

A. Cordero Villafáfila<sup>1</sup>  
 J. A. Ramos Brieve<sup>2</sup>  
 R. Gutiérrez Labrador<sup>1</sup>

# El Índice Diagnóstico Axial y de Seguimiento para la Depresión. Su utilidad diagnóstica y en estudios de evaluación terapéutica

<sup>1</sup> Servicio de Salud Mental «Miraflores»  
 Alcobendas (Madrid)

<sup>2</sup> Servicio de Psiquiatría  
 Hospital Universitario Ramón y Cajal  
 Universidad de Alcalá de Henares  
 Madrid

**Introducción.** Los autores desarrollan una nueva escala para medir el cambio de la intensidad de los síntomas depresivos bajo los efectos de fármacos antidepresivos y analizar la validez predictiva de su puntuación total. La denominan: Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión (IDASD). Para ello, utilizan solamente siete ítems nucleares para el diagnóstico de depresión (ánimo, interés, impulso, gusto/placer, energía, trabajo y distinta cualidad) sin síntomas vegetativos o ansiosos.

**Metodología.** Los autores entrevistan a 111 pacientes psiquiátricos atendidos consecutivamente en régimen ambulatorio. Sesenta cumplían los criterios para episodio depresivo de la CIE-10 y 51 formaban parte del grupo de control: enfermos psiquiátricos no deprimidos. Utilizan para ello un protocolo de recogida de datos que contiene el IDASD, donde los pacientes señalan cómo se encuentran sobre una Escala Analógico-Visual en la que cuantifican sus respuestas en cada ítem, la Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems (EHD-17) y una Impresión Clínica Global (ICG). Cada paciente deprimido recibía el tratamiento antidepresivo que mejor se ajustaba a su perfil clínico según el psiquiatra que le trataba. Los pacientes deprimidos fueron evaluados una segunda vez tras 30 días de tratamiento.

**Resultados.** Todos los ítems de la IDASD perciben un cambio en la intensidad de la sintomatología estadísticamente significativo ( $p = 0,00$ ). La puntuación total del IDASD, también, al mismo nivel de significación estadística que las puntuaciones totales de la EHD-17 y de la ICG ( $p = 0,000$ ). El IDASD correlaciona alto y significativo tanto con la EHD-17 como con la ICG ( $r = 0,77$  y  $r = 0,73$ , respectivamente;  $p = 0,00$ ). Igualmente lo hace el promedio de la «proporción de

mejoría» que evalúa, con la evaluada por la EHD-17 y la ICG ( $r = 0,74$  y  $r = 0,68$  respectivamente;  $p = 0,000$ ). Un punto de corte de 39 ofrece las mejores prestaciones predictivas del IDASD respecto al criterio clínico y al criterio diagnóstico de depresión de la CIE-10. Con una sensibilidad de 0,97, una especificidad de 0,76 (de 0,88 con pacientes psiquiátricos asintomáticos), una probabilidad total de acertar de 93% y una fiabilidad *kappa* de 0,74. Los resultados mejoran cuando se utiliza como criterio externo el CDAD. Para ese nuevo criterio diagnóstico operativo (CDAD), un punto de corte de 40 ofrece una sensibilidad de 1,00, una especificidad de 0,96 una probabilidad de acertar del 99% y una fiabilidad *kappa* de 0,96.

**Conclusiones.** El IDASD ofrece suficiente validez concurrente con la EHD-17 y la ICG. Puede considerarse un instrumento sensible al cambio, con la ventaja de contener, tan sólo, ítems que han mostrado ser frecuentes, discriminantes y predictivos. El IDASD también es un buen instrumento para establecer diagnósticos de depresión en el sistema CDAD/IDASD o en el de la CIE-10.

**Palabras clave:**  
 Depresión. Escalas. Validez predictiva. Evaluación. Medida. Eficacia terapéutica.

*Actas Esp Psiquiatr 2010;38(1):42-49*

## The Axial Diagnostic and Sensitive-to-Change for Depression Index: Diagnostic utility and use in studies of therapeutic evaluation

**Introduction.** The authors develop a new rating scale for to measure its sensibility to the change of the intensity of the depressive symptoms under the effects of antidepressants drugs, and for to analyze the predictive validity of its total score. Designate it: The Axial Diagnostic and Sensitive-to-Change for Depression Index (ADSCDI). For this, use only seven nuclear items for the depression diagnosis (mood, interest, impulse/drive, pleasure, energy, daily job and different quality) without vegetative symptoms or anxious.

Los autores agradecen la desinteresada colaboración de Boehringer Ingelheim España, S.A., financiando parcialmente esta investigación.

Correspondencia:  
 J. A. Ramos Brieve  
 Servicio de Psiquiatría  
 Hospital Universitario Ramón y Cajal  
 Ctra. Colmenar km 9,100  
 28034 Madrid  
 Correo electrónico: jramosb.hrc@salud.madrid.org

**Methodology.** The authors interview to 111 psychiatric outpatients attended consecutively in a Mental Health Center. Sixty were fulfilling the criteria for depressive episode of the ICD-10 and fifty and one were forming part of the group of control: psychiatric outpatients not depressed. They use for this a protocol of collection of data that contains the ADSCDI, where the patients indicate how are found on a Visual Analogical Scale in the one which quantify their answers in each item, the Hamilton Rating Scale for Depression of 17 articles (HRSD-17) and an Global Clinical Impression scale (GCI). Each depressed patient receipt the antidepressant treatment that better were adjusted to his clinical profile according to the psychiatrist that was trying to him. The depressed patients were evaluated a second time after thirty days of treatment.

**Results.** All the items of the ADSCDI perceive a change statistically significant in the intensity of the depressive symptoms ( $p=0.00$ ). The total score of the ADSCDI, also, at same level of statistical significance that the total scores of the HRSD-17 and of the GCI ( $p=0.000$ ). The ADSCDI interrelates high and significantly with the HRSD-17 as with the GCI ( $r=0.77$  and  $r=0.73$  respectively;  $p=0.00$ ). Equally makes it with the average of the "proportion of improvement" that evaluates, with the one evaluated by the HRSD-17 and the GCI ( $r=0.74$  and  $r=0.68$  respectively;  $p=0.000$ ). A cut-off of 39 offers the best predictive values for the ADSCDI respect to the clinical and the ICD-10 criteria for depression. With a sensibility of 0.97, a specificity of 0.76 (of 0.88 with psychiatric patients free of symptoms), a total probability of guessing right of 93% and a kappa reliability of 0.74. The results improve when the ADSCDI is used as external criterion. For this new operative diagnostic criteria (ADCD), a cut-off of 40 offers a sensibility of 1.00, a specificity of 0.96 a probability of guessing right of 99% and a kappa reliability of 0.96.

**Conclusions.** The ADSCDI offers sufficient concurrent validity with the HRSD-17 and the GCI. It can be considered a sensitive instrument to the change, with the advantage of containing, only, items that have shown be frequent, discriminant and predictives. The ADSCDI also is a good instrument to establish diagnostic of depression in the system ADCD/ADSCDI or in the ICD-10 one.

**Key words:**

Depression. Scales. Predictive validity. Evaluation. Measure. Therapeutic efficiency.

## INTRODUCCIÓN