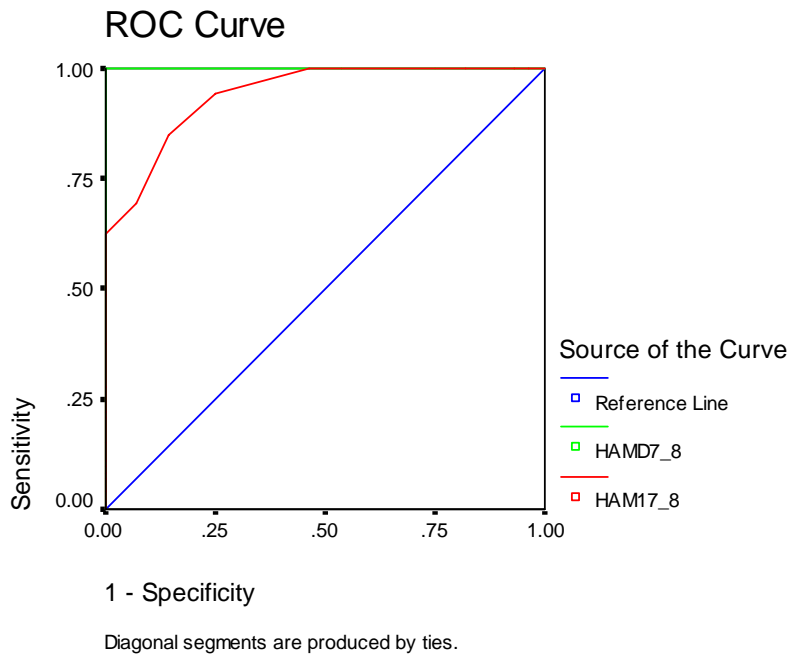
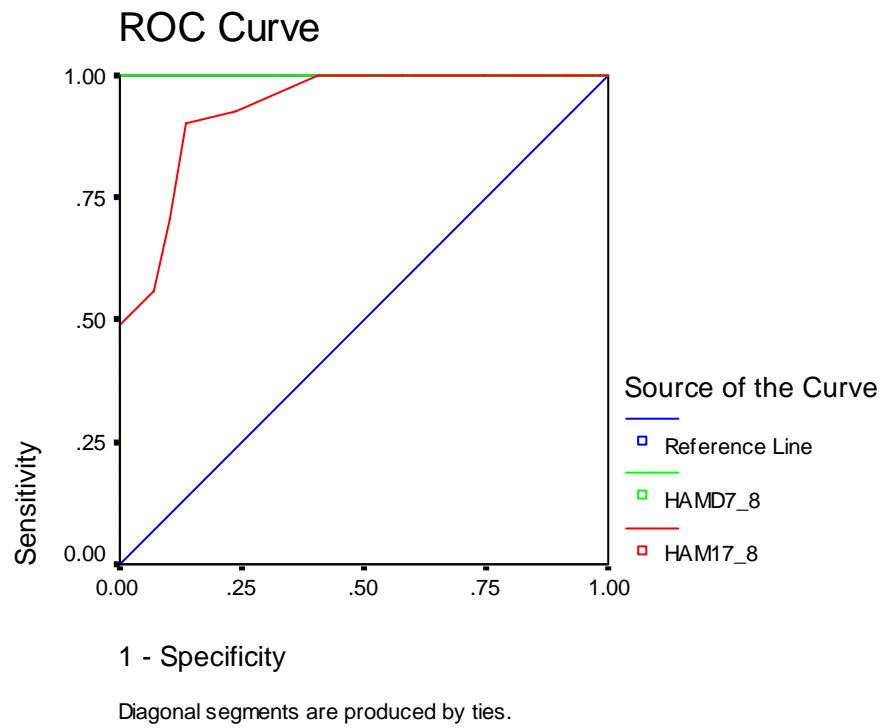


GRAFICO 9.
CURVA ROC PARA HAMD-7 Y HAMD-17 A LAS 8 SEMANAS POR
RESPUESTA (N=100)



