



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Caracterización de subtipos de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados y ambulatorios de algunas instituciones de salud en Bogotá - Colombia

Cesar Augusto Giraldo Giraldo
Estudiante del postgrado Especialidad en Psiquiatría

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento Psiquiatría
Bogotá, Colombia

2019

CARACTERIZACIÓN DE SUBTIPOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS DE ALGUNAS INSTITUCIONES DE SALUD EN BOGOTÁ - COLOMBIA

Cesar Augusto Giraldo Giraldo

augiraldogi@unal.edu.co
3013689590

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Director:

Doctor: Ricardo Sánchez-Pedraza
Médico Psiquiatra, MSc en Epidemiología Clínica.
rsanchezpe@unal.edu.co
3134190729

Línea de investigación:

Investigación en Clínica Psiquiátrica
Universidad Nacional de Colombia
Facultad Medicina, Departamento Psiquiatría
Bogotá, Colombia
2019

CONTENIDO

Resumen.....	I
1. Planteamiento del problema y justificación	1
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general.....	3
2.2 Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico	5
4. Metodología.....	9
4.1 Tipo y diseño de investigación	9
4.2 Población de estudio.....	9
4.3 Criterios de inclusión.....	9
4.4 Criterios de exclusión.....	9
4.5 Procedimiento	9
4.6 Instrumento.....	10
4.7 Variables de estudio:	11
4.8 Metodología de análisis:	12
5. Conducción del estudio	15
5.1 Sitio de investigación	15
5.2 Consideraciones éticas	15
6. Cronograma	17
7. Presupuesto	19
8. Resultados	21
9. Discusión.....	41
10. Anexos	45
10.1 Herramienta ESDUN.....	45
10.2 Formato de consentimiento informado.	46
11. Referencias bibliográficas.....	47

Resumen

Introducción: El síndrome depresivo es un cuadro clínico bastante heterogéneo, con presentaciones clínicas diversas y sintomatología variada entre los distintos diagnósticos, con cuadros que van desde estados subsindromáticos hasta presentaciones clínicas graves con múltiples síntomas o cuadros atípicos. Se hace evidente entonces que una entidad con tanta variabilidad sintomática requiere una nueva forma de subclasificación o agrupación, partiendo ya no desde la cantidad o intensidad de los síntomas, sino desde otras perspectivas de agrupación clínica. **Método:** Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal donde se aplicó una herramienta (ESDUN) desarrollada para la medición de síntomas depresivos a un grupo de 300 pacientes hospitalizados y ambulatorios de la ciudad de Bogotá en el año 2019 con diferentes diagnósticos del síndrome depresivo; entre los objetivos estaba afinar el instrumento y confirmar la estructura factorial y pertinencia de ítems, determinar la relación entre los dominios sintomáticos reflejados por el instrumento y los diagnósticos efectuados por parte del clínico utilizando algoritmos convencionales (sistema DSM) y describir la relación entre variables sociodemográficas y clínicas con los dominios sintomáticos. El análisis estadístico se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva, métodos de análisis factorial exploratorio y métodos de análisis de correspondencias múltiples. **Resultados:** Al analizar la estructura factorial de los ítems de la herramienta se encontraron cinco ítems (síntomas depresivos) con cargas factoriales <0.3 y altos valores de unicidad, por lo que fueron retirados, quedando una herramienta de 111 ítems. La estructura factorial fue consistente con la del instrumento original. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de 4 de los dominios de la herramienta en relación con algunos diagnósticos; el análisis de correspondencias múltiples mostró 3 agrupaciones diagnósticas en las que validan las propuestas de endogenicidad-reactividad y destacan la relación con el sexo. **Conclusión:** La escala ESDUN muestra una estructura factorial consistente y permite la medición de síntomas depresivos en diferentes dominios. Se evidencian agrupaciones diagnósticas que se relacionan con el paradigma de depresión endógeno-reactivo, que presentan patrones de síntomas específicos.

Palabras clave: Psiquiatría, síndrome depresivo, síntomas depresivos, depresión, herramientas de medición de síntomas.

1. Planteamiento del problema y justificación

Históricamente el campo de la psiquiatría solo ha contado con características clínicas para realizar diagnósticos, dicho de otra forma los diagnósticos en psiquiatría han sido propuestos siempre como un grupo de signos y síntomas y todo aquel que cumpla con estos parámetros se clasificaría dentro de determinado diagnóstico.

A lo largo del tiempo en la clínica psiquiátrica son muchos los sistemas diagnósticos que se han propuesto (DSM, CIE etc.), cada uno con sus propios criterios, especificadores, subdivisiones y clasificaciones (1-3). Si bien los cuadros depresivos son bastante heterogéneos y presentan gran variedad de signos y síntomas entre pacientes, arbitrariamente los sistemas diagnósticos solo le dan importancia a una pequeña proporción de características clínicas, quedando una gran mayoría por fuera de estos criterios diagnósticos; las diferentes entidades psicopatológicas planteadas pretenden darle homogeneidad diagnóstica a un cuadro clínico que tiene una gran variedad de presentaciones clínicas (4).

Adicionalmente las clasificaciones de la enfermedad se realizan en su mayoría según la intensidad y gravedad de los síntomas y no tanto sobre el perfil de características clínicas. La fragilidad de los sistemas de clasificación de los trastornos depresivos se ha reflejado en la respuesta poco consistente a los tratamientos empleados, en evoluciones clínicas poco predecibles, probablemente en un sobre-diagnóstico de este tipo de trastornos y en una marcada heterogeneidad de la entidad; esta última característica se refleja en el amplio rango de presentación clínica (se observan desde estados subsindromáticos hasta presentaciones graves con múltiples síntomas), en la presencia de cuadros atípicos y, como se mencionó antes, en la presencia de importantes variaciones a nivel de respuesta al tratamiento, curso y pronóstico de la enfermedad (1).

En la literatura médica se encuentran reportes de presentaciones con un amplio espectro de síntomas, variaciones sutiles de los mismos y un gran número de combinaciones difíciles de agrupar (5,6).

A lo largo del tiempo se ha intentado estudiar y clasificar las características sintomáticas de los cuadros depresivos, partiendo de diferentes paradigmas (7, 8) (unipolar-bipolar, endógeno-reactivo, neurótico-psicótico etc.), pero estos han fracasado ya que asumen indirectamente una etiología de los trastornos que, con las herramientas disponibles actualmente, es indemostrable.

Se hace evidente entonces que una entidad con tanta variabilidad sintomática requiere una nueva forma de subclasificación o agrupación, partiendo ya no solo desde la cantidad o intensidad de los síntomas sino también considerando su perfil de presentación clínica; estos nuevos modelos pueden ser validados en estudios de seguimiento y de respuesta al tratamiento, lo cual podría generar nuevos paradigmas de sub-tipificación del síndrome depresivo: esto podría aportar a un mejor entendimiento de la enfermedad y a mejores herramientas para su diagnóstico y tratamiento.

En el año 2015 en el departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia se realizó una investigación en la que, a partir de una amplia revisión de la literatura científica sobre síntomas relacionados con el síndrome depresivo, se desarrolló y determinó la estructura factorial de una herramienta para medir con mayor amplitud la sintomatología presente en cada uno de los diagnósticos relacionados del síndrome depresivo (Escala ESDUN); dicha herramienta consta de 116 ítems los cuales se dividen en 12 dominios sintomáticos que agrupan la casi totalidad de síntomas descritos en el síndrome depresivo (9). En el presente estudio se aplicó dicha herramienta a un grupo de pacientes con diferentes diagnósticos del síndrome depresivo, se logró afinar el instrumento, confirmar su estructura factorial y se determinó la relación entre los dominios sintomáticos y los diagnósticos efectuados por parte del clínico utilizando algoritmos convencionales (sistema DSM). Hasta donde tenemos conocimiento esta es la primera investigación que abordó el problema del diagnóstico de trastornos depresivos utilizando esta herramienta en Colombia.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Caracterizar la sintomatología depresiva de los diferentes subtipos de trastornos depresivos en una población de pacientes de la ciudad de Bogotá, por medio de la aplicación de la Escala para medición de síntomas depresivos de la Universidad Nacional de Colombia ESDUN.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar la validez del contenido de la herramienta ESDUN.
- Describir la sintomatología depresiva en los pacientes de la muestra utilizando la herramienta ESDUN.
- Evaluar la asociación entre los diferentes diagnósticos del espectro depresivo y los dominios sintomáticos de la herramienta ESDUN.
- Determinar la relación entre los dominios sintomáticos que conforman la herramienta ESDUN y algunas variables sociodemográficas y clínicas.

3. Marco Teórico

Las alteraciones afectivas son el grupo de enfermedades psiquiátricas más prevalentes dentro de la población mundial, siendo los episodios depresivos los que con mayor frecuencia presentan un peor pronóstico. Hasta una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres presentarían al menos un episodio de depresión a lo largo de su vida con algunas variaciones entre países y regiones (10-14).

Estos episodios depresivos se caracterizan principalmente por alteraciones emocionales, cognitivas y psicomotoras en donde lo predominante es una regulación hacia la baja en cada uno de estos aspectos (15, 11, 16, 4); adicionalmente hay un sinnúmero de descripciones en la literatura médica de síntomas presentes en estos estados (17) los cuales no son frecuentemente tenidos en cuenta ni para realizar el diagnóstico ni para su seguimiento clínico.

Además de lo anteriormente dicho es también evidente el amplio rango de presentación clínica que la enfermedad presenta, desde estados subsindromáticos hasta cuadros graves con múltiples síntomas, o presentaciones atípicas de la enfermedad que en poco semejan la descripción de los criterios diagnósticos actuales(18,19).

La enfermedad depresiva a lo largo de la historia ha evidenciado un alto grado de heterogeneidad. Desde las primeras descripciones hechas por Hipócrates, pasando por Galeno, Bacon y Avicenna hasta las publicaciones de Kraepelin en los siglos XIX y XX puede observarse una gran variabilidad en cuanto a las supuestas etiologías, a la presentación clínica, la clasificación, evolución y pronóstico (1).

Teorías como las “bilis negras y amarillas”, posesiones demoniacas o espirituales, castigos divinos, sentimientos de hostilidad hacia otros que reflejamos sobre nuestro ego u otras como alteraciones neurobiológicas han sido explicaciones a dicha sintomatología que no hacen más que evidenciar la complejidad para entender la enfermedad.

Desde la época grecorromana se visualizaba la depresión dentro del espectro de las enfermedades afectivas y como tal sobrevivió dentro de estas por alrededor de dos milenios(20), hasta mediados los años 1950's cuando Karl Leonard realiza las primeras propuestas de clasificación de la enfermedad como bipolar y monopolar, partiendo del hecho que las personas que tenían depresión bipolar habían presentado durante el pasado episodios de manía y tenían también familiares con historia de manía, a diferencia de los otros pacientes

quienes carecían de dichos antecedentes (11). Desde esa década han sido varias las propuestas para la explicación y a su vez para la clasificación o subclasificación de la depresión, pero particularmente la mayoría ha partido de la premisa de la diferenciación de la depresión en bipolar versus monopolar (8), siendo más evidente esto en las escuelas psiquiátricas alemanas. Posteriormente este modelo es adoptado por las escuelas norteamericanas, lo cual se hace patente en la separación de los trastornos afectivos en función de su polaridad incluida en el DSM-V: monopolar (depresión pura), bipolar (depresión más manía o hipomanía) (21).

No son pocos los estudios que ponen en duda la forma en que actualmente se diagnostica y clasifica el síndrome depresivo, algunos de ellos ponen además en tela de juicio la necesidad del uso de medicamentos en la mayoría de los cuadros clínicos (22-24), otros por demás hacen una crítica a la actual generación médica y psiquiátrica dado que estamos probablemente sobrediagnosticando cuadros depresivos superponiéndolos a episodios de tristeza normal, hay quienes se atreven a afirmar que este “sobredimensionamiento” de los episodios normales de tristeza nos está conduciendo a la “era de la depresión” (25).

Otro factor de discusión respecto al posible sobrediagnóstico de cuadros depresivos está correlacionado directamente con el paciente prototipo deprimido, dicho de otra forma, los profesionales en salud y en especial los especialistas en salud mental tienen ya preestablecido un estereotipo de paciente y cualquier persona que semeje un cuadro clínico similar tiene una alta probabilidad de ser diagnosticado erróneamente (26). También hay quienes manifiestan que algunos síntomas afectivos de otras enfermedades psiquiátricas tienden a ser un distractor más a la hora de realizar un adecuado diagnóstico, por ejemplo pacientes con trastorno esquizoafectivo que durante el transcurso de la enfermedad son erróneamente diagnosticados con depresión (27) o pacientes con síntomas afectivos secundarios a enfermedad neurológica como la enfermedad de Alzheimer que reciben diagnóstico de depresión innecesariamente.

