

Diseño y validación de un cuestionario para la detección de depresión mayor en pacientes ancianos

Jesús D. López-Torres-Hidalgo^{a,b} / M. Pilar Galdón Blesa^c / Clotilde Fernández-Olano^{b,c} / Francisco Escobar-Rabadán^{b,c} / Julio Montoya-Fernández^{b,c} / Clotilde Boix-Gras^d / María J. Montes-Lozano^{b,e} / Luis Víctor Blas-Hernández^e / María L. Cremades-Romero^e / José M. del Campo-del Campo^c / Francisco Arnalich-Fernández^{f,g}

^aGerencia de Atención Primaria de Albacete. España.

^bFacultad de Medicina. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete. España.

^cCentro de Salud Universitario Zona IV de Albacete. España.

^dUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Albacete. España.

^eComplejo Hospitalario Universitario. Albacete. España.

^fFacultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^gHospital Universitario La Paz. Madrid. España.

(Design and validation of a questionnaire for the detection of major depression in elderly patients)

Resumen

Fundamento y objetivo: Elaborar y validar una escala para detectar trastornos depresivos mayores (TDM) en ancianos que utilizan las consultas de atención primaria (Escala para la Detección de Depresión en Ancianos [EDDA]).

Métodos: Estudio observacional transversal para validar una escala, administrada mediante entrevista personal, en 259 pacientes de 65 o más años. Tras revisar los instrumentos disponibles y elaborar los ítems, se realizó una primera prueba piloto o pretest. En una segunda prueba piloto se analizó la reproducibilidad del instrumento. El estándar de oro fue el resultado de una entrevista psiquiátrica estandarizada realizada por psiquiatras (criterios DSM-IV y entrevista SCAN).

Resultados: Los coeficientes de correlación intraclass (CCI) correspondientes a la fiabilidad intra e interobservador fueron, respectivamente, de 0,858 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,634-0,946) y 0,908 (IC del 95%, 0,726-0,969). El número de sujetos válidos para el estudio fue de 216 ancianos, en quienes se realizó, de forma ciega, una valoración en consultas de atención primaria y de psiquiatría. En éstas se objetivó la existencia de un TDM en 81 de ellos (37,5%; IC del 95%, 31,1-44,4). La EDDA mostró una elevada coherencia interna (α de Cronbach = 0,79). El análisis factorial determinó que existían 8 factores capaces de explicar el 55,8% de la varianza total. Para una puntuación mayor o igual a 15, la EDDA presenta una sensibilidad del 90,1% (IC del 95%, 80,95-95,33), una especificidad del 74,8% (IC del 95%, 66,48-81,71) y un cociente de probabilidad positivo de 3,58 (IC del 95%, 2,65-4,83).

Conclusiones: La EDDA es un instrumento clínicamente útil para la detección de los TDM de los ancianos en la atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria. Trastornos depresivos. Validez. Fiabilidad. Cuestionarios.

Abstract

Background and objective: The aim of this study was to design and validate a scale to detect major depressive disorders in elderly individuals in primary care (Detection of Depression in the Elderly Scale [DDES]).

Methods: We performed an observational and cross-sectional study for the validation of a scale, administered by means of a personal interview, in 259 patients aged 65 years old or older. Available instruments were reviewed and the questions were designed. Subsequently, a first pilot study was performed. In a second pilot study the reproducibility of the instrument was analyzed. The gold standard was the result of a standardized psychiatric interview performed by psychiatrists (DSM-IV criteria and SCAN interviews).

Results: The intraclass correlation coefficients corresponding to the test-retest and inter-rater reliability were 0.858 (95% confidence interval [CI], 0.634-0.946) and 0.908 (95% CI, 0.726-0.969) respectively. Two hundred sixteen subjects underwent an assessment, in which primary care and psychiatric evaluations were blinded. Major depression was diagnosed in 81 patients (37.5%; 95% CI, 31.1-44.4). The internal consistency of the DDES was good (Cronbach's alpha = 0.79). Exploratory factorial analysis revealed an 8-component structure (55.8% of explained variance). A cutoff score of 15 or more for the DDES showed sensitivity of 90.1% (95% CI, 80.95-95.33), specificity of 74.8% (95% CI, 66.48-81.71) and a likelihood ratio (+) of 3.58 (95% CI, 2.65-4.83).

Conclusions: The DDES is a clinically useful instrument for the detection of major depression in elderly patients in primary care.

Key words: Primary care. Depressive disorders. Validity. Reliability. Questionnaires.

Estudio financiado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (Resolución 16/10/2001; exp. 01037; DOCM n.º 113 de 23 de octubre 2001).

Correspondencia: Jesús López-Torres Hidalgo.
Gerencia de Atención Primaria.
Marqués de Villores, 6. 02001 Albacete. España.
Correo electrónico: jesusl@sescam.org

Recibido: 9 de junio de 2004. **Aceptado:** 28 de octubre de 2004.

Introducción

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública al que se enfrentan diariamente los médicos de atención primaria. En los estudios epidemiológicos se aportan cifras de morbilidad inalcanzables para la intervención de los psiquiatras, y los centros de salud mental son insuficientes para atender la demanda¹. Los trastornos depresivos son los trastornos emocionales más frecuentes en los ancianos, pues afectan a un 10-30% de los mayores de 65 años²⁻⁴, y supone un trastorno depresivo mayor (TDM) en el 1-5%⁵⁻⁶. En los ancianos discapacitados las cifras aumentan, llegando a ser del 36% en discapacitados somáticos⁷ y de más del 50% en hospitalizados por enfermedades físicas⁸.

El diagnóstico de la depresión continúa siendo puramente clínico. En los ancianos suele ser más complejo por su superposición con enfermedades orgánicas y por las características propias del envejecimiento. En cualquier caso, deben utilizarse criterios aceptados para clasificar el trastorno (CIE-10 de la OMS o DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana). El anciano deprimido exige un tiempo y una dedicación especial que, por desgracia, muchos médicos de familia no están en condiciones de ofrecer. De hecho, cerca de la mitad de los pacientes con depresión que frecuentan sus consultas no se diagnostican correctamente⁹⁻¹¹, y muchos cuadros depresivos en ancianos se infradiagnostican por un mayor número de presentaciones atípicas (seudodemencia, somatizaciones, negación de la sintomatología depresiva, etc.); tan sólo se establece un diagnóstico de los cuadros más graves¹². Al respecto, sólo recibe tratamiento un 10% de los ancianos que lo precisan¹³.