GRAFICA 10.
CURVA ROC PARA HAMD-7 Y HAMD-17 A LAS 8 SEMANAS POR REMISION
(N=100)



GRAFICA 11.
CURVA ROC PARA HAMD-7 (remisión 5 puntos) Y HAMD-17 A LAS 8 SEMANAS POR REMISION (N=100)

En conclusión

La escala HAMD-7 es sensible para valorar la remisión y respuesta antidepresiva en el paciente medicamente enfermo después de 4 semanas de tratamiento. Para la remisión de la sintomatología es necesario esperar hasta la 8 semana para validarlo, lo cual es mas concorde con las metas de tratamiento, ya que clínicamente se acerca a la realidad de nuestros pacientes, ya que como en estudios previos (12) se había encontrado dicha modificación por las condiciones medicas, el riesgo de mortalidad y los factores ambientales influyen en la respuesta de forma negativa.

Es necesario practicar nuevos estudios para el estudio de confiabilidad de las escalas, crear nuevos esquemas de psicoterapia sistémica psicopedagógica, así como instrumentos clinimétricos híbridos para la atención y mejora de la calidad de la atención del paciente en enlace.

Anexo I Carta de aprobación por comité de investigación HE CMN SXXI

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL MEMORANDUM INTERNO

PARA: DR. VÁZQUEZ ESTUPIÑAN MARTÍN F.
PSIQUIATRÍA
DEL: JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

REF: D.EeI.S 049/2007

FECHA Mayo 24, 2007

Asunto: El que se indica

Adjunto envío a Usted, Acta original con el dictamen definitivo del proyecto de Investigación titulado "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN, REMISIÓN Y RESPUESTA ANTIDEPRESIVA EN PACIENTES MEDICAMENTE ENFERMOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI" con número de registro 032/2007.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Seguridad y Solidaridad Social"



DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ

DGMD'tbb.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G. "
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Mayo 22, 2007

PTR 032/2007 **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN,
REMISIÓN Y RESPUESTA ANTIDEPRESIVA EN PACIENTES
MEDICAMENTE ENFERMOS DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SXXI**

DICTAMEN: APROBADO

DR. JUAN A. MIER Y DIAZ
DIRECTOR GENERAL

Anexo 2

I. Consentimiento informado

Título: Evaluación de la Calidad de la atención, remisión y respuesta antidepresiva en pacientes médicamente enfermos del Hospital de Especialidades CMN SXXI. "Validación de la escala Hamilton para depresión de siete ítems (HAMD 7) "

Estudio No: 032/2007, ref: Eel. S 049/2007.

Investigador: Dra. Alexandra Michiko Kitazawa Ohtomo

Introducción: El trastorno depresivo mayor es un trastorno que deshabilita severamente al paciente y se espera que sea el segunda causa de problema de salud publica en el mundo.

En la consulta diaria tanto de primer nivel de atención hasta en las grandes instituciones representa frecuentemente la causa de consulta así como causa de interconsulta al servicio de psiquiatría en la mayoría de los hospitales de segundo y tercer nivel de atención. La mayoría de los pacientes deprimidos tanto en el primer nivel de salud como en los hospitales psiquiátricos no son sistemáticamente evaluados con el objetivo de mediciones cuantificables, una deficiencia modificable en el manejo de los pacientes.

Objetivo: Validar la utilidad clínica rutinaria de la escala HAMD 7 haciendo notar una evidencia objetiva calificable de la severidad de los síntomas depresivos, la efectividad de los antidepresivos y la remisión de la enfermedad.

Utilizar la escala HAMD 7 para mejorar las deficiencias conceptuales y pragmáticas adscritas al HAMD 17

Método: Si usted acepta participar en el presente estudio se le aplicará la escala "Hamilton Rating scale for Depresión (HAMD 7)", que consiste en 7 preguntas relacionadas con su estado de afectivo. Inicialmente se aplicará cada semana durante los primeros 3 meses y mensualmente hasta completar 1 año. Así mismo será necesario que usted autorice el acceso al expediente clínico con la finalidad de que sea corroborada la información con el diagnóstico

Como equipo investigador estamos comprometidos con usted para proporcionar la información que resulte de nuestra investigación.