No es solo cuestión de psiquiatras el sobrediagnóstico de depresión; en algunos estudios realizados en Australia, EE.UU y Reino Unido donde se evaluaba la labor de los médicos de atención primaria en salud, se encontró una consistencia que en el mejor de los casos solo correspondía en 40% el diagnóstico inicial de depresión, respecto al que finalmente era realizado por un especialista en la materia (28-30).

En contraparte encontramos publicaciones que critican el retardo en realizar el diagnóstico, lo cual a su vez retrasaría el inicio de un tratamiento ya sea farmacológico o psicoterapéutico

efectivo para la enfermedad (31) y propenden por un diagnóstico inmediato solo en función de iniciar el tratamiento; también se han publicado estudios los cuales sustentan que no hay ningún sobrediagnóstico, por el contrario la mayoría de los casos de cuadros depresivos permanecen sin diagnosticar por largos periodos de tiempo redundando esto en la pobre respuesta al tratamiento, la cantidad de días laborales perdidos y en resultados fatales en un alto porcentaje (32, 33). También hay quienes describen los beneficios de un tratamiento precoz con mejores tasas de resultados a corto y largo plazo lo cual indirectamente apoya la necesidad de realizar el diagnóstico de enfermedad depresiva con una escasa correlación clínico-sintomática (34).

No es menos importante mencionar que una de las causas de esta polémica respecto al diagnóstico de la enfermedad depresiva está relacionado con el uso poco ortodoxo de las escalas de valoración en depresión. Los instrumentos diseñados para evaluar una constelación de síntomas depresivos, como el Inventario de Depresión de Beck y otros más, suelen ser usados erróneamente como herramientas diagnósticas, pretendiendo diagnosticar una enfermedad cuando el puntaje obtenido sobrepasa un punto de corte establecido. Se ha ideado un gran número de escalas de calificación para evaluar el constructo clínico de "depresión", sin embargo estas escalas se han utilizado universalmente con poca consideración de su contenido o de cómo se relacionan con las definiciones aceptadas de trastorno depresivo. Las escalas a menudo se seleccionan arbitrariamente y se usan para el estudio, asumiendo que todas miden la misma construcción. El análisis de ítems de varias de las escalas de depresión más utilizadas revela una variación en las áreas de psicopatología que cubren; algunas escalas por ejemplo ponen mayor énfasis en la evaluación de la ansiedad que en el estado de ánimo deprimido (35). Adicionalmente la mayoría de las escalas han sido desarrolladas y su validez ha sido probada para evaluar intensidad o compromiso funcional en el cuadro clínico y no como mecanismo diagnóstico (36, 37, 38, 39), error bastante frecuente en la práctica médica actual.

Hace ya más de 14 años de la publicación del artículo *Beyond major depression* en donde se realiza una crítica al modelo existente de diagnóstico y clasificación en trastornos depresivos, y donde se sugiere la necesidad de cambiar el paradigma actual de diagnóstico dado que la validez y utilidad de los criterios actuales están tocando su fin (40). Igualmente es de señalar la propuesta del Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM) de los Estados Unidos quien en años recientes afirma de esta misma manera la necesidad de una nueva metodología diagnóstica y en ese sentido enfocado en estudios neurobiológicos propone un nuevo método basado en

dominios de investigación (41). También relacionado con los conocimientos neurobiológicos, más concretamente con los neurocircuitos descritos en los trastornos depresivos, Faludi y colaboradores presentan una nueva propuesta para subclasificar estados depresivos pero enfocados en la relación de los síntomas con los neurocircuitos mencionados, demostrando su utilidad en la elección del tratamiento (42). Es explícita la invitación de varios grupos de investigación por visualizar nuevos escenarios de atención en la enfermedad depresiva, desde una nueva categoría diagnóstica y de clasificación hasta nuevos modelos de intervención y tratamiento.

El síndrome depresivo en términos generales representa una carga psicológica, social y económica de gran importancia en los pacientes, no todos los estados depresivos tienen igual compromiso o deterioro en estos aspectos, es necesario entonces ahondar en nuevos métodos de investigación en este trastorno lo cual a su vez generará una mejor comprensión de la enfermedad y de esta forma proponer nuevos criterios diagnósticos y propuestas de tratamiento produciendo un mejor impacto en el pronóstico de los pacientes.

4. Metodología

4.1 Tipo y diseño de investigación

Se desarrolló un estudio observacional, analítico de corte transversal.

4.2 Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de cualquier tipo de trastorno del espectro depresivo (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor, trastorno afectivo bipolar en fase depresiva, distimia, trastorno adaptativo y duelo complicado) de diferentes instituciones de salud, públicas y privadas de la ciudad de Bogotá desde el año 2015, que se pudieron ubicar tanto en servicios de hospitalización o de consulta externa.

4.3 Criterios de inclusión

1. Tener más de 18 años al momento de la verificación de los criterios de elegibilidad.
2. Tener diagnóstico de trastorno del espectro depresivo, consignado en la historia clínica y efectuado por un médico psiquiatra.
3. Corroborar el diagnóstico consignado en la historia clínica mediante entrevista clínica efectuada por uno de los investigadores del estudio.

4.4 Criterios de exclusión

1. Imposibilidad de completar la evaluación psiquiátrica debido a no colaboración.
2. Que el paciente no diera su consentimiento informado para participar en el presente estudio.

4.5 Procedimiento

A partir de la aprobación del estudio por parte de los comités de ética pertinentes, se comenzó la búsqueda de pacientes con diagnóstico de trastornos del espectro depresivo. Esta pesquisa se realizó en las historias clínicas de las respectivas instituciones que se incluyen en el estudio

(Hospital Santa Clara, Clínica Fray Bartolomé, Hospital La Victoria, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Remy IPS y Cámara de Gesell del departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia). La pesquisa incluyó tanto pacientes ambulatorios como hospitalizados. Los pacientes ubicados con estas categorías diagnósticas fueron evaluados por parte de un clínico con experiencia, aplicando una entrevista clínica para efectuar un diagnóstico con base en el sistema DSM-V. Los casos que fueron confirmados como correspondientes al espectro depresivo se incluyeron en el estudio, A estos pacientes se les efectuó la medición de síntomas depresivos utilizando el instrumento ESDUN; dicho instrumento suele utilizarse como herramienta para la exploración clínica en pacientes con trastornos depresivos dentro de las actividades prácticas académicas de estudiantes de postgrado de la Universidad Nacional; por tal razón los registros de este tipo de mediciones pudieron ser tomados de los archivos de historia clínica en el caso de los pacientes a quienes ya se había aplicado el instrumento, o de manera prospectiva si no se había efectuado esta aplicación.

4.6 Instrumento

La herramienta utilizada fue la escala para medición de Síntomas Depresivos de la Universidad Nacional de Colombia ESDUN ([Anexo 10.1](#)). Dicha herramienta surgió de la investigación en el área de los trastornos del espectro depresivo en el departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2015 y consta de 116 ítems agrupados en 12 dominios sintomáticos. Esta herramienta se diseñó después de revisar ampliamente la bibliografía científica relacionada con las enfermedades del síndrome depresivo y comprende casi en su totalidad la sintomatología descrita a lo largo de los años en dichas enfermedades. Para su diseño se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica y se tuvo en cuenta la visión de expertos sobre síntomas presentes en diagnósticos del espectro depresivo, la cual reunió alrededor de 300 síntomas, esta herramienta inicial fue aplicada a una cohorte superior a 200 pacientes en diferentes instituciones de salud mental de ciudad de Bogotá en el año 2015 y luego de análisis estadísticos multivariados se concluyó que solo 116 de los casi 300 síntomas tenían significancia estadística, por lo cual en la actualidad solo estos 116 ítems conforman dicha herramienta. (9).

4.7 Variables de estudio:

Tabla 1: Variables.

Nombre	Descripción	Naturaleza	Escala de Medición	Unidades de Medición	Codificación
Sexo	Condición masculina o femenina del paciente.	Cualitativa	Nominal	Femenino/ Masculino	0= Femenino 1= Masculino
Edad	Número de años cumplidos al momento de la entrevista.	Cuantitativa Discreta	Razón	Años	Número de años
Diagnóstico	Diagnóstico psiquiátrico en la historia clínica al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	N/A	Código CIE-10
Sintomático	Presencia de síntomas agudos al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= No 1= Si
Hospitalizado	Hospitalización del paciente al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= No 1= Si
Medicación	El paciente está recibiendo psicofármacos al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= No 1= Si
Diagnostico estandarizado	Diagnóstico psiquiátrico estandarizado dentro de 6 grupos diagnósticos para mayor facilidad de los análisis estadísticos.	Cualitativa	Nominal	N/A	1=Depresión episódica 2=Depresión Recurrente 3=Depresión Bipolar. 4=Depresión Reactiva 5=Distimia. 6=Depresión con síntomas ansiosos.
Antecedentes patológicos	Presencia de cualquier diagnóstico asociado.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= No 1= Si
Tipo de antecedente patológico	Agrupación de diagnósticos en seis grupos según especialidad médica comprometida.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= Ninguno 1= Oncológico 2=Endocrinológico 3=Cardiovasculares 4= Respiratorios 5= Metabólicos 6= Tóxicos 7= Otros
Antecedente psiquiátrico familiar	Presencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico en familiares hasta tercer grado de consanguinidad.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= No 1= Si
Tipo de antecedente psiquiátrico familiar	Codificación del diagnóstico según espectro.	Cualitativa	Nominal	N/A	0= Ninguno 1= Depresión 2= TAB 3= Esquizofrenia 4= Conducta suicida 5= Ansiedad 6= Otros
Conducta suicida	Número de intentos suicidas al momento de la entrevista.	Cuantitativa Discreta	Razón	Intentos	Número de intentos.

Adicionalmente se evaluaron cada uno de los 116 ítems de la herramienta ESDUN puntuando cada uno de ellos en una escala Likert 0 – 5 según intensidad (0=nada, 1=muy poco, 2=poco, 3=moderado, 4=severo, 5=muy severo).

4.8 Metodología de análisis:

Tamaño de muestra:

Teniendo en cuenta que el método de análisis que se utiliza para evaluar patrones de asociación es fundamentalmente de naturaleza descriptiva, la única restricción que plantea el método de análisis de correspondencias múltiples es que el número de observaciones sea mayor que el de modalidades incluidas en el análisis. Teniendo en cuenta el número de variables activas que se incorporaron en el análisis (el total de ítems en el instrumento ESDUN) y el número total de variables ilustrativas (variables de diagnóstico clínico y características sociodemográficas), se propuso un número mínimo de 300 pacientes para efectuar el análisis. Para el componente de análisis factorial exploratorio se planteó un tamaño de muestra de al menos 250 observaciones (43).

Análisis estadístico:

El resumen de las variables sociodemográficas y clínicas y de los ítems del instrumento ESDUN se realizó mediante técnicas de estadística descriptiva, usando medias o medianas, junto con sus correspondientes medidas de dispersión: desviación estándar y rango intercuartílico (DE y RIC) y porcentajes dependiendo de las características de cada una de las variables. Para el objetivo relacionado con verificación de la validez del contenido del instrumento se utilizaron métodos de análisis factorial exploratorio manejando matrices de correlación policólicas dada la naturaleza ordinal de los ítems; se consideraron representativas cargas factoriales $>0,3$ para cada uno de los factores y la solución óptima fue determinada con el criterio de mejor interpretabilidad sobre los resultados de rotaciones ortogonales (varimax, promax). Teniendo en cuenta el propósito de estudiar asociación entre variables categóricas (presencia de

síntomas y diagnósticos o características sociodemográficas) se utilizó un método de análisis de correspondencias múltiples. Este método permite analizar múltiples variables en términos de semejanza o proximidad de las diferentes modalidades (44). Los perfiles resultantes pudieron analizarse de manera bidimensional para facilitar su análisis. En esta metodología se seleccionaron dos grupos de variables: variables activas (son las que participan en la construcción de los ejes factoriales) y variables ilustrativas (son las que se proyectan sobre los ejes factoriales construidos con las variables activas) (45). Este análisis se realizó con las bibliotecas “FactoMineR” y “factoextra” del sistema R.

5. Conducción del estudio

5.1 Sitio de investigación:

Este proyecto se llevó a cabo en diferentes instituciones de salud, tanto públicas como privadas de la ciudad de Bogotá (Hospital Santa Clara, Hospital La Victoria, Clínica Nuestra Señora de la Paz, Remy IPS y en el consultorio médico “Cámara de Gessell” del departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia).

5.2 Consideraciones éticas:

El proyecto tuvo en cuenta todos los aspectos incluidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia. La realización del presente trabajo se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Los procedimientos de la investigación fueron efectuados por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del estudio recae en el investigador principal, quien cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente. Ninguno de los pacientes que fueron evaluados se sometió a intervenciones experimentales. La práctica de las evaluaciones solamente implicó explorar sistemáticamente aspectos que de manera regular se exploran en una entrevista psiquiátrica convencional. En todo momento de la investigación se tomaron las medidas necesarias para respetar la privacidad del paciente.