El diagnóstico puede apoyarse en escalas psicométricas, que proporcionan una medida basal y ayudan a observar la evolución del proceso y la respuesta al tratamiento. La más utilizada es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage^{14,15}, porque está diseñada específicamente para ancianos: reduce las cuestiones relativas a la salud física, que producen en éstos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales que realizan. Sin embargo, a pesar de que las escalas constituyen un inestimable instrumento de evaluación e investigación en atención primaria, su uso no es habitual en dicho nivel de atención¹. El médico refiere no manejarlas con seguridad y se apoya fundamentalmente en una visión rápida de la sintomatología afectiva del paciente.

A diferentes instrumentos utilizados para el diagnóstico de la depresión en el anciano¹⁶⁻²³ (Inventario de Beck, Escala de Autoapreciación de Zung, Inventario

de Hamilton, Escala Short-Care, Escala Cornell, Cuestionario de Goldberg, Perfil de Estados de Humor, Escala del Centro para Estudios Epidemiológicos, Canberra Interview for the Elderly, etc.) se atribuye una excesiva complejidad, una insuficiente validación en ancianos de la comunidad y el inconveniente de basarse principalmente en síntomas somáticos, sin diferenciar bien los efectos de la enfermedad física de los de la depresión²⁴. Esto propicia la creación de nuevas escalas de detección sencillas, rigurosas y adaptadas a la realidad sociosanitaria de los ancianos de nuestro medio, ya que los patrones culturales y la educación pueden tener un impacto significativo en su funcionamiento. Frente a los instrumentos ya disponibles para el cribado de la depresión, es necesaria la creación de otros nuevos capaces de discriminar entre el TDM y otros trastornos que se acompañan de síntomas depresivos.

El objetivo de esta investigación fue elaborar una escala para la detección de trastornos depresivos mayores en los ancianos que utilizan las consultas de atención primaria, en quienes se sospecha una alteración en su estado anímico (Escala para la Detección de Depresión en Ancianos [EDDA]), así como analizar su validez y fiabilidad, determinando el grado en que la escala es capaz de discriminar la presencia o ausencia de enfermedad.

Métodos

Se trata de un estudio observacional transversal para la validación de una escala de síntomas administrada mediante entrevista personal. Se llevó a cabo en 10 consultas de atención primaria de 2 zonas básicas de salud de características urbanas (Zonas 1 y 4 de Albacete) y 3 consultas de psiquiatría (Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete). Fueron sujetos de estudio los pacientes de ≥ 65 años en los que se sospechó la presencia de un trastorno en el estado de ánimo. La sospecha diagnóstica de un cuadro depresivo se estableció mediante la pregunta «¿se ha sentido bajo de ánimo recientemente?». El criterio de inclusión fue la obtención de una respuesta afirmativa. Los criterios de exclusión considerados fueron los siguientes: demencia, deficiencias sensoriales incompatibles con la realización de la entrevista personal y retraso mental.

Para la elaboración de los ítems de la escala se tuvieron en cuenta las características de la población (nivel cultural, situación de salud, etc.) y se revisaron los instrumentos disponibles para la detección de los trastornos depresivos. Inicialmente, en relación con cada uno de los criterios diagnósticos, se diseñó un número de preguntas superior al que permaneció en la versión final de la escala. Las preguntas, elaboradas y selecciona-

das mediante consenso entre los investigadores, se redactaron de forma clara y sencilla, de manera breve para requerir menos tiempo y atención por parte de los ancianos y de modo neutral para no influir en su respuesta. Se evitaron las preguntas redactadas en forma negativa y, por tratarse de ancianos, las que obligan a recurrir a la memoria, por lo que se centraron en acontecimientos recientes (su estado anímico en un marco temporal de, al menos, 2 semanas previas). En cuanto a la ordenación de las preguntas, se inició el cuestionario con las más sencillas, reservando para el final los aspectos con mayor carga emocional. El cuestionario se construyó siguiendo un orden lógico, con agrupaciones temáticas y evitando el efecto de contaminación de unas preguntas sobre otras.

Tras la redacción y la situación de las preguntas en el cuestionario, se realizó una primera prueba piloto, o pretest. Ésta se llevó a cabo en 16 ancianos y su objeto fue establecer la claridad de las preguntas (comprensión por parte de los ancianos) y de las instrucciones contenidas en la escala, así como registrar el tiempo necesario para completar la prueba. En dicha prueba los ancianos respondieron a los 49 ítems propuestos inicialmente. La edad media (desviación estándar, [DE]) de los sujetos fue de 71,9 (3,2) años, y el tiempo medio requerido de 13,0 (8,4) min. Tras comprobar las dificultades en la comprensión de algunas preguntas e identificar la información duplicada, el número de ítems se redujo a 25. Una segunda prueba piloto realizada en 35 ancianos se utilizó para describir su reproducibilidad (20 ancianos entrevistados en 2 ocasiones distintas y en un plazo de tiempo inferior a 1 semana, y 15 ancianos evaluados por 2 médicos consecutivamente para determinar la fiabilidad entre observadores). En este grupo de ancianos (media de edad [DE], 73 [5,6] años; tiempo medio, 6,2 [3,6] min) se obtuvieron en cuanto a fiabilidad intraobservador e interobservador unos coeficientes de correlación intraclass de 0,858 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,634-0,946) y 0,908 (IC del 95%, 0,726-0,969), respectivamente.

El tamaño muestral se estimó considerando un IC del 95% y una precisión de $\pm 5\%$. Para unos valores de sensibilidad y especificidad del 95% se hubiesen necesitado 73 ancianos con TDM (en quienes se esperaría un resultado positivo en la EDDA en el 95%) y 73 ancianos sanos (en quienes sería previsible un resultado negativo en la EDDA en el 95%). La selección de los participantes se realizó mediante muestreo consecutivo, que era una estrategia de muestreo prospectivo a partir del test, y se obtuvieron 2 subpoblaciones de pacientes (tests con puntuación suficiente e insuficiente para considerarse positivo, respectivamente). Ambos grupos fueron diagnosticados con posterioridad mediante el patrón de referencia (entrevista psiquiátrica estandarizada).