Su participación en el presente estudio es voluntaria y no alterará el tratamiento que recibirá en esta institución.

Si usted decide participar en el presente estudio deberá llenar y firmar lo siguiente:

Enterado y de acuerdo con lo anterior autorizo mi participación en este estudio:

Familiar Responsable o Tutor:

Firma del Familiar Responsable o tutor:

Nombre del Paciente:

Testigo 1:

Testigo 2:

México D.F; a _____ de _____ del _____ 200_.

Anexo 3
Hoja de captura
Escala de Hamilton Para Depresión 7.

Nombre		Edad	Estado civil					
No SS		Sexo		Fecha Inicial:				
Otro dato importante:		Calificación	Ocupación	Calificación	Multiaxial			
1. Animo deprimido 0-4 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea		5. Ansiedad psíquica 0-4 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle		1.				
				2.				
				3.				
				4.				
2. Sentimientos de culpa 0-4 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras		6. Angustia 0-4 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de ansiedad como: Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, retortijones Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea Respiratorios: hiperventilación, suspiros Frecuencia urinaria Sudoración		Duelo				
				Cambio de rol				
				Disputa				
				Aislamiento				
3. Suicidio 0-4 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)		7. somatico general 0-2 0. Ninguno 1. Pesantez en extremidades, espalda, cabeza, dorsalgias, dolores musculares, pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se califica como		Insomnio				
				Fallas memoria				
				Concentración				
				Indecisión				
4. Anhedonia 0-4 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad		Totales BECK PHQ HAMD-17 HAMD-7 CHARLSON 1. IAM, EVC, ICC, F01, ERGE, DM, REUMA, EPOC 2. DM COMP, IRC, CA, PARAPÉLJIA, 3. METS, ENF HEPAT SEV, 6. VIH EVENTOS VITALES		Inicial	4 sem	8 sem	12 sem	16 sem
Tratamiento Medico								
Tratamientos Psiquiátricos (medicamento, dosis, duración en semanas,)				EEG:				
				TAC:				
				IRM:				
				OTRO:				
Inicio de Cuadro Depresivo (año)								
Numero de episodios								

REFERENCIAS

- 1.- Murray C. J. Lopez A:D: Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study. Science 1996; 274:740-3.
- 2.- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006 Jul 29;368(9533):365.
- 3.- Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER Depression: a neglected major illness. J Clin Psychiatry 1993;54:419-24.
- 4.- César Ojeda, Hernán Silva, Jorge Cabrera, Claudia Tchimino, Cecilia de la Carrera, Andrea Molina Concurrent and internal validity of a seven-item self-report rating scale for depression tested against the Beck and Hamilton depression inventories. A preliminary study. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.41 no.1 Santiago Jan. 2003.
- 5.- Brown CH, Schulberg HC and Madonia MJ. Assesing depression in primary care practice with de Beck depression inventory and the Hamilton rating scale for depression.Psychol Assessment 1995; 7: 59-65.
- 6.- Svanborg P, Asberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). J Affect Disord. 2001 May;64(2-3):203-16.

7.- Hamilton M. Rating Scale for depression. J. Neurol. Psychiat., 1960, 23, 56

8.- McIntyre R, Konarski J, Mancini D, Fulton K, Parikh S, Grigoriadis S, Grupp L, et al. Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD 7 scale. CMAJ November 22, 2005 123 (11).

9.- Levenson J. Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing. 1st ed. USA 2005

10.- Rush. J, Pincus H., First M., et al. Handbook of Psychiatric Measures. 1era ed. Edit American Psychiatric Association. USA 2000.

11.- Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. General Hospital Psychiatry 28 (2006) 71-77.

12.- Palacios R. Influencia de eventos vitales y el riesgo de mortalidad en la respuesta antidepresiva de pacientes con enfermedad médica. Tesis IMSS 2008.

13.- Handbook of psychiatric measures, APA 2000.

14.- Lara Muñoz C. PAC Libro 3 Evaluación clínica en Psiquiatría. APM 2003