La investigación se califica con ‘riesgo mínimo’ de acuerdo a la resolución 008430 de 1993, teniendo en cuenta que se aplicarán pruebas psicológicas que puede tocar aspectos sensibles de la conducta, aunque sin manipularlos.

Se espera que la presente investigación beneficie a los pacientes al producir un instrumento de evaluación clínica que mejore las posibilidades de evaluación y de seguimiento.

Quienes participaron en el presente trabajo en condición de sujetos de observación lo hicieron de manera voluntaria. Para que un paciente fuera incluido en las mediciones era necesario que él o su acudiente dieran consentimiento informado por escrito, previa información de las

características de la investigación. Los documentos de consentimiento informado estuvieron disponibles para revisión o confirmación de cumplimiento de la norma ética.

Se planteó que cualquier condición médica adicional detectada durante la evaluación fuera tratada conforme a los protocolos establecidos en la institución de atención en salud.

La información recogida en esta investigación fue confidencial, hecho que se le informó a los pacientes, los resultados de cada una de las entrevistas y aplicación de la herramienta fueron almacenados en una base de datos (Excel) al que solamente el grupo investigador tenía acceso.

Los resultados serán publicados en revistas de índole académica y científica, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes particulares.

El proyecto tuvo la aceptación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y posteriormente de los comités de ética de cada una de las instituciones donde se reclutaron pacientes para el estudio.

6. Cronograma

CRONOGRAMA												
Año	2019											
Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Marco teórico	✓	✓	✓									
Presentación Comité de Ética de la Facultad			✓									
Presentación Comité de Ética de las Instituciones de Salud			✓									
Recolección de datos				✓	✓	✓	✓	✓				
Análisis estadísticos									✓			
Sustentación y publicación de resultados										✓	✓	✓

7. Presupuesto

Carga de rubros estimados

7.1 Valor total del proyecto

Diez millones de pesos (\$10.000.000.00).

7.2 Rubros a financiar:

Funciones administrativas:

\$ 2.000.000.

Personal técnico para la aplicación de entrevistas y medición de escalas:

\$ 6.000.000.

Pasajes y viáticos:

\$ 1.500.000.

Insumos y papelería:

\$ 500.000.

8. Resultados

Se aplicó el instrumento a 300 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el presente estudio provenientes de diferentes instituciones de salud tanto públicas como privadas. Se entrevistaron pacientes del Hospital Santa Clara, Hospital La Victoria, Cámara de Gessel de la Universidad Nacional, Clínica Nuestra Señora de La Paz y Remy IPS. Se incluyeron pacientes con diagnósticos del espectro depresivo, el total de los 300 pacientes se tuvieron en cuenta para el análisis definitivo de datos.

Debido a la heterogeneidad de diagnósticos y antecedentes, para realizar el análisis estadístico fue necesario agruparlos dentro de una cantidad razonable de clases para mayor facilidad en la manipulación de los datos dentro del análisis, quedando por lo tanto agrupados de la siguiente forma: 1- Depresión episódica (diagnósticos CIE-10 comprendidos entre F320 y F329) 2- Depresión recurrente (diagnósticos CIE-10 comprendidos entre F330 y F339) 3- Depresión Bipolar (diagnósticos CIE-10 comprendidos entre F313 y F316) 4- Depresión reactiva (diagnósticos CIE-10: F432 y Z634) 5- Depresión con ansiedad (diagnostico CIE-10 F412) 6- Distimia (diagnostico CIE-10 F341).

Los antecedentes patológicos se agruparon dentro de 7 Ítems: 1- Oncológico, 2- Endocrinológico, 3- Cardiovasculares, 4- Respiratorios, 5- Metabólicos, 6- Tóxicos, 7- Otros.

Los antecedentes psiquiátricos familiares fueron agrupados dentro de 6 ítems: 1-Depresión, 2- TAB, 3- Esquizofrenia, 4- Conducta suicida, 5- Ansiedad, 6- Otros.

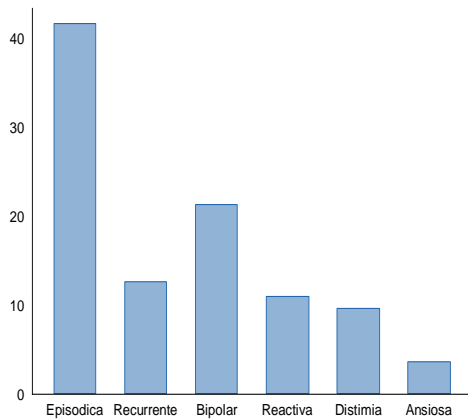
Características de la muestra:

Se incluyeron en total 300 pacientes con edad mínima de 18 años y edad máxima de 87 años (p50= 31, RIC 28), de los cuales 196 eran mujeres (65.33%) y 104 hombres (34.67%), 257 pacientes (85.67%) estaban hospitalizados, 192 pacientes (62%) se encontraban sintomáticos al momento de la valoración. El diagnóstico más frecuente fue depresión episódica (n=125, 41.67%) seguido de depresión bipolar (n=64, 21.33%) (Ver grafica 1).

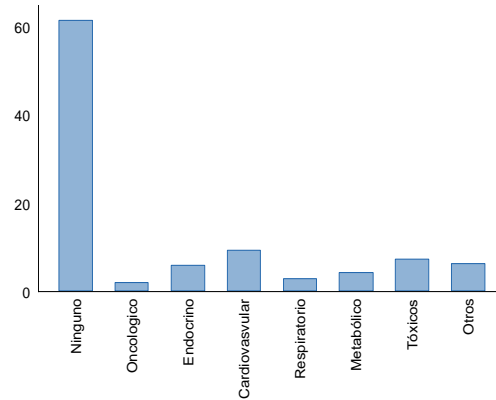
De los 300 pacientes 185 carecían de antecedentes médicos, 115 tenían algún antecedente patológico, siendo más frecuente las enfermedades cardiovasculares (n=28, 9.33%) seguido por antecedentes tóxicos (n=22, 7.23) (ver grafica 2).

La conducta suicida de los pacientes tuvo un máximo de 15 intentos y un mínimo de 0 intentos ($p_{50} = 0.5$, RIC 1). Respecto a los antecedentes psiquiátricos familiares, el antecedente más frecuente fue depresión ($n=30$, 10%) seguido de TAB ($n=23$, 7.67%) y conducta suicida ($n=15$, 5%) (Ver grafica 3).

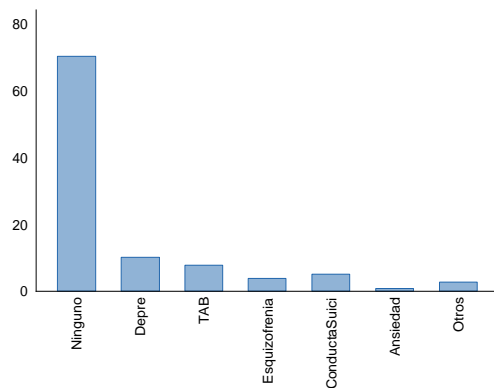
Gráfica 1. Diagnósticos



Gráfica 2. Antecedentes personales



Gráfica 3. Antecedentes Psiquiátricos Familiares



Verificación de la validez del contenido de la herramienta:

Se efectuó un análisis factorial exploratorio sobre el instrumento de 116 ítems en una muestra de 300 pacientes. Las pruebas de factorizabilidad de matriz se realizaron con test de KMO y prueba de esfericidad de BARTLETT. Se evaluó el número óptimo de factores mediante el método de análisis paralelo, como resultado del análisis se retiran 5 ítems (33, 59, 98, 62 y 82)

debido a poca carga factorial (carga factorial menor 0,3) o valores de unicidad mayores de 0,8. Adicionalmente se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas resultando la de mejor interpretabilidad la de 12 factores (Promax) generando la reubicación de algunos ítems y quedando con la siguiente distribución (ver tabla 2):

- D1: Ítems 20 a 32, 78, 81 a 83. Anhedonia.
 D2: Ítems 1 a 19, 30 y 105. Ideación depresiva.
 D3: Ítems 34 a 45, 57,97. Bradipsiquia.
 D4: Ítems 68 a 77. Suicidio.
 D5: Ítems 45 a 52. Síntomas autonómicos y vegetativos.
 D6: Ítems 56, 58, 60, 63 a 67, 79, 104. Sueño ansiedad.
 D7: Ítems 65, 99 a 103. Inercia y dificultades motoras.
 D8: Ítems 90 a 96. Afecto triste.
 D9: Ítems 84 a 89. Autosacrificio.
 D10: Ítems 76, 106 a 110. Irritabilidad.
 D11: Ítems 112 a 116. Social.
 D12: Ítems 53, 54, 61, 87, 111. Síntomas somáticos.

Tabla 2. Cargas factoriales y unicidad para cada uno de los dominios de la herramienta ESDUN.

	1. ANHEDONIA	<i>CARGA FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p20	Ha dejado de disfrutar las cosas que antes disfrutaba.	0,76	0,39
p21	Ha perdido el interés por hacer las cosas.	0,80	0,34
p22	Pérdida del interés en las actividades, acciones o trabajo.	0,68	0,46
p23	Las cosas le producen menos placer que antes.	0,66	0,49
p24	Pérdida de interés en el entorno.	0,47	0,45
p25	Disminución del tiempo dedicado a actividades placenteras.	0,52	0,42
p26	La vida no está llena de cosas que le interesan.	0,53	0,44
p27	Tristeza que no varía de acuerdo a la situación.	0,51	0,51
p28	No obtiene una satisfacción autentica de las cosas.	0,56	0,56
p29	Se siente sin ganas de hacer las cosas que antes hacía.	0,60	0,42

p31	No toma decisiones igual que antes.	0,66	0,38
p32	Pérdida de la lívido.	0,62	0,53
p78	Hablar con voz triste.	0,31	0,63
p80	Evita tomar decisiones.	0,62	0,43
p81	Se siente sin energía.	0,43	0,59
	2. IDEACIÓN DEPRESIVA	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p1	Infravaloración.	0,55	0,45
p2	Piensa que merece ser castigado.	0,74	0,47
p3	Delirios de culpa o pecado.	0,49	0,40
p4	Siente que va a fracasar.	0,57	0,50
p5	Se siente fracasado.	0,45	0,46
p6	Es pesimista acerca del futuro.	0,59	0,50
p7	Siente que no es maravilloso estar vivo.	0,56	0,45
p8	Se siente inútil o sin valor.	0,56	0,53
p9	Cree que su situación no tiene solución.	0,44	0,40
p10	Siente que los demás están mejor.	0,53	0,46
p11	Siente vergüenza de sí mismo.	0,59	0,44
p12	Siente que se detesta a sí mismo.	0,49	0,47
p13	Se considera peor que los demás.	0,70	0,31
p14	Siente que tiene un peor aspecto que antes.	0,41	0,38
p15	Se siente viejo.	0,35	0,50
p16	Siente que tiene un aspecto horrible.	0,41	0,43
p17	Siente que su vida no podría ser peor.	0,47	0,53
p18	Pensamientos sobre la posibilidad de morir.	0,60	0,44
p19	Estar cansado de vivir.	0,53	0,58
p30	Ha perdido confianza en sí mismo.	0,36	0,48
p105	Se culpa por todo lo malo que sucede.	0,59	0,51
	3. BRADIPSQUIA	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p34	Tomar decisiones le es muy difícil o imposible.	0,44	0,53
p35	No puede hacer nada.	0,58	0,51
p36	Siente que el pensamiento está más lento.	0,45	0,40
p37	Está tan cansado que no puede hacer nada.	0,67	0,42
p38	Se cansa con cualquier cosa.	0,57	0,29
p39	Se siente lento en el diálogo.	0,64	0,37
p40	Se mueve, piensa y habla más lento.	0,60	0,38
p41	Dificultad para poner en orden los pensamientos.	0,57	0,45
p42	Incapacidad para mantener una conversación sin esfuerzo.	0,69	0,40
p43	Dialogo difícil durante la exploración.	0,74	0,43
p44	Le cuesta o le es difícil responder las preguntas.	0,82	0,33