Como variable predictora se consideró la puntuación de la EDDA (escala de síntomas heteroadministrada mediante entrevista). Se consideró la puntuación global como la suma aritmética de la apuntada en cada ítem (0 o 1), donde una mayor puntuación indicaba un mayor número de síntomas depresivos. Se consideró un resultado dicotómico (depresión presente/ausente), estableciéndose diferentes puntos de corte. Las preguntas fueron cerradas con 2 opciones de respuesta (afirmativo/negativo).

La prueba de referencia fue el resultado de una entrevista psiquiátrica realizada por especialistas en psiquiatría. Así, como variable de desenlace o efecto se consideró la presencia o ausencia de un TDM, según criterios DSM-IV²⁵: humor depresivo, disminución de interés o placer en la realización de actividades (imprescindible al menos uno de los anteriores), pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o entecimiento psicomotor, cansancio o pérdida de energía, sentimiento de desesperanza o culpa, disminución de la capacidad de pensamiento o concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Se consideró TDM cuando estuvieron presentes 5 o más de estos síntomas al menos durante 2 semanas y éstos representaron un cambio respecto a la situación previa del paciente. Por otra parte, se consideró TDM cuando los síntomas provocaron una enfermedad significativa o el deterioro de las funciones sociales, no explicables por un sentimiento de duelo o por los efectos de una sustancia o enfermedad. A continuación, el diagnóstico fue confirmado mediante la entrevista psiquiátrica Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)^{26,27}. Las determinaciones realizadas por los psiquiatras se llevaron a cabo de forma estandarizada y a ciegas, desconociendo el resultado de la EDDA.

Otras variables consideradas para describir a los sujetos incluidos en la muestra fueron las siguientes: sexo, edad, nivel de instrucción, clase social según la ocupación²⁸ del entrevistado y de su cónyuge (Clasificación Nacional de Ocupaciones), estado civil, frecuencia de las consultas de medicina general (3 meses previos), comorbilidad (problemas de salud según CIPSAP-2-definida), consumo de psicofármacos y otros medicamentos (Clasificación anatómico-terapéutica).

Al disponer del cuestionario definitivo con la versión final de la EDDA (Anexo 1) y el resto de las variables, así como instrucciones sobre la forma de responder, se entrevistó a los ancianos en las consultas de atención primaria. A los participantes se les explicó el propósito del estudio y las razones de su inclusión en él. A continuación, fueron remitidos a las consultas de psiquiatría.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. A lo largo del estudio se respetaron los siguientes principios éticos: consentimiento y voluntariedad en la participación, garantía del ano-

nimato en la información suministrada y restricción de los datos facilitados por el entrevistado, en exclusividad, a la investigación propuesta.

En el análisis estadístico, llevado a cabo con el programa SPSS, se realizó una descripción de los sujetos y se establecieron comparaciones entre los ancianos con y sin depresión mediante pruebas comparativas de medias y proporciones en grupos independientes. Para comprobar la fiabilidad de la escala (consistencia intraobservador e interobservador) se empleó el coeficiente de correlación intraclase, basado en el análisis de la varianza y apropiado para reflejar los cambios en los valores medios y la correlación entre las distintas medidas. La coherencia interna de las respuestas se evaluó mediante el coeficiente α de Cronbach (correlación entre las respuestas a las distintas opciones de la escala para evaluar la homogeneidad de los ítems).

Para evaluar la validez de contenido, se comprobó que las preguntas de la EDDA contenían información sobre todas las dimensiones que intervienen en el diagnóstico de un TDM. Para ello, las preguntas consideraron aspectos referentes a cada uno de los criterios DSM-IV que intervienen en su diagnóstico, y fueron supervisadas por psiquiatras y médicos de familia con experiencia clínica.

Se garantizó una adecuada validez de constructo mediante análisis cualitativo, comprobando que el contenido de la escala fuera concordante con el concepto teórico de la enfermedad y comparable con otros instrumentos que miden el mismo atributo. Se exploraron las dimensiones subyacentes y fundamentales mediante un análisis factorial, con extracción de factores por el método de componentes principales y una rotación posterior por el método ortogonal Varimax. Se evaluó la adecuación del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Para valorar la validez de criterio se determinó la sensibilidad y especificidad de la prueba con sus correspondientes IC del 95%. Se estableció el punto de corte más adecuado mediante la curva de características operativas (*receiver operating characteristic, ROC*), que sirvió como índice de la exactitud con que la EDDA es capaz de discriminar el diferente estado anímico de los ancianos. Para valorar la utilidad clínica de la prueba, se midieron los valores predictivos positivo y negativo de la escala. También se determinó el cociente de probabilidad o verosimilitud para los posibles resultados de la prueba, lo que permitió expresar sus características según diferentes puntos de corte.

Resultados

En las consultas de atención primaria fueron seleccionados 259 ancianos que respondieron afirmati-

vamente a la pregunta filtro. Tras responder a las preguntas de la EDDA, fueron remitidos a las consultas de psiquiatría. A éstas acudieron 217 (83,8%), aunque 1 fue excluido por tener una edad < 65 años. Entre los 216 ancianos restantes se objetivó un TDM en 81 de ellos (37,5%; IC del 95%, 31,1-44,4).

En la tabla 1 se muestran las características de los ancianos seleccionados en las consultas de atención primaria que acudieron posteriormente a las de psiquiatría. Los problemas de salud más frecuentes y la medicación consumida habitualmente por los ancianos se muestran en las tablas 2 y 3, respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar el número medio de problemas de salud o de medicamentos entre los pacientes con o sin TDM. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con y sin diagnóstico de depresión en cuanto a la proporción de sexo, estado civil, nivel de instrucción o clase social. La edad media fue significativamente inferior en los sujetos diagnosticados de depresión (72,3 [5,9] años) respecto a los demás (74,3 [5,1] años) ($p = 0,01$). El número medio de visitas al médico durante los 3 meses previos a la entrevista no fue significativamente diferente en ambos grupos. En la tabla 4 se muestran los diagnósticos realizados en las consultas de psiquiatría (Clasificación DSM-IV). En 58 ancianos (26,9%) no se detectaron problemas de salud mental.