p45	Le toma tiempo responder a las preguntas.	0,81	0,32
p57	Tono de voz bajo.	0,34	0,44
	4. SUICIDIO	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p68	Intento de suicidio.	0,82	0,32
p69	Amenazas de suicidio.	0,87	0,27
p70	Ideación suicida.	0,77	0,35
p71	Ha pensado en lastimarse a sí mismo.	0,71	0,34
p72	Comportamiento suicida o auto lesivo.	0,75	0,36
p73	Planes de suicidio.	0,85	0,30
p74	Deseo de estar muerto.	0,48	0,28
p75	Deseo de dormir y no despertar.	0,42	0,47
p76	Siente que no vale la pena vivir.	0,34	0,37
p77	La sensación es distinta al duelo.	-0,54	0,50
	5. SÍNTOMAS AUTONÓMICOS Y VEGETATIVOS	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p46	Necesita obligarse a comer.	0,80	0,37
p47	Pérdida del apetito.	0,86	0,28
p48	Hiporexia.	0,84	0,25
p49	Pérdida de peso.	0,81	0,38
p50	La comida no sabe a nada.	0,63	0,50
p51	Hiperventilación.	0,53	0,47
p52	Se preocupa por nimiedades.	0,53	0,57
p55	Come más que antes.	-0,53	0,53
	6. SUEÑO Y ANSIEDAD	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p56	Duerme más de lo habitual.	-0,58	0,49
p58	Tiene que dormir en el día.	-0,72	0,44
p60	Pasa la noche sin dormir.	0,33	0,46
p63	Delirios de ruina.	0,44	0,63
p64	Le cuesta trabajo quedarse dormido.	0,54	0,42
p65	Inquietud motora: juega con las manos, hala el cabello.	0,43	0,39
p66	No puede estar sentado.	0,48	0,36
p67	Camina de un sitio a otro.	0,49	0,35
p79	Está preocupado por problemas físicos o de salud.	0,62	0,38
p104	En el día se siente somnoliento.	-0,68	0,36
	7. INERCIA Y DIFICULTADES MOTORAS	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p99	Se siente torpe.	0,54	0,38
p100	Dificultad para empezar una tarea.	0,81	0,29

p101	Dificultad para iniciar una tarea diaria simple.	0,73	0,45
p102	Le cuesta empezar a hacer algo.	0,75	0,35
p103	Tiene que obligarse para hacer algo.	0,71	0,42
	8. AFECTO TRISTE	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p90	Tristeza.	0,43	0,52
p91	Llanto fácil. Llora por cosas que antes no lo hacían llorar.	0,68	0,42
p92	Llora más que antes.	0,79	0,33
p93	Llora continuamente.	0,71	0,39
p94	Dolor de estar tan triste.	0,55	0,45
p95	No puede dejar de sentirse triste.	0,54	0,47
p96	Se siente afligido.	0,34	0,53
p97	Esta es la peor tristeza que ha tenido.	0,33	0,55
	9. AUTOSACRIFICIO	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p84	Se sacrifica por los demás.	0,87	0,27
p85	Hace cosas por los demás aun cuando le afecten.	0,86	0,28
p86	Siente que debe hacer cosas por los demás.	0,82	0,31
p87	Familiares vistos por psiquiatra.	0,40	0,56
p88	Familiares con depresión.	0,46	0,53
p89	Expresión facial triste.	0,36	0,56
	10. IRRITABILIDAD	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p83	Dorsalgia, cefalalgia, mialgia.	0,38	0,41
p106	El paciente reconoce estar deprimido y enfermo	0,76	0,42
p107	Ideas delirantes de enfermedad.	0,38	0,61
p108	Niega estar enfermo.	-0,77	0,45
p109	Se molesta o se irrita más fácil que antes.	-0,44	0,45
p110	Se siente continuamente irritado.	-0,58	0,49
	11. SOCIAL	<i>CARGA</i> <i>FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p111	Alucinaciones simples (sonidos de pasos, cadenas, golpes).	-0,32	0,37
p112	Se siente incapaz de sentir rabia, tristeza, pena o placer.	0,39	0,61
p113	Tiende a culpar a los demás de lo que le pasa.	0,65	0,40
p114	Ve más errores en los demás que antes.	0,61	0,45
p115	Pérdida de interés en los demás.	0,70	0,45
p116	Pérdida de los sentimientos por familiares o personas cercanas.	0,77	0,44

	12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS	<i>CARGA FACTORIAL</i>	<i>UNICIDAD</i>
p53	Xerostomía.	0,46	0,49
p54	Siente palpitaciones o falta de aliento.	0,57	0,45
p61	Siente opresión en el pecho.	0,69	0,41

El dominio anhedonia agrupó la mayoría de ítems relacionados con la pérdida del placer, el interés o la disminución del tiempo destinado a las actividades placenteras. El dominio ideación depresiva agrupaba ítems que evaluaban la presencia de cogniciones depresivas, minusvalía, culpa, autorreproche y pensamientos negativos. Los ítems relacionados con la sensación de enlentecimiento psíquico, fatigabilidad o la observación clínica de bradipsiquia, aumento en la latencia de las respuestas y fallas en atención se agruparon en el dominio bradipsiquia. Llamativamente los pensamientos sobre la posibilidad de morir o la ideación suicida explícita se agrupaban en el dominio suicidio junto a la conducta suicida y el comportamiento autolesivo. El dominio síntomas autonómicos y vegetativos incluyó la pérdida del apetito, de peso y disminución de la ingesta. Los síntomas psíquicos de ansiedad y sueño como preocupaciones, intranquilidad y algunos físicos, insomnio e inquietud motora se agruparon en el sexto dominio Ansiedad. El factor inercia y dificultades motoras incluyó alteraciones volitivas y la dificultad para iniciar tareas. La tristeza, el llanto y el afecto depresivo persistente tuvieron cargas más altas en el octavo dominio que se denominó afecto triste. Los ítems relacionados con el comportamiento altruista y el sacrificio personal se agruparon en un dominio que se denominó autosacrificio. Seis ítems que evaluaban irritabilidad obtuvieron cargas significativas y se agruparon en este dominio; Los ítems relacionados con la valoración negativa del entorno, los juicios negativos hacia otras personas y la disminución del contacto social se agruparon en el duodécimo factor, social. Bajo el dominio Síntomas somáticos se agruparon ítems como xerostomía, palpitaciones u opresión en el pecho.

Descripción de dominios según categoría diagnóstica:

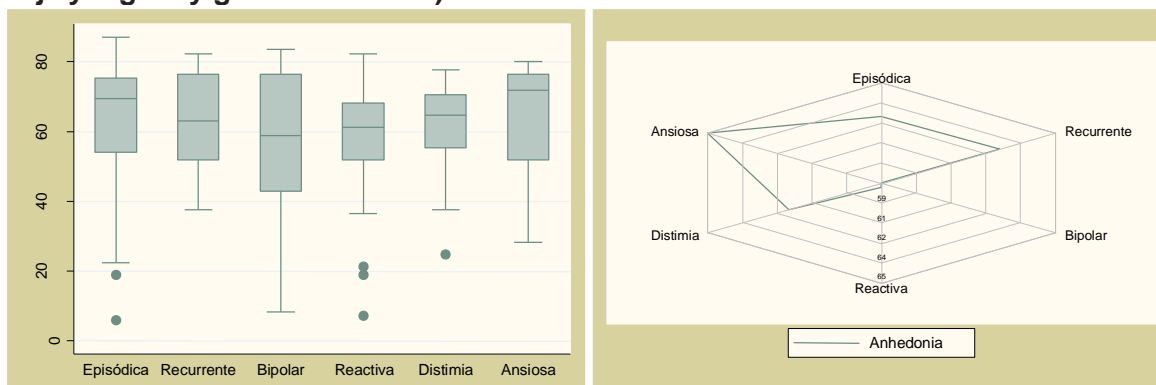
Al realizar una amplia descripción de los hallazgos en cada uno de los respectivos diagnósticos es importante aclarar que con el ánimo de mantener una correcta equivalencia entre los resultados de cada uno de los dominios de la herramienta, los puntajes de cada dominio fueron estandarizados en un puntaje de 0 – 100 para una correcta evaluación de los puntajes finales, esto debido a que cada dominio cuenta con una cantidad diferente de ítems lo cual generaría puntajes de calificación influidos más por el número de ítems que por la intensidad del atributo.

Tabla 3. Puntajes en dominios de síntomas según agrupación diagnóstica.

		Episódica	Recurrente	Bipolar	Reactiva	Distimia	Ansiosa
Anhedonia	Media	62,83	62,94	57,81	58,15	61,83	65,35
	D.E.	16,12	14,12	19,66	17,16	12,56	16,57
Ideación depresiva**	Media	58,29	57,68	50,44	50,18	53	71,45
	D.E.	18,38	13,08	22,17	16,13	16,17	9,79
Bradipsiquia	Media	43,87	43,16	45,94	37,66	39,16	28,05
	D.E.	23,9	20,54	21,34	23,76	15,75	18,55
Suicidio**	Media	47,59	52,87	54,03	45,72	34,1	61,21
	D.E.	23,29	26,44	24,78	20,19	17,5	20,54
Autonómico**	Media	38,45	42,98	38,02	48,89	33,87	45,86
	D.E.	20,98	16,86	21,21	22,59	17,93	17,34
Sueño	Media	40,48	44,21	45,27	47,73	43,53	40
	D.E.	13,12	14,07	17,32	12,19	10,1	17,64
Motor	Media	59,25	53,95	62,4	60,3	58,05	65,15
	D.E.	24,31	25,9	28,37	20,69	18,27	30,38
Afecto triste	Media	56,94	53,31	60,36	55,93	48,28	67,27
	D.E.	22,54	20,58	19,37	26,41	20,57	31,26
Autosacrificio**	Media	38,02	41,79	41,81	40,61	56,41	26,91
	D.E.	22,61	24,12	24,25	25,1	29,09	23,4
Irritabilidad	Media	47,25	49,21	49,38	49,9	45,75	48,48
	D.E.	11,91	10,72	9,77	7,19	11,75	10,58
Social	Media	42,62	38	37,88	43,76	36,69	39,27
	D.E.	25,56	22,62	25,52	22,45	17,24	22,26
Síntomas somáticos	Media	37,25	39,16	40,56	43,15	34,62	34,91
	D.E.	19	17,15	17,51	14,93	19,22	15,81

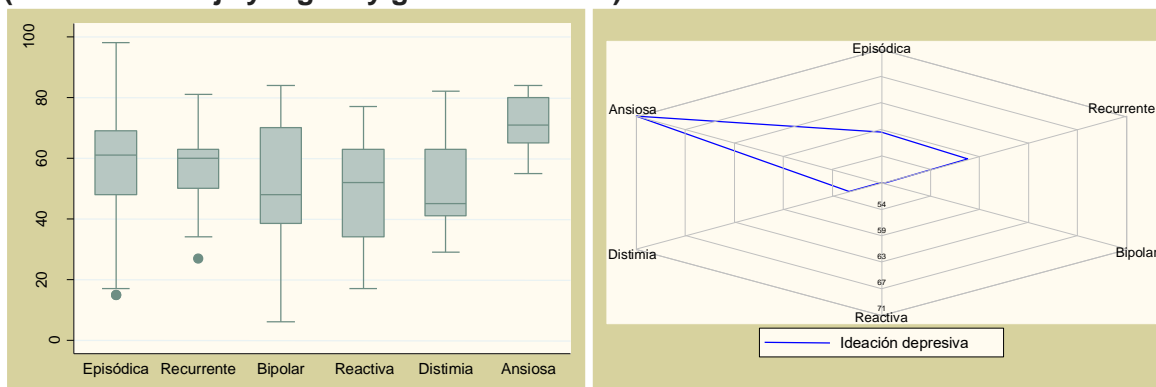
El dominio anhedonia presentó los siguientes resultados: El mayor puntaje fué 65,35 (D.E.17) para depresión con síntomas ansiosos y el menor puntaje 57,81 (D.E. 19,66) para depresión bipolar. Sin embargo los hallazgos no fueron estadísticamente significativos (ver figura 1).

Figura 1. Puntajes de dominio de Anhedonia según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



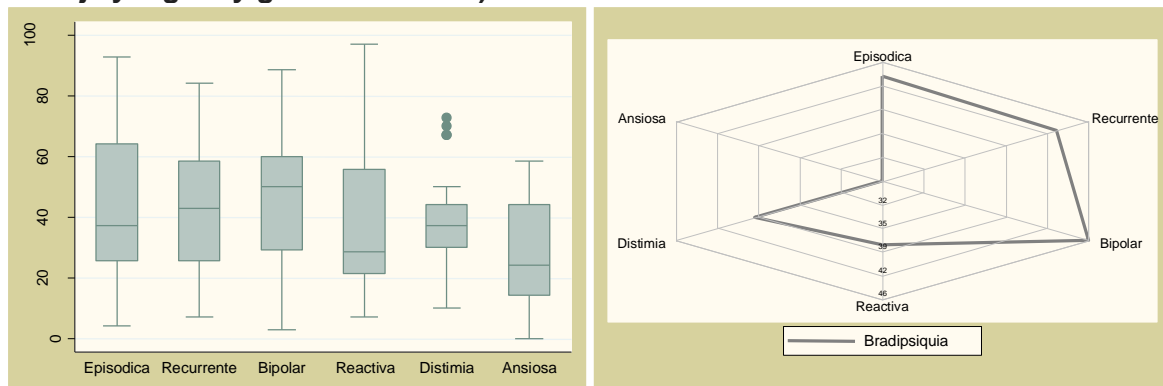
El dominio ideación depresiva presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 71,45 (D.E. 9,79) para depresión con síntomas ansiosos y el menor puntaje 50,18 (D.E.16,13) para depresión reactiva. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre depresión con síntomas ansiosos y depresión bipolar; depresión con síntomas ansiosos y depresión reactiva, depresión con síntomas ansiosos y distimia, todos estos valores a favor de depresión con síntomas ansiosos, con unos valores de $P < 0.001$.

Figura 2. Puntajes de dominio de ideación depresiva según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



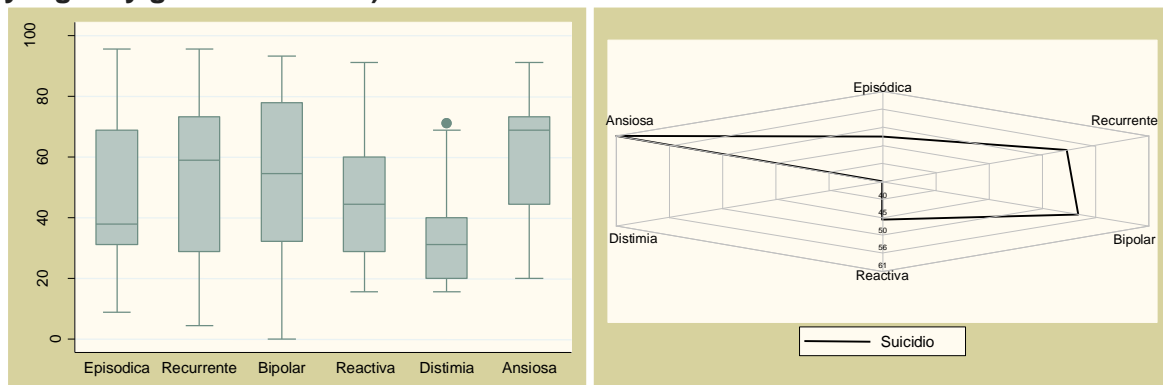
El dominio bradipsiquia presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 45,94 (D.E.21,34) para depresión bipolar y el menor puntaje 28,05 (D.E. 18,55) para depresión ansiosa. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 3. Puntajes de dominio de Bradipsiquia según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar).



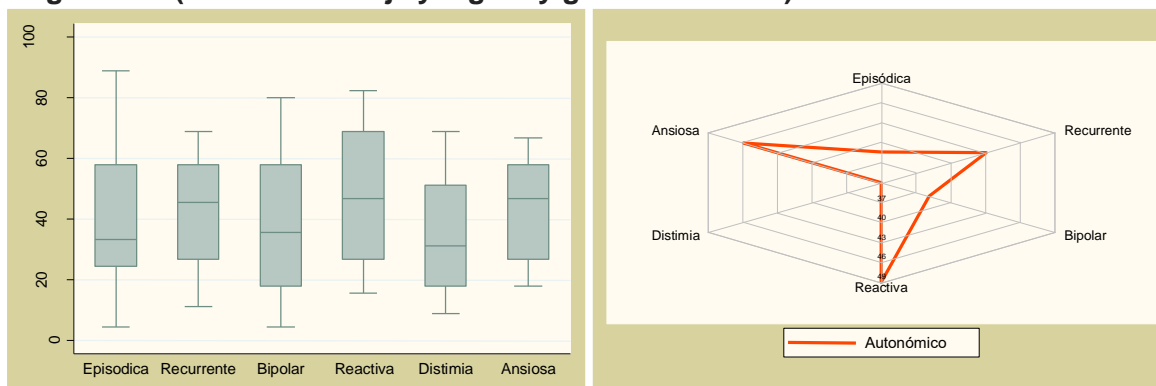
El dominio suicidio presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fue 61,21 (D.E. 20,54) para depresión con síntomas ansiosos y el menor puntaje 34,09 (D.E. 17,5) para distimia. Diferencia estadísticamente significativa entre distimia Vs depresión bipolar, distimia Vs depresión ansiosa y distimia Vs depresión recurrente, todos estos resultados en contra de distimia, con valores de $P < 0.002$.

Figura 4. Puntajes de dominio de suicidio según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



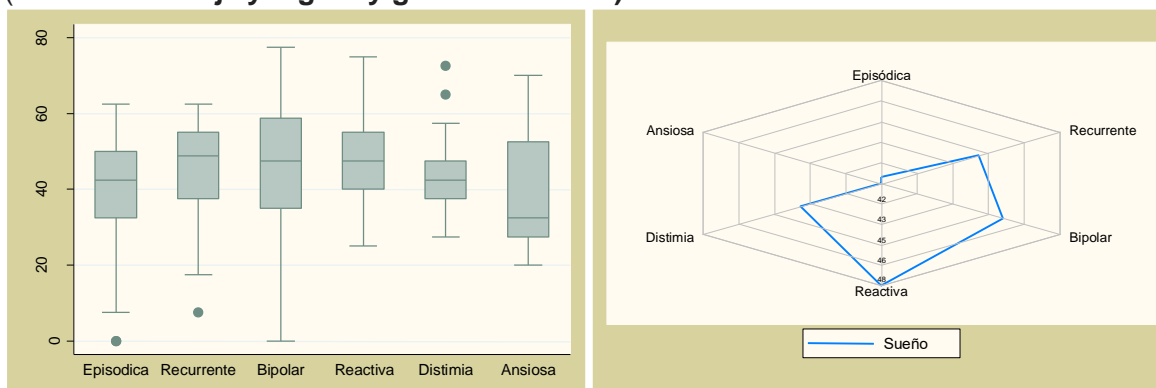
El dominio síntomas autonómicos y vegetativos presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 48,88 (D.E. 22,59) para depresión reactiva y el menor puntaje 33,86 (D.E. 17,93) para distimia, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre estas dos con valor de $P 0.037$.

Figura 5. Puntajes de dominio de síntomas autonómicos y vegetativos según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



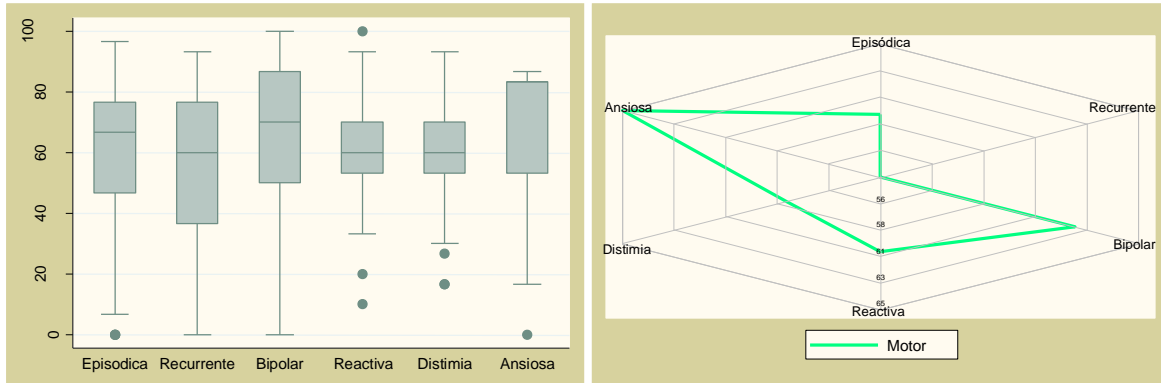
El dominio sueño ansiedad presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 47,72 (D.E. 12,18) para depresión reactiva y el menor puntaje 40 (D.E. 17,64) para depresión con síntomas ansiosos. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 6. Puntajes de dominio de sueño-ansiedad según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



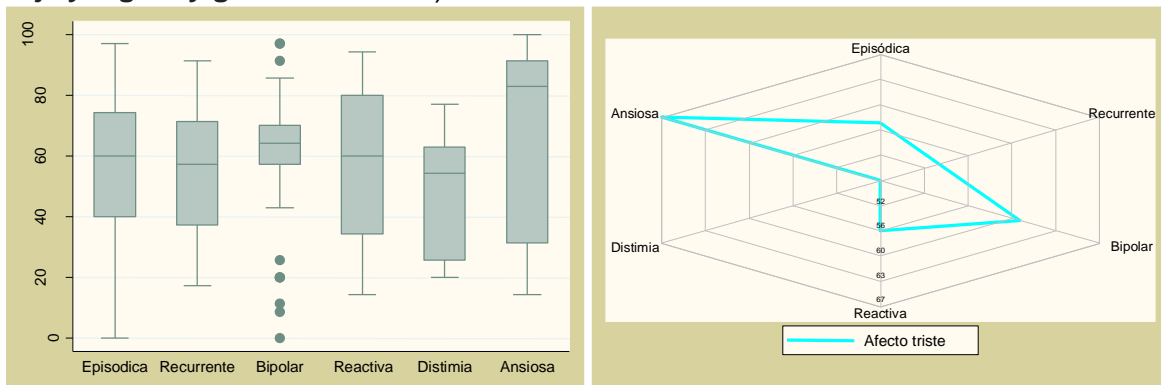
El dominio inercia y síntomas motores presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 65,15 (D.E. 30,38) para depresión con síntomas ansiosos y el menor puntaje 53,94 (D.E. 25,89) para depresión recurrente. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 7. Puntajes de dominio inercia y síntomas motores según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



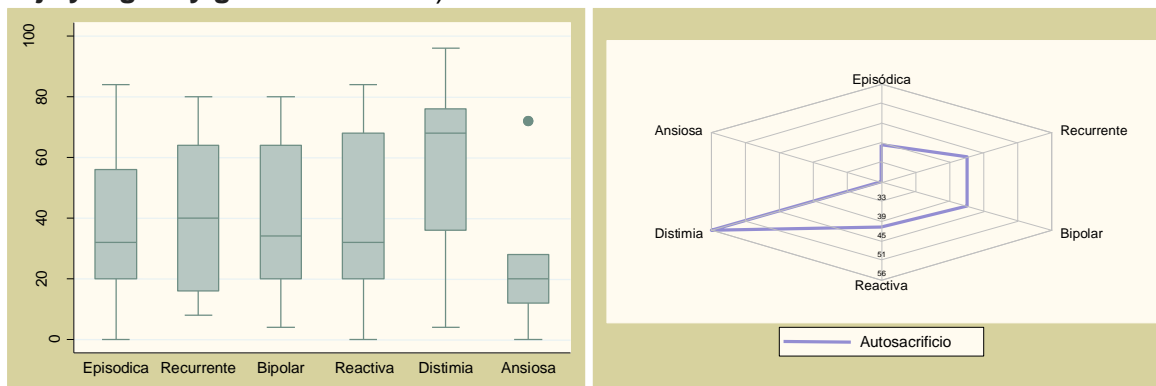
El dominio afecto triste presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 67,27 (D.E. 31,25) para depresión con síntomas ansiosos y el menor puntaje 48,27 (D.E. 20,56) para distimia. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 8. Puntajes de dominio de afecto triste según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



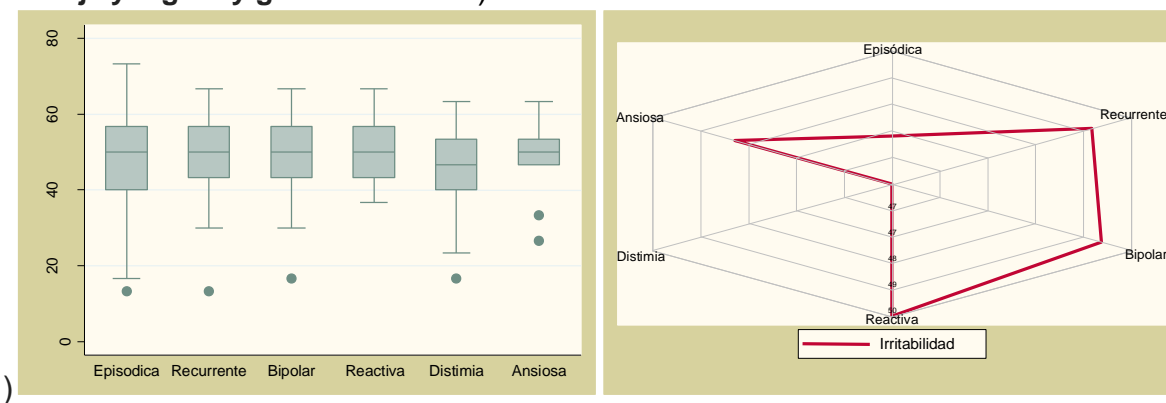
El dominio autosacrificio presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 56,41 (D.E. 29,08) para distimia y el menor puntaje 26,90 (D.E. 23,39) para depresión con síntomas ansiosos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre distimia Vs depresión episódica y distimia Vs depresión con síntomas ansiosos, todos estos resultados en favor de distimia, con valores de $P < 0.01$.