La EDDA mostró una elevada coherencia interna (α de Cronbach = 0,79). En el análisis factorial se comprobó que había 8 factores capaces de explicar el 55,8% de la varianza total. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,78 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 1.105,38 con 300 grados de libertad ($p < 0,001$), lo que permitió concluir que hay correlaciones significativas entre los atributos. En cada factor se incluyeron los ítems con mayor saturación y se interpretó su contenido para configurar cada una de las dimensiones (tabla 5).

En la tabla 6 se muestran los ítems de la EDDA y la distribución de las respuestas (presencia de cada uno de los síntomas depresivos) en los pacientes con TDM. En la tabla 7 se muestran los valores obtenidos en cuanto a la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos según el punto de corte elegido, y en la figura 1 se muestra la curva ROC de la EDDA en la que se obtuvo un área bajo la curva de 0,86 (IC del 95%, 0,81-0,91) (Programa Win.Episcope 2.0). Mediante la curva ROC se comprobó que el punto de corte más adecuado para identificar un TDM corresponde a una puntuación ≥ 15 .

Discusión

Cualquier estudio referido a pruebas diagnósticas es susceptible de presentar errores aleatorios. Para

Tabla 1. Características sociodemográficas de los ancianos

Características	TDM n (%)	No TDM n (%)	Total n (%)
Sexo			
Varón	19 (23,5)	23 (17,0)	42 (19,4)
Mujer	62 (76,5)	112 (83,0)	174 (80,6)
Edad (años)			
65-69	27 (33,3)	33 (24,4)	60 (27,8)
70-74	27 (33,3)	41 (30,4)	68 (31,5)
75-79	19 (23,5)	34 (25,2)	53 (24,5)
80-84	6 (7,4)	17 (12,6)	23 (10,6)
> 84	2 (2,5)	10 (7,4)	12 (5,6)
Nivel de estudios			
Analfabeto/lee y escribe	69 (85,2)	119 (88,2)	188 (87,0)
Estudios primarios	9 (11,1)	11 (8,1)	20 (9,3)
Estudios medios o superiores	2 (2,5)	5 (3,7)	7 (3,2)
No consta	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,5)
Profesión ejercida la mayor parte de su vida			
Sus labores	37 (45,7)	63 (46,7)	100 (46,3)
Empleada del hogar	8 (9,9)	20 (14,8)	28 (13,0)
Trabajador agrícola	5 (6,2)	15 (11,1)	20 (9,3)
Costurera/modista	4 (4,9)	2 (1,5)	6 (2,8)
Albañil	3 (3,7)	3 (2,2)	6 (2,8)
Dependiente de comercio	2 (2,5)	3 (2,2)	5 (2,3)
Otros	20 (24,7)	28 (20,7)	48 (22,2)
No consta	2 (2,5)	1 (0,7)	3 (1,4)
Clase social basada en la ocupación			
I. Directivos de la administración y de las empresas. Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
II. Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales. Otros técnicos no superiores. Artistas y deportistas	1 (1,2)	3 (2,2)	4 (1,9)
III. Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios, en general. Personal de los servicios de protección y seguridad	4 (4,9)	4 (3,0)	8 (3,7)
IVa. Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario	57 (70,4)	84 (62,2)	141 (65,3)
IVb. Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Ídem del sector primario	11 (13,6)	39 (28,9)	50 (23,1)
V. Trabajadores no cualificados	3 (3,7)	1 (0,7)	4 (1,9)
VI. Otros casos (miembros del clero y de las fuerzas armadas). Mal especificados	2 (2,5)	3 (2,2)	5 (2,3)
No consta	3 (3,7)	1 (2,2)	5 (2,3)
Estado civil			
Soltero	2 (2,5)	2 (1,5)	4 (1,9)
Casado	56 (69,1)	76 (56,3)	132 (61,1)
Viudo	20 (24,7)	55 (40,7)	75 (34,7)
Otros estados	3 (3,7)	1 (0,7)	4 (1,9)
No consta	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,5)
Número de visitas al médico en los 3 meses previos			
0-2	37 (45,7)	50 (37,0)	87 (40,3)
3 o más	44 (54,3)	84 (62,2)	128 (59,3)
No consta	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,5)

TDM: trastorno depresivo mayor.

cuantificar dicho error se calcularon los IC para la sensibilidad y la especificidad de la escala y se estandarizaron las condiciones de aplicación, garantizándose iguales condiciones en todos los encuestados. La se-

lección muestral, a pesar de no ser aleatoria, intentó representar a la población de estudio, incluido todo el espectro clínico patológico o de comorbilidad de la enfermedad. Respecto al tipo de cuestionario, aunque los

Tabla 2. Problemas de salud más frecuentes

Problema de salud	Todos (n = 216)	TDM n (%)	No TDM n (%)	p
Hipertensión arterial	120 (55,6)	43 (53,1)	77 (57,0)	NS
Dislipemia	73 (33,8)	32 (39,5)	73 (33,8)	NS
Artrosis	67 (31,0)	23 (28,4)	44 (32,6)	NS
Diabetes mellitus	52 (24,1)	22 (27,2)	30 (22,2)	NS
Depresión	46 (21,3)	24 (29,6)	22 (16,3)	0,02
Cardiopatía isquémica	27 (12,5)	6 (7,4)	21 (15,6)	NS
Obesidad	25 (11,6)	8 (9,9)	17 (12,6)	NS
Hernia de hiato	21 (9,7)	8 (9,9)	13 (9,6)	NS
Insuficiencia venosa de miembros inferiores	19 (8,8)	6 (7,4)	13 (9,6)	NS
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/ asma	18 (8,3)	7 (8,6)	11 (8,1)	NS

TDM: trastorno depresivo mayor; NS: diferencia estadísticamente no significativa.