Figura 9. Puntajes de dominio autosacrificio según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



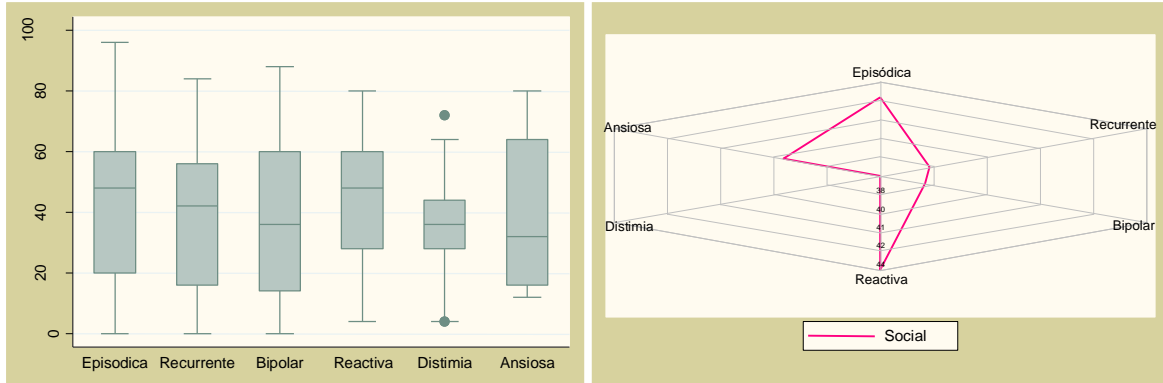
El dominio irritabilidad presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fue 49,89 (D.E. 7,19) para depresión reactiva y el menor puntaje 45,74 (D.E. 11,74) para distimia. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 10. Puntajes de dominio de irritabilidad según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



El dominio social presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fue 43,75 (D.E. 22,84) para depresión reactiva y el menor puntaje 36,68 (D.E. 17,24) para distimia. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 11. Puntajes de dominio social según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)



El dominio síntomas somáticos presentó los siguientes resultados: el mayor puntaje fué 43,15 (D.E. 14,92) para depresión reactiva y el menor puntaje 34,62 (D.E. 19,22) para distimia. Los hallazgos no fueron estadísticamente significativos.

Figura 12. Puntajes de dominio síntomas somáticos según agrupación diagnóstica (Gráficas de caja y bigote y gráfico de radar)

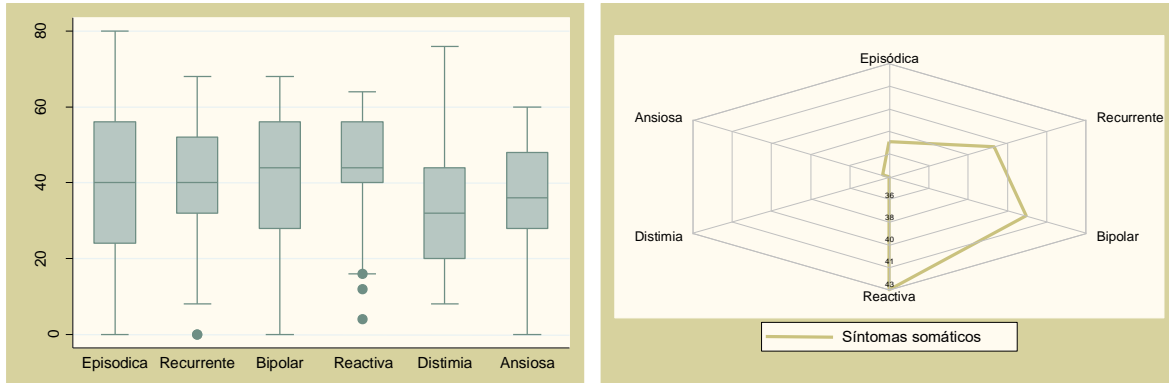
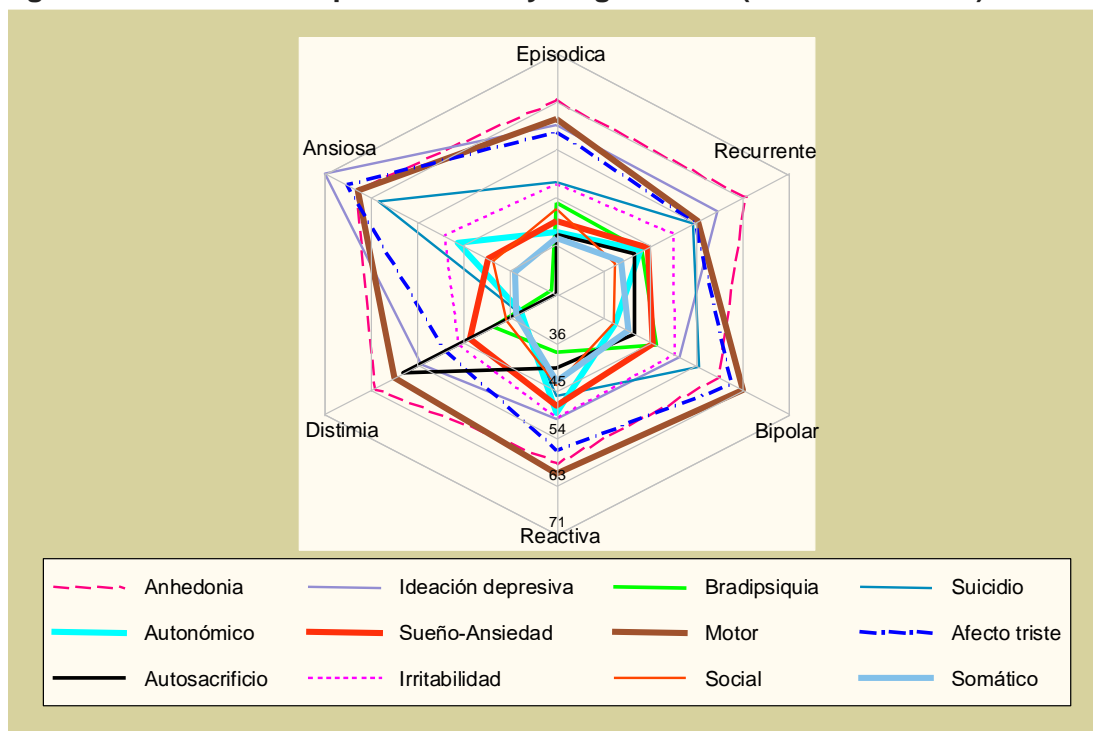


Figura 13. Condensado por dominios y diagnósticos (Gráfico de radar)



Mediante un análisis de correspondencias múltiples se encontraron 3 tipos de agrupaciones según diagnósticos, antecedentes y variables sociodemográficas:

Agrupación 1:

En el eje negativo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

- Sexo masculino
- Depresión bipolar
- Familiares con depresión.

En la misma dirección del vector se asocian los dominios 3, 9 y 11 (bradipsiquia, autosacrificio, y social) de la herramienta ESDUN.

En el eje positivo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

- Sexo femenino
- Depresión reactiva
- Familiares sin antecedentes.

En la dirección del vector se asocian los dominios 1, 2 y 11 (anhedonia, ideación depresiva, síntomas autonómicos y vegetativos) de la herramienta ESDUN.

La anterior agrupación podría corresponder a una categoría dentro de lo que se ha conocido previamente como ENDOGENO – EXOGENO.

Agrupación 2:

En el eje negativo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

- Distimia
Familiar con conducta suicida
Familiar con depresión

En la dirección de este vector corresponden los dominios 2, 8 y 9 (ideación depresiva, afecto triste, autosacrificio) de la herramienta ESDUN.

En el eje positivo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

- Depresión bipolar
Familiar con esquizofrenia
Familiar con TAB.

El vector se asocia con los dominios 1, 5 y 6 (anhedonia, síntomas autonómicos y vegetativos, sueño ansiedad) de la herramienta ESDUN.

La anterior agrupación podría corresponder a un tipo de categoría por algunos llamada Enfermedad LIGHT – PESADA.

Agrupación 3:

En el eje negativo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

- Sexo masculino
Depresión reactiva

Depresión con síntomas ansiosos

Este vector se acompaña de los dominios 6, 7 y 8 (sueño ansiedad, inercia y síntomas motores, afecto triste) de la herramienta ESDUN.

En el eje positivo se encuentran bien representadas las siguientes variables:

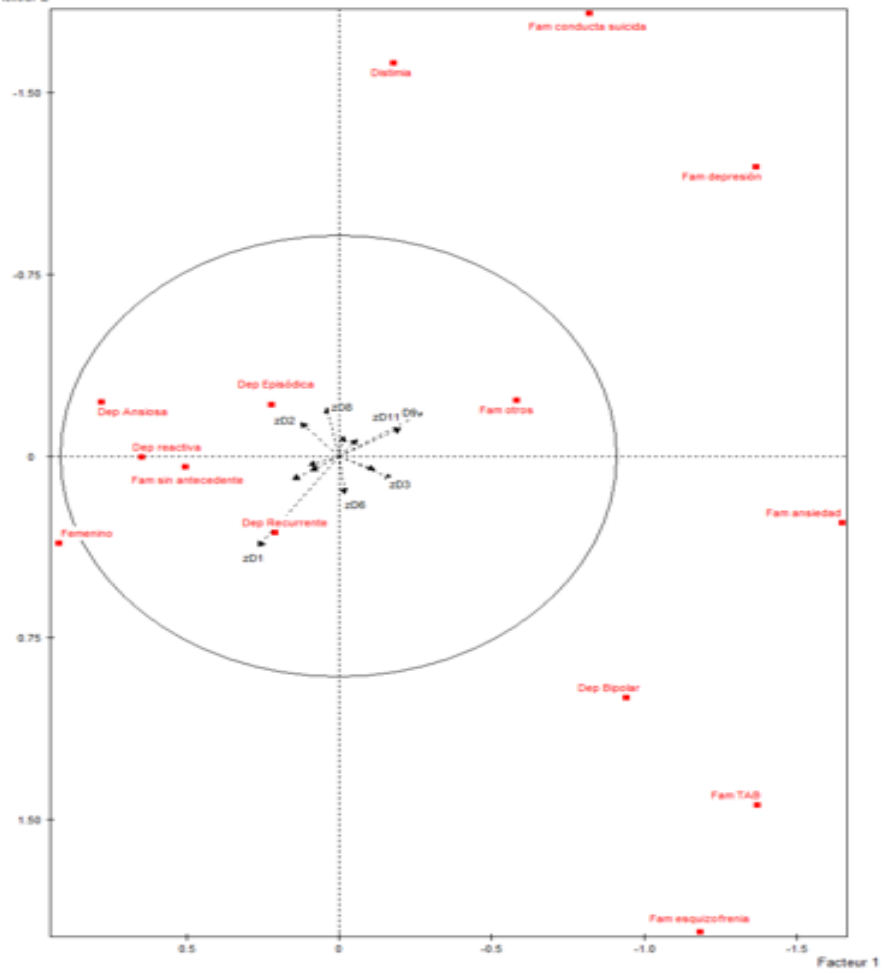
- Sexo femenino
Depresión recurrente
Familiar con esquizofrenia.

En este vector se asocian los dominios 3, 4 y 5 (bradipsiquia, suicidio y sueño ansiedad) de la herramienta ESDUN.

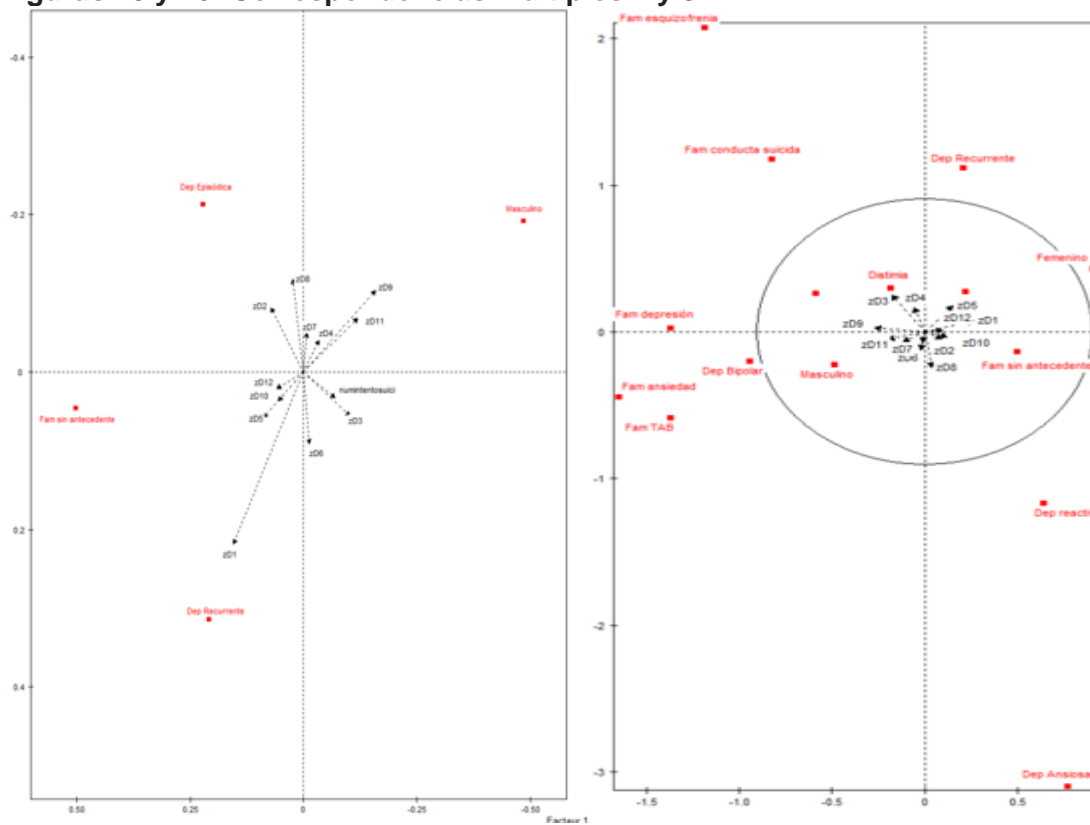
Esta agrupación podría ser conocida como la contraparte de la agrupación ENDOGENO – EXOGENO o BIOLÓGICO - REACTIVO.

Estos hallazgos son bastante similares a los encontrados en los análisis multivariados, ya que los dominios sintomáticos que mayor puntuación tuvieron en los respectivos diagnósticos también fueron los dominios que seguían la misma dirección del vector en los análisis de correspondencias múltiples según el diagnóstico agrupado. (ejm. Ideación depresiva tuvo la mayor puntuación en diagnóstico de depresión con síntomas ansiosos y siguieron la misma dirección del vector en correspondencias múltiples que incluía este diagnóstico).

Figura 14: Correspondencias múltiples 1.



Figuras 15 y 16: Correspondencias múltiples 2 y 3.



9. Discusión

El síndrome depresivo es ampliamente imperfecto, sus manifestaciones clínicas, la intensidad de los síntomas, el grado de compromiso funcional y su pronóstico es variable entre pacientes, a lo largo de los años se ha intentado estandarizar unos criterios diagnósticos para encasillar como “depresión” a quienes semejan dichos criterios, además que la clasificación de la depresión arbitrariamente se ha definido según criterios de gravedad o en el mejor de los casos según la presencia de síntomas maniacos o hipomaniacos en depresión bipolar o unipolar. Sin embargo un cuadro clínico tan heterogéneo como este goza de pocos enfoques descriptivos, de correlación diagnóstica o que tengan en cuenta variables sociodemográficas.

En el presente estudio encontramos que los diferentes diagnósticos del espectro depresivo presentan importante variabilidad sintomática entre ellos, sus perfiles de presentación distan de ser idénticos y las manifestaciones clínicas entre diagnósticos no tienen suficiente correlación.

Los análisis multivariados y de correspondencias múltiples de los resultados de la herramienta ESDUN aplicada a este grupo de pacientes evidencia la necesidad de subclasificar el síndrome depresivo de una forma diferente a como lo vienen proponiendo el DSM, GLADP y CIE, dado que la sintomatología presentada por la mayoría de los pacientes no está bien representada dentro de estos grupos diagnósticos.

Pudimos evidenciar que al realizar una correcta estandarización de cada uno de los dominios sintomáticos de la herramienta, los diagnósticos del espectro depresivo presentaban marcadores bastante diferentes entre ellos, encontramos mayores puntajes en ciertos dominios para algunos diagnósticos y en otros dominios puntajes más bajos de los esperado; también se encontraron hallazgos estadísticamente significativos en cuatro de los doce dominios como lo fueron ideación depresiva, suicidio, síntomas autonómicos vegetativos y autosacrificio, hallazgos que afirman su mayor presencia en algunos grupos diagnósticos que en otros; de igual manera encontramos una fuerte asociación entre tres agrupaciones de síntomas, antecedentes y algunas variables sociodemográficas las cuales a su vez se correspondían con dominios sintomáticos de la herramienta. Todos estos resultados no hacen más que afirmar nuestra propuesta sobre la necesidad de agrupar los diagnósticos del síndrome depresivo según los hallazgos sintomáticos.

El presente estudio resalta la amplia descripción de síntomas como algo necesario en el diagnóstico (en los manuales diagnósticos no tienen en cuenta más que una decena de síntomas) del síndrome depresivo y como al caracterizar la sintomatología depresiva con una herramienta como ESDUN puede permitirnos agrupar los pacientes en diferentes categorías lo cual redundará en una mejor comprensión de la enfermedad.

Queremos resaltar que los resultados de los análisis de correspondencias múltiples y los análisis multivariados tienen hallazgos que no debe pasarle por alto, como lo es el hecho de que los dominios sintomáticos que tuvieron mayor representabilidad en los análisis de correspondencia, también lo fueron en los análisis multivariados; lo anterior nos brinda un nivel de confianza mayor al momento de afirmar que nuestros hallazgos tienen suficiente utilidad como para ser tenidos en cuenta en la práctica clínica.

Al realizar una búsqueda bibliográfica sobre investigaciones similares a la nuestra son muy pocos los estudios encontrados, tal vez solo valga la pena detenernos en el estudio de Faludi y col. del año 2010 en Hungría quienes basados en las teorías de los neurocircuitos diseñaron una herramienta de medición de síntomas depresivos conformada por 111 síntomas y estructurada mediante 9 dominios, donde se pretendía formar subgrupos de pacientes según su perfil sintomático intentando encontrar diferencias en la respuesta ante el tratamiento, sin embargo los hallazgos de esta primera parte del estudio aunque prometedores no han sido replicados hasta la actualidad; nuestro estudio es innovador dado que propone una nueva forma de entender y subclasificar la enfermedad depresiva además pone de manifiesto que la herramienta ESDUN está a la vanguardia en cuanto a descripción de síntomas depresivos se refiere.

No se puede desconocer que el presente estudio tiene grandes limitaciones como ser un estudio transversal, limitándonos la observación del paciente en el tiempo e impidiendo aclarar si los hallazgos son estables, si algún subgrupo de pacientes presentó una mejor respuesta al tratamiento o si existían marcadores pronóstico.

Otra limitación es que si bien la población incluía un número importante de pacientes, algunos grupos diagnósticos no tuvieron la suficiente representabilidad dentro de la muestra, como fue el caso de depresión con síntomas ansiosos o depresión con síntomas psicóticos tanto en el presente estudio como en el estudio previo de validación del instrumento, lo cual probablemente haya influido en que ítems relacionados con estos dos diagnósticos hayan tenido cargas

factoriales bajas y se retiraran de la herramienta actual; además la gran mayoría de los pacientes seleccionados en el estudio se encontraban hospitalizados, por lo tanto pacientes ambulatorios con cuadros subsindrómicos o presentaciones clínicas más leves fueron minoría. También hacer explícito que es la primera vez después del estudio de validación que la herramienta ESDUN es aplicada a una población y que dicha herramienta probablemente requiera algunos ajustes y afinación en la consistencia de su estructura factorial y pertinencia de algunos ítems.

En conclusión los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que los diferentes diagnósticos del síndrome depresivo tienen dominios sintomáticos afines a cada uno de ellos y que variantes sociodemográficas tienen relación con antecedentes, diagnósticos y dominios sintomáticos conformando subgrupos de depresión. Es necesario realizar estudios longitudinales para conocer el comportamiento de los presentes hallazgos más allá de la entrevista inicial.

10. Anexos

10.1 Herramienta ESDUN

Escala para medición de síntomas depresivos de la Universidad Nacional de Colombia (ESDUN).

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____ ID: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Teléfono: _____ CIE-10: _____ Antecedentes: _____ Medicamentos: _____

0: Nada 1: Muy poco 2: Poco 3: Moderado 4: Severo 5: Muy severo

SEVERIDAD	
I. IDEACIÓN DEPRESIVA	
1. Infravaloración.	0 1 2 3 4 5
2. Piensa que merece ser castigado.	0 1 2 3 4 5
3. Delirios de culpa o pecado.	0 1 2 3 4 5
4. Siente que va a fracasar.	0 1 2 3 4 5
5. Se siente fracasado.	0 1 2 3 4 5
6. Es pesimista acerca del futuro.	0 1 2 3 4 5
7. Siente que no es maravilloso estar vivo.	0 1 2 3 4 5
8. Se siente inútil o sin valor.	0 1 2 3 4 5
9. Cree que su situación no tiene solución.	0 1 2 3 4 5
10. Siente que los demás están mejor.	0 1 2 3 4 5
11. Siente vergüenza de sí mismo.	0 1 2 3 4 5
12. Siente que se detesta a sí mismo.	0 1 2 3 4 5
13. Se considera peor que los demás.	0 1 2 3 4 5
14. Siente que tiene un peor aspecto que antes.	0 1 2 3 4 5
15. Se siente viejo.	0 1 2 3 4 5
16. Siente que tiene un aspecto horrible.	0 1 2 3 4 5
17. Siente que su vida no podría ser peor.	0 1 2 3 4 5
18. Pensamientos sobre la posibilidad de morir.	0 1 2 3 4 5
19. Estar cansado de vivir.	0 1 2 3 4 5
II. ANHEDONIA	
20. Ha dejado de disfrutar las cosas que antes disfrutaba.	0 1 2 3 4 5
21. Ha perdido el interés por hacer las cosas.	0 1 2 3 4 5
22. Pérdida del interés en las actividades, acciones o trabajo.	0 1 2 3 4 5
23. Las cosas le producen menos placer que antes.	0 1 2 3 4 5
24. Pérdida de interés en el entorno.	0 1 2 3 4 5
25. Disminución del tiempo dedicado a actividades placenteras.	0 1 2 3 4 5
26. La vida no está llena de cosas que le interesan.	0 1 2 3 4 5
27. Tristeza que no varía de acuerdo a la situación.	0 1 2 3 4 5
28. No obtiene una satisfacción auténtica de las cosas.	0 1 2 3 4 5
29. Se siente sin ganas de hacer las cosas que antes hacía.	0 1 2 3 4 5
30. Ha perdido confianza en sí mismo.	0 1 2 3 4 5
31. No toma decisiones igual que antes.	0 1 2 3 4 5
32. Pérdida de la lúdica.	0 1 2 3 4 5
33. Familiares con TAB.	0 1 2 3 4 5
III. BRADIPSQUIA	
34. Tomar decisiones le es muy difícil o imposible.	0 1 2 3 4 5
35. No puede hacer nada.	0 1 2 3 4 5
36. Siente que el pensamiento está más lento.	0 1 2 3 4 5
37. Está tan cansado que no puede hacer nada.	0 1 2 3 4 5
38. Se cansa con cualquier cosa.	0 1 2 3 4 5
39. Se siente lento en el diálogo.	0 1 2 3 4 5
40. Se mueve, piensa y habla más lento.	0 1 2 3 4 5
41. Dificultad para poner en orden los pensamientos.	0 1 2 3 4 5
42. Incapacidad para mantener una conversación sin esfuerzo.	0 1 2 3 4 5
43. Diálogo difícil durante la exploración.	0 1 2 3 4 5
44. Le cuesta o le es difícil responder las preguntas.	0 1 2 3 4 5
45. Le toma tiempo responder a las preguntas.	0 1 2 3 4 5
IV. AUTONOMICOS-VEGETATIVOS	
46. Necesita obligarse a comer.	0 1 2 3 4 5
47. Pérdida del apetito.	0 1 2 3 4 5
48. Hiporexia.	0 1 2 3 4 5
49. Pérdida de peso.	0 1 2 3 4 5
50. La comida no sabe a nada.	0 1 2 3 4 5
51. Hiperventilación.	0 1 2 3 4 5
52. Se preocupa por nimiedades.	0 1 2 3 4 5
53. Xerostomía.	0 1 2 3 4 5
54. Siente palpitaciones o falta de aliento.	0 1 2 3 4 5
55. Come más que antes.	0 1 2 3 4 5
V. ANSIEDAD	
56. Duerme más de lo habitual.	0 1 2 3 4 5
57. Tono de voz bajo.	0 1 2 3 4 5
58. Tiene que dormir en el día.	0 1 2 3 4 5
59. No se siente tranquilo o relajado.	0 1 2 3 4 5
60. Pasa la noche sin dormir.	0 1 2 3 4 5
61. Siente opresión en el pecho.	0 1 2 3 4 5
62. Se siente ansioso sin saber por qué.	0 1 2 3 4 5
63. Delirios de ruina.	0 1 2 3 4 5
64. Le cuesta trabajo quedarse dormido.	0 1 2 3 4 5
65. Inquietud motora: juega con las manos, hala el cabello.	0 1 2 3 4 5
66. No puede estar sentado.	0 1 2 3 4 5
67. Camina de un sitio a otro.	0 1 2 3 4 5
VI. SUICIDIO	
68. Intento de suicidio.	0 1 2 3 4 5
69. Amenazas de suicidio.	0 1 2 3 4 5
70. Ideación suicida.	0 1 2 3 4 5
71. Ha pensado en lastimarse a sí mismo.	0 1 2 3 4 5
72. Comportamiento suicida o auto lesivo.	0 1 2 3 4 5
73. Planes de suicidio.	0 1 2 3 4 5
74. Deseo de estar muerto.	0 1 2 3 4 5
75. Deseo de dormir y no despertar.	0 1 2 3 4 5
76. Siente que no vale la pena vivir.	0 1 2 3 4 5
77. La sensación es distinta al duelo.	0 1 2 3 4 5
VII. SOMATICOS	
78. Hablar con voz triste.	0 1 2 3 4 5
79. Está preocupado por problemas físicos o de salud.	0 1 2 3 4 5
80. Evita tomar decisiones.	0 1 2 3 4 5
81. Se siente sin energía.	0 1 2 3 4 5
82. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza.	0 1 2 3 4 5
83. Dorsalgia, cefalalgia, mialgia.	0 1 2 3 4 5
VIII. AUTOSACRIFICIO	
84. Se sacrifica por los demás.	0 1 2 3 4 5
85. Hace cosas por los demás aun cuando le afecten.	0 1 2 3 4 5
86. Siente que debe hacer cosas por los demás.	0 1 2 3 4 5
87. Familiares vistos por psiquiatra.	0 1 2 3 4 5
88. Familiares con depresión.	0 1 2 3 4 5
89. Expresión facial triste.	0 1 2 3 4 5
IX. TRISTEZA	
90. Tristeza.	0 1 2 3 4 5
91. Llanto fácil. Llorar por cosas que antes no lo hacían llorar.	0 1 2 3 4 5
92. Llorar más que antes.	0 1 2 3 4 5
93. Llorar continuamente.	0 1 2 3 4 5
94. Dolor de estar tan triste.	0 1 2 3 4 5
95. No puede dejar de sentirse triste.	0 1 2 3 4 5
96. Se siente afligido.	0 1 2 3 4 5
97. Esta es la peor tristeza que ha tenido.	0 1 2 3 4 5
98. Se siente desamparado.	0 1 2 3 4 5
X. INERCIA-HIPOBULIA	
99. Se siente torpe.	0 1 2 3 4 5
100. Dificultad para empezar una tarea.	0 1 2 3 4 5
101. Dificultad para iniciar una tarea diaria simple.	0 1 2 3 4 5
102. Le cuesta empezar a hacer algo.	0 1 2 3 4 5
103. Tiene que obligarse para hacer algo.	0 1 2 3 4 5
104. En el día se siente somnoliento.	0 1 2 3 4 5
XI. IRRITABILIDAD	
105. Se culpa por todo lo malo que sucede.	0 1 2 3 4 5
106. El paciente reconoce estar deprimido y enfermo	0 1 2 3 4 5
107. Ideas delirantes de enfermedad.	0 1 2 3 4 5
108. Niega estar enfermo.	0 1 2 3 4 5
109. Se molesta o se irrita más fácil que antes.	0 1 2 3 4 5
110. Se siente continuamente irritado.	0 1 2 3 4 5
XII. SOCIAL	
111. Alucinaciones simples (sonidos de pasos, cadenas, golpes)	0 1 2 3 4 5
112. Se siente incapaz de sentir rabia, tristeza, pena o placer.	0 1 2 3 4 5
113. Tiende a culpar a los demás de lo que le pasa.	0 1 2 3 4 5
114. Ve más errores en los demás que antes.	0 1 2 3 4 5
115. Pérdida de interés en los demás.	0 1 2 3 4 5
116. Pérdida de los sentimientos por familiares o personas cerc	0 1 2 3 4 5