Tabla 3. Medicación crónica consumida por los pacientes con mayor frecuencia

Medicamentos	Todos (n = 216)	TDM n (%)	No TDM n (%)	p
Ansiolíticos/hipnóticos	84 (38,9)	32 (39,5)	52 (38,5)	NS
Inhibidores de la ECA	81 (37,5)	30 (37,0)	51 (37,8)	NS
Hipolipemiantes	65 (30,1)	20 (24,7)	45 (33,3)	NS
Diuréticos	56 (25,9)	21 (25,9)	35 (25,9)	NS
Antidepresivos	51 (23,6)	20 (24,7)	31 (23,0)	NS
Antagonistas del calcio	39 (18,1)	11 (13,6)	28 (20,7)	NS
Antiagregantes plaquetarios	35 (16,2)	11 (13,6)	24 (17,8)	NS
Analgésicos	31 (14,4)	9 (11,1)	22 (16,3)	NS
Antidiabéticos orales	28 (13,0)	13 (16,0)	15 (11,1)	NS
Inhibidores de la bomba de protones	25 (11,6)	8 (9,9)	17 (12,6)	NS

TDM: trastorno depresivo mayor; NS: diferencia estadísticamente no significativa; ECA: enzima de conversión de la angiotensina.

autoadministrados pueden ser más eficaces en la recogida de la información y proporcionan más intimidad al sujeto, al tratarse de ancianos con un alto índice de analfabetismo, es preferible el uso de entrevistas en las que sea posible clarificar algunos aspectos.

Para evitar un sesgo en la medición de las variables, las determinaciones de los resultados de la prueba (EDDA) y del desenlace (entrevista psiquiátrica) fueron realizadas a ciegas y para disminuir el posible sesgo de variabilidad en la interpretación de resultados se realizó en el estudio piloto el análisis de consistencia interobservadores. A pesar de utilizarse en la confirmación del diagnóstico una entrevista psiquiátrica estandarizada suficientemente contrastada²⁷, cabe admitir un posible «sesgo del *gold standard* imperfecto» que podría sobrestimar los índices de sen-

Tabla 4. Problemas de salud mental (DSM-IV)

Diagnósticos	n (%)
TDM	48 (22,22)
TDM y trastorno distímico	27 (12,50)
TDM y trastorno cognoscitivo no especificado	5 (2,31)
TDM, trastorno distímico y trastorno cognoscitivo no especificado	1 (0,46)
TDM en remisión parcial	12 (5,55)
TDM en remisión parcial y trastorno distímico	1 (0,46)
TDM en remisión parcial y trastorno cognoscitivo no especificado	1 (0,46)
Trastorno distímico	24 (11,11)
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	13 (6,02)
Duelo	6 (2,78)
Trastorno de ansiedad no especificado	7 (3,24)
Trastorno cognoscitivo no especificado	5 (2,31)
Trastorno distímico y trastorno cognoscitivo no especificado	2 (0,93)
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y trastorno cognoscitivo no especificado	2 (0,93)
Duelo y trastorno cognoscitivo no especificado	1 (0,46)
Trastorno distímico, trastorno adaptativo con ánimo depresivo y trastorno cognoscitivo no especificado	1 (0,46)
Diagnóstico aplazado	2 (0,93)
Sin patología mental	58 (26,85)
Total	216 (100,0)

TDM: trastorno depresivo mayor.

sibilidad y especificidad. Puesto que el problema principal de las entrevistas diagnósticas es la necesidad de personal cualificado y de tiempo suficiente para su administración^{11,29}, en el estudio intervinieron especialistas en psiquiatría como evaluadores clínicos expertos, y se realizaron las entrevistas fuera de su horario habitual de trabajo. El sistema SCAN es un instrumento complejo que proporciona una adecuada información clínico-investigadora para establecer la presencia de los criterios diagnósticos. Incluye diferentes cuestionarios integrados en una entrevista semiestructurada, dirigidos a evaluar y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales asociadas con los principales trastornos psiquiátricos²⁶. Se ha incorporado también al instrumento un programa informático (CATEGO-5), capaz de clasificar las alteraciones psicopatológicas según criterios CIE y DSM. La versión en castellano del instrumento fue validada por Vázquez-Barquero en 1994.

La depresión en el anciano puede pasar inadvertida en la práctica clínica. Es importante conocer sus manifestaciones para detectarla precozmente y reducir los efectos sobre su estado funcional. Los factores psicosociales son importantes en el desencadenamiento y el mantenimiento de la enfermedad pero, además, la frecuencia de la depresión en el anciano con alguna enfermedad física es muy elevada, ya que ésta interfiriere en la recuperación de la depresión, y viceversa. Diferentes estudios han revelado que la depresión

Tabla 5. Pesos (loadings) obtenidos por los ítems en el análisis factorial

Dimensiones (factores)	Peso	Varianza (%)
I. Desesperanza, anhedonia y pensamientos recurrentes de muerte		11,4
¿Sigue disfrutando igual de las cosas que antes?	0,619	
¿Se siente fracasado?	0,533	
¿Se siente útil?	0,619	
¿Se enfada con facilidad?	0,276	
¿Tiene ganas de vivir?	0,687	
¿Está desesperado?	0,627	
¿En ocasiones piensa que sería mejor morirse?	0,463	
II. Estado de ánimo o humor depresivo y ansioso		7,5
¿Se encuentra triste?	0,472	
¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	0,64	
¿Se encuentra más nervioso que antes?	0,744	
¿Le parece todo muy difícil?	0,509	
III. Insomnio mixto y somatizaciones		7,5
¿Duerme peor que antes?	0,76	
¿Le cuesta dormirse?	0,766	
¿Se despierta con frecuencia durante la noche?	0,676	
¿Cree que su salud está empeorando?	0,344	
IV. Dificultad de concentración y apatía		7,4
¿Ha dejado de hacer cosas que antes hacía?	0,603	
¿Le cuesta tomar decisiones?	0,552	
¿Le cuesta concentrarse para hacer cualquier cosa?	0,658	
V. Pérdida de energía y actividad social		5,9
¿Le apetece estar con la gente?	0,594	
¿Se encuentra sin fuerzas?	0,708	
¿Le cuesta trabajo levantarse por la mañana?	0,596	
VI. Pérdida de apetito o peso		5,9
¿Ha perdido el apetito?	0,822	
¿Ha perdido peso?	0,802	
VII. Pérdida mnésica		5,3
¿Tiene dificultad para recordar cosas?	0,758	
VIII. Sentimientos de soledad o abandono		4,8
¿Se siente solo?	0,514	

mayor se asocia con un incremento de la mortalidad^{30,31}. En nuestros resultados llama la atención la elevada prevalencia de problemas de salud crónicos en los ancianos que manifiestan un bajo estado de ánimo. Entre ellos, la hipertensión arterial (55,6%), la dislipemia (33,8%) y la artrosis (31,0%) son los que aparecen con más frecuencia en la historia clínica de los pacientes.

A pesar de la elevada prevalencia de los trastornos depresivos, no se recomienda la realización de pruebas de cribado o entrevistas estructuradas sistemáticas de toda la población consultante^{32,33}, aunque, por su mayor prevalencia, requieren una especial atención los sujetos más frecuentadores, los que han sufrido acontecimientos vitales estresantes, los viudos y las mujeres³⁴. Según nuestros resultados, es aconsejable in-

teresarse por el estado afectivo de los ancianos que acuden a la consulta del médico de familia, ya que el 37,5% de los que manifiestan un bajo estado de ánimo cumple criterios de TDM, cifra lógicamente superior a los datos sobre la prevalencia en la población general anciana o en los que frecuentan las consultas sin tener en cuenta su estado anímico.

Se afirma que en atención primaria se detectan poco los trastornos depresivos^{11,29,35,36}, y se calcula que hasta un 50-75% de los pacientes que padecen trastornos mentales, incluidos los cuadros depresivos, pasan inadvertidos al médico de familia³⁷. A esto puede contribuir la propia dificultad para el diagnóstico en atención primaria, donde no se emplean los criterios tradicionales de la psiquiatría, de difícil aplicación en las consultas a demanda de los pacientes, condicionadas por una excesiva presión asistencial y limitadas por la escasez de tiempo⁹. Por su parte, los psiquiatras creen que muchos de sus pacientes derivados por el médico de familia podrían ser tratados por éste si se mejorase el proceso de detección y diagnóstico, además de otros motivos, como la formación básica en psiquiatría, disponer del tiempo suficiente y los protocolos de actuación conjunta entre niveles primario y especializado¹.

Por ello, se considera necesario disponer de instrumentos que ayuden al médico de familia en el diagnóstico de un TDM de forma eficiente en su práctica clínica. En este sentido, la EDDA presenta unos adecuados índices de fiabilidad, comparables a los obtenidos en estudios recientes dirigidos a evaluar las propiedades psicométricas de otras escalas, como la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale³⁸ (MADRS) o la Escala Geriátrica de Depresión³⁹ (GDS), validada en español en el ámbito de atención primaria⁴⁰. Por otra parte, la EDDA reúne unos criterios adecuados de validez; da prioridad a una elevada sensibilidad (90,4%), como corresponde al interés por un diagnóstico precoz de la enfermedad en el ámbito de atención primaria, y mantiene una discreta especificidad que permitirá clasificar correctamente al 74,8% de los ancianos sin TDM. Los resultados obtenidos mejoran el valor predictivo de otros instrumentos, como la escala de depresión de 10 ítems del Center for Epidemiological Studies¹⁷, la especificidad del WHO-5⁴¹, el GHQ-12⁴¹ o de las preguntas que valoran el estado de ánimo en el PRIME-MD, que constituye un cuestionario ideado para facilitar el reconocimiento y el diagnóstico rápido y fiable de los trastornos mentales en atención primaria. En el caso de la EDDA, el valor predictivo positivo está condicionado por la elevada prevalencia de TDM en los ancianos que manifiestan una alteración en su estado de ánimo, donde resultan menos sesgados los cocientes de probabilidad.

Las escalas pueden ser muy útiles como elementos de apoyo al diagnóstico clínico e instrumentos para medir la gravedad de la sintomatología, y muy apropiadas tanto en la práctica asistencial como en estu-

Tabla 6. Distribución de respuestas (puntuación positiva) en sujetos con y sin depresión mayor

Preguntas	No TDM n (%)	TDM n (%)	p
¿Se encuentra triste?	121 (89,6)	81 (100,0)	0,003
¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	90 (66,7)	69 (85,2)	0,003
¿Se enfada con facilidad?	78 (57,8)	62 (76,5)	0,005
¿Ha dejado de hacer cosas que antes hacía?	85 (63,0)	60 (74,1)	NS
¿Le apetece estar con la gente?	36 (26,7)	50 (61,7)	< 0,001
¿Sigue disfrutando igual de las cosas que antes?	81 (60,0)	72 (88,9)	< 0,001
¿Ha perdido el apetito?	31 (23,0)	32 (39,5)	0,01
¿Ha perdido peso?	31 (23,0)	24 (29,6)	NS
¿Duerme peor que antes?	90 (66,7)	65 (80,2)	0,03
¿Le cuesta dormirse?	82 (60,7)	60 (74,1)	0,04
¿Se despierta con frecuencia durante la noche?	91 (67,4)	71 (87,7)	0,001
¿Tiene dificultad para recordar cosas?	80 (59,3)	70 (86,4)	< 0,001
¿Se encuentra más nervioso que antes?	101 (74,8)	64 (79,0)	NS
¿Se encuentra sin fuerzas?	101 (74,8)	76 (93,8)	< 0,001
¿Cree que su salud está empeorando?	93 (68,9)	75 (92,6)	< 0,001
¿Le cuesta trabajo levantarse por la mañana?	48 (35,6)	45 (55,6)	0,004
¿Le parece todo muy difícil?	77 (57,0)	70 (86,4)	< 0,001
¿Se siente fracasado?	36 (26,7)	47 (58,0)	< 0,001
¿Se siente útil?	28 (20,7)	38 (46,9)	< 0,001
¿Se siente solo?	61 (45,2)	51 (63,0)	0,01
¿Le cuesta tomar decisiones?	63 (46,7)	66 (81,5)	< 0,001
¿Le cuesta concentrarse para hacer cualquier cosa?	53 (39,3)	61 (75,3)	< 0,001
¿Tiene ganas de vivir?	20 (14,8)	44 (54,3)	< 0,001
¿Está desesperado?	23 (17,0)	33 (40,7)	< 0,001
¿En ocasiones piensa que sería mejor morirse?	55 (40,7)	46 (56,8)	0,02

TDM: trastorno depresivo mayor. NS: diferencia no estadísticamente significativa

Tabla 7. Parámetros de validez según el punto de corte

Punto de corte	S (IC del 95%)	E (IC del 95%)	VPP (IC del 95%)	VPN (IC del 95%)	CPP (IC del 95%)	CPN (IC del 95%)
≥ 12	98,77 (92,36-99,94)	43,7 (35,27-52,50)	51,28 (43,19-59,31)	98,33 (89,86-99,91)	1,75 (1,51-2,04)	0,03 (0,00-0,20)
≥ 13	95,06 (87,16-98,41)	51,85 (43,13-60,47)	54,23 (45,68-62,54)	94,59 (86,02-98,25)	1,97 (1,65-2,37)	0,1 (0,04-0,25)
≥ 14	93,83 (85,55-97,71)	67,41 (58,73-75,07)	63,33 (54,00-71,80)	94,79 (87,70-98,07)	2,88 (2,24-3,69)	0,09 (0,04-0,22)
≥ 15	90,12 (80,95-95,33)	74,81 (66,48-81,71)	68,22 (58,42-76,70)	92,66 (85,61-96,55)	3,58 (2,65-4,83)	0,13 (0,07-0,26)

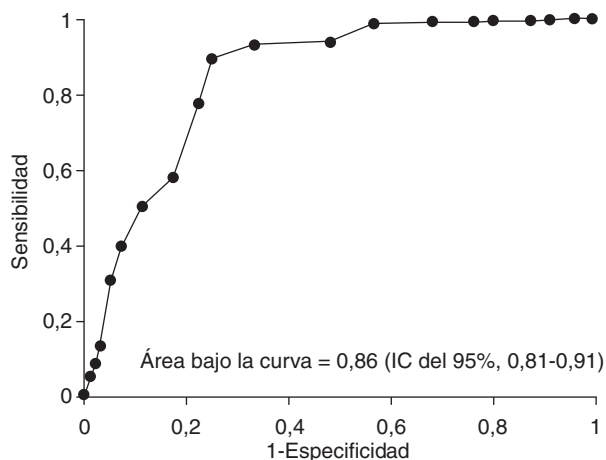
S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; CPP: cociente de probabilidad positivo; CPN: cociente de probabilidad negativo; IC: intervalo de confianza.

dios clínicos³⁸. Por ello, es imprescindible que estén correctamente adaptadas al entorno cultural en que serán utilizadas y dispongan de unas propiedades psicométricas consistentes. El hecho de que estas escalas tengan con frecuencia un excesivo número de ítems y, especialmente, que estén planteados con múltiples posibilidades de respuesta, dificulta su cumplimentación y justifica los intentos realizados para su simplificación. La propuesta de la EDDA, con respuestas di-

cotómicas, facilita su utilización, no sólo por su mayor simplicidad, sino también por el menor tiempo requerido para realizarla.

Como conclusión, la finalidad del estudio ha sido el desarrollo de un instrumento clínicamente útil para la detección de los TDM de los ancianos en atención primaria, que habitualmente pueden pasar inadvertidos. A diferencia de otras escalas, se trata de un instrumento destinado a los pacientes ancianos que manifiestan un

Figura 1. Curva ROC. Punto de corte: ≥ 15 .



Anexo 1. EDDA

La Escala para la Detección de Depresión en Ancianos se dirige a los pacientes de edad ≥ 65 años que contestan afirmativamente a la pregunta «¿Se ha sentido bajo de ánimo recientemente?»

A continuación, si me lo permite, le voy a hacer unas preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente (durante las últimas 2 semanas):

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. ¿Se encuentra triste? | 1: Sí | 2: No |
| 2. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia? | 1: Sí | 2: No |
| 3. ¿Se enfada con facilidad? | 1: Sí | 2: No |
| 4. ¿Ha dejado de hacer cosas que antes hacía? | 1: Sí | 2: No |
| 5. ¿Le apetece estar con la gente? | 1: Sí | 2: No |
| 6. ¿Sigue disfrutando igual de las cosas que antes? | 1: Sí | 2: No |
| 7. ¿Ha perdido el apetito? | 1: Sí | 2: No |
| 8. ¿Ha perdido peso? | 1: Sí | 2: No |
| 9. ¿Duerme peor que antes? | 1: Sí | 2: No |
| 10. ¿Le cuesta dormir? | 1: Sí | 2: No |
| 11. ¿Se despierta con frecuencia durante la noche? | 1: Sí | 2: No |
| 12. ¿Tiene dificultad para recordar cosas? | 1: Sí | 2: No |
| 13. ¿Se encuentra más nervioso que antes? | 1: Sí | 2: No |
| 14. ¿Se encuentra sin fuerzas? | 1: Sí | 2: No |
| 15. ¿Cree que su salud está empeorando? | 1: Sí | 2: No |
| 16. ¿Le cuesta trabajo levantarse por la mañana? | 1: Sí | 2: No |
| 17. ¿Le parece todo muy difícil? | 1: Sí | 2: No |
| 18. ¿Se siente fracasado? | 1: Sí | 2: No |
| 19. ¿Se siente útil? | 1: Sí | 2: No |
| 20. ¿Se siente solo? | 1: Sí | 2: No |
| 21. ¿Le cuesta tomar decisiones? | 1: Sí | 2: No |
| 22. ¿Le cuesta concentrarse para hacer cualquier cosa? | 1: Sí | 2: No |
| 23. ¿Tiene ganas de vivir? | 1: Sí | 2: No |
| 24. ¿Está desesperado? | 1: Sí | 2: No |
| 25. ¿En ocasiones piensa que sería mejor morir? | 1: Sí | 2: No |

Puntuación: un punto por cada respuesta afirmativa en los ítems 1-4, 7, 8-18, 20-22, 24 y 25, y un punto por cada respuesta negativa en los ítems 5, 6, 19 y 23.

bajo estado de ánimo, y contribuye a identificar un TDM frente a otros trastornos con sintomatología depresiva. También se trata de una escala validada en la población anciana consultante y, por tanto, en la población diana en la que será aplicada posteriormente, por lo que se aproxima a las condiciones ideales de las pruebas diagnósticas. La EDDA presenta unas buenas cualidades psicométricas. Mediante un análisis factorial se ha puesto de manifiesto su pluridimensionalidad según diferentes criterios diagnósticos. El valor del coeficiente α de Cronbach ha sido superior al estándar exigido (0,7), lo que indica una elevada coherencia interna. Asimismo, tanto la fiabilidad entre observadores como la del test-retest presentan coeficientes de correlación intraclassa elevados.

Agradecimientos

Nuestro especial agradecimiento a los colaboradores Dña. María J. Rodríguez Ibáñez, Dra. Carmen González Sánchez, Dr. Rafael Muñoz Sánchez-Villacañas, Dr. Marcelino Requena Gallego, Dr. Miguel Ángel Martínez Vergara, Dra. Inmaculada Tejero Cabello, Dr. José Jorge Pérez Pascual, Dr. Carlos García Culebras, Dña. Francisca Huedo Medrano, Dña. Fuensanta Martínez García, Dña. Elena Mallebrera Cañada, Dr. Alejandro Manjavacas Garrido, Dr. Rubén Escribá Quijada, Dr. Humberto Soriano Fernández, Dra. María D. Jiménez Córcoles, Dra. Remedios Martínez Carmona, Dra. Cortes Maestre Montoya, y a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Bibliografía

- Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Estudio Sociosanitario. Libro Blanco. La calidad asistencial de la depresión en España. Madrid: Juste SAQF; 1997.
- Cerdá R, López-Torres J, Fernández C, López MA, Otero A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Aten Primaria. 1997;19:12-7.
- Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. Soc Psychiatry Epidemiol. 1998;33:195-205.
- Herrera J. La depresión en el anciano. Aten Primaria. 2000; 26:339-46.
- Conde VJ, Bescos S. Los trastornos afectivos de los ancianos y su tratamiento con antidepresivos heterocíclicos. An Psiquiatr. 1993;9:94-112.
- Henderson AS, Jorm AF, McKinnon A, Christensen H, Scott LR, Korten AE, et al. The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using DRAFT, ICD-10 and DSM-III-R. Psychol Med. 1993;23:719-29.
- Barush A, Rogers A, Abu-Bader SH. Depressive symptoms in the frail elderly: physical and psycho-social correlates. In J Aging Hum Dev. 1999;49:107-25.
- Harper RG, Kotic-Harper D, Kirby H. Psychometric assesment of depression in an elderly general medical population. Over or undersassessment? J Nerv Ment Dis. 1990;178:113-9.

9. Herrán A, Cuesta MJ, Vázquez-Barquero JL. Trastornos del estado de ánimo. En: Vázquez-Barquero JL, editor. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 231-58.
10. Sturm R, Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? *JAMA*. 1995;273:51-8.
11. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;29:329-37.
12. Bescos S. Patología gerontopsiquiátrica. En: Hidalgo MI, Díaz RJ, editores. *Manual de psiquiatría para el médico de atención primaria*. Madrid: Duphar y Pharmacia & Upjohn; 1996.
13. NIH Consensus Panel on Diagnosis and Treatment of Depression in late life. *JAMA*. 1992;268:1018-24.
14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-49.
15. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontologist*. 1986;5:165-73.
16. Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. *Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores; 1993.
17. Irwin M, Artin KH, Oxman MN. Screening for depression in the older adult: criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Arch Intern Med*. 1999;159:1701-4.
18. Hewitt H, Brodaty H. General Practitioner diagnosis of depression and dementia in the elderly: can academic detailing make a difference? *Fam Pract*. 1994;11:141-7.
19. Blazer D. The diagnosis of depression in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1980;28:52-8.
20. Mackinnon A, Chistensen H, Cullen JS, Doyle CJ, Henderson AS, Jorm AF, et al. The Canberra Interview for the elderly: assessment of its validity in the diagnosis of dementia and depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87:146-51.
21. Thunedborg K, Black CH, Bech P. Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychother Psychosom*. 1995;64:131-40.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
23. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63-70.
24. Pérez del Molino J. Valoración del paciente anciano. La función cognitiva y el estado afectivo. *Psiquiatría Pública*. 1994; 6:158-66.
25. Asociación Psiquiátrica Americana: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
26. Wing JK, Babor T, Brugha T. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47:589-93.
27. Carmin CN, Klocek JW. To screen or not to screen: symptoms identifying primary care medical patients in need of screening for depression. *Int J Psych Med*. 1998;28:293-302.
28. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989;3: 320-6.
29. Leung KK, Lue BH, Lee MB, Tang LY. Screening of depression in patients with chronic medical diseases in primary care setting. *Fam Pract*. 1998;15:67-75.
30. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*. 1996;94:3123-9.
31. Whooley MA, Browner WS. Association between depressive symptoms and mortality in older women. *Arch Intern Med*. 1998;158:2129-35.
32. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:1144-6.
33. US Preventive Services Task Force. Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2002; 136:760-4.
34. Ciurana R. Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz. *Aten Primaria*. 2002;29:336-7.
35. Dowrick C, Buchan I. Twelve months outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *BMJ*. 1995;311:1274-6.
36. Ferrer E, Rodríguez A. Estudio descriptivo de la patología depresiva en la atención primaria gallega. *An Psiquiatr*. 1999; 15:68-75.
37. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, De Gruy FV, et al. Identifying patients with depression in the primary care setting. A more efficient method. *Arch Intern Med*. 1998;158:2469-75.
38. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badía X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002;118: 493-9.
39. Rodríguez-Testal JF, Valdés M, Benítez MM. Propiedades psicométricas de la Escala Geriátrica de Depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38:132-44.
40. Fernández-San Martín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M, et al. Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatric Psychiatry*. 2002;17:279-87.
41. Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Maier W, Möller H, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. 2003;326:200-1.

Se buscan

revisores externos para GACETA SANITARIA. Queremos ampliar y renovar nuestra base de revisores. Si estás interesado envía tu nombre completo, lugar de trabajo, correo electrónico y 3 palabras clave definiendo tus áreas de conocimiento y experiencia a Ana M. García (anagar@uv.es).

¡Gracias por tu colaboración!