10.2 Formato de consentimiento informado.

ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha: _____

Yo _____ C.C. _____

Acepto voluntariamente mi participación como paciente en este proyecto de investigación que se adelanta en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, que tiene como nombre: Caracterización de subtipos de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados y ambulatorios de algunas instituciones de salud en Bogotá – Colombia.

He leído detenidamente la totalidad del documento de consentimiento informado y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis inquietudes han sido resueltas. Entiendo que participar en la entrevista y proporcionar la información solicitada es mi elección, entiendo el riesgo que representa y entiendo la justificación del estudio.

Comprendo que los resultados individuales no me serán dados. He recibido una copia del consentimiento para guardarlo. Entiendo quiénes están involucrados en el estudio y como se participa, y de igual forma, cuáles son mis derechos como participante, incluyendo decidir abandonar el estudio en cualquier momento y tener una copia de todo el documento de consentimiento informado, también entiendo que la entrevista y la aplicación del instrumento no tendrá ningún costo y tampoco recibiré ninguna compensación económica por participar.

Acepto que se realice la entrevista, se hagan las preguntas y se tomen los datos necesarios para la investigación, conociendo que lleva un riesgo mínimo y cuyos resultados serán de importante beneficio para el conocimiento de los trastornos depresivos. Yo acepto que la información obtenida de la entrevista sea consignada en el instrumento para ser usada para el presente estudio y cualquier estudio derivado de éste. Esta participación es completamente voluntaria y tengo conocimiento de los objetivos de esta investigación, del manejo ético y correcto que los investigadores darán a la información suministrada por mí.

Los investigadores del proyecto me han explicado claramente la confidencialidad de la información que apporto para este estudio, la cual estará bajo la protección del grupo investigador y en ningún momento podrá ser divulgada en forma individual.

Autorizo, que se publiquen los resultados del estudio en forma global con datos científicos y de ser necesario algunos datos de la Historia Clínica, bajo las normas nacionales (Resolución Numero 008430 de 1993 del Ministerio de Salud) e internacionales que regulan estas actividades en donde no se da a conocer ningún tipo de identificación personal de los que participen en el estudio, manteniendo la privacidad. Declaro que se me han resuelto todas las dudas y he entendido las explicaciones que me han dado los investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

Nombre: _____ C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

Testigo: _____ C.C. _____

Dirección y Teléfono: _____

11. Referencias bibliográficas

1. Akiskal, H S. Mood disorders, En: Sadock B, Sadock V, Ruiz P.Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Vol 1. Tenth Edition, Wolters Kluwer ed, Philadelphia, USA; 2017: Pags 4098-4405
2. American Psychiatric Association: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. En: American Psychiatric Association (2000).
3. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, Geneva, 1992.
4. Lanzito, B M.; Cadoret, R J.; Pugh, D D.: Thought disorder in depression. En: The American journal of psychiatry 131 (1974), jun, Nr. 6, p. 703-707.
5. Zimmerman, M; Ellison, W; Young, D; Chelminski, I; Dalrymple, K: How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? En: Comprehensive Psychiatry 56 (2015) p. 29–34.
6. Zimmerman, M; McGlinchey, JB; Young, D; Chelminski I; Diagnosing major depressive disorder: II: is there justification for compound symptom criteria? J Nerv Ment Dis 2006; 194: p. 235-40.
7. Von Zerssen, D; Cording, C: The measurement of change in endogenous afective disorders. En: Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten 226 (1978), nov, Nr. 2, p. 95-112.

8. Benazzi, Franco ; Akiskal, Hagop: Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. En: Journal of affective disorders 84 (2005), feb, Nr. 2-3, p. 197-207.
9. Bravo Naranjo, Edward J, Desarrollo de una escala para medir síntomas depresivos, Trabajo de Grado, Bogotá 2015.
10. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291:2581-90.
11. Andreasen, N C.: Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. En: Archives of general psychiatry 36 (1979), nov, Nr. 12, p. 1325-1330.
12. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 949-58.
13. Simon, G.E, Goldberg, D.P, Von Korff, M, Ustun, T.B. Understanding cross-national differences in depression prevalence. Psychol Med.2002; 32: 585-594.
14. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res.2002; 11:55-67.

15. Andreasen, N C.: Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. En: Archives of general psychiatry 36 (1979), nov, Nr. 12, p. 1315-1321.
16. Casper, R C.; Redmond, D E J.; Katz, M M.; Schaffer, C B.; Davis, J M.; Koslow, S H.: Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. En: Archives of general psychiatry 42 (1985), nov, Nr. 11, p. 1098-1104.
17. Aronson, T A.; Shukla, S; Hoff, A; Cook, B: Proposed delusional depression subtypes: preliminary evidence from a retrospective study of phenomenology and treatment course. En: Journal of affective disorders 14 (1988), Nr. 1, p. 69-74.
18. Charney, D S.; Nelson, J C.: Delusional and nondelusional unipolar depression: further evidence for distinct subtypes. En: The American journal of psychiatry 138 (1981), mar, Nr. 3, p. 328-333.
19. Akiskal HS, McKinney WT. Depressive disorders: Toward a unified hypothesis. Science. 1973; 182-220.
20. Cassidy W, Flanagan N, Spellman M, Cohen M. Clinical observations in manic-depressive disease. A quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. JAMA 1957; 164: p. 1535-46.
21. American Psychiatric Association: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013.

22. Summerfield, D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? *J R Soc Med* 2006; 99:161–162.
23. Parker, G. Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ* 2007; 335. P. 328.
24. Partridge, B., Lucke, J., & Hall, W. Over-diagnosed and over-treated: a survey of Australian public attitudes towards the acceptability of drug treatment for depression and ADHD. *BMC Psychiatry*, 2014. 1186; 1471-74.
25. Blazer D. *The age of melancholy: major depression and its social origins* New York: Routledge, 2005.
26. Cantor, N; Smith, E E.; French, R S.; Mezzich, J: Psychiatric diagnosis as prototype categorization. En: *Journal of abnormal psychology* 89 (1980), apr, Nr. 2, p. 181-193.
27. Marneros, A ; Deister, A ; Rohde, A ; Junemann, H ; Fimmers, R: Long-term course of schizoaffective disorders. Part I: Definitions, methods, frequency of episodes and cycles. En: *European archives of psychiatry and neurological sciences* 237 (1988), Nr. 5, p. 264-275.
28. Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M.G., Sewitch, M., Belzile, E. and Ciampi, A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008 Jan; 23(1): 25–36.
29. Treasure, W. Depression in general practice. *Br J Gen Pract.* 2009 Apr 1; 59(561): 288–289.

30. Vilagut, G., Forero, C.G., Barbaglia, G., Alonso, J. Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016; 11(5).
31. Lee S, Fung SC, Tsang A, Zhang MY, Huang YQ, He YL, et al. Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116:10-6.
32. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med*.1997; 27:861-873.
33. Hickia, I. Is depression overdiagnosed? No. *BMJ* 2007; 335. P. 329.
34. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2314-21.
35. Snaith, P: What do depression rating scales measure? En: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 163 (1993), sep, p. 293-298.
36. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*.1976; 33:766-771.
37. Shafer, Alan B.: Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. En: *Journal of Clinical Psychology* 62 (2006), jan, Nr. 1, p. 123-146.

38. Beck, Aaron T.; Steer, Robert A.; Carbin, Margery G.: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. En: *Clinical Psychology Review* 8 (1988), jan, Nr. 1, p. 77-100.
39. Beck, Aaron T.; Ward, C H.; Mendelson, M; Mock, J; Erbaugh, J: An inventory for measuring depression. En: *Archives of general psychiatry* 4 (1961), jun, p. 561-571.
40. Parker G. Beyond major depression. *Psychol Med* 2005; 35: 467-74.
41. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research Domain Criteria (RDOC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: p. 748-51.
42. Faludi, Gabor; Gonda, Xenia; Kliment, Edit; Bekes, Vera; Meszaros, Veronika; Oláh, Attila: Development of Depression Profile: a new psychometric instrument to selectively evaluate depressive symptoms based on the neurocircuitry theory. En: *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja = oficial journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology* 12 (2010), jun, Nr. 2, p. 337-345.
43. McCallum R, Browne M, H. S. Power Analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychologica Methods*. 1996.;1(2):130-49.
44. Escoffier B, Pages J. Análisis factoriales simples y múltiples. Objetivos, métodos, interpretación. Bilbao: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco; 1990. P.49-69.).

45. Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistique exploratoire multidimensionnelle. Paris: Dunod; 1995. P.108-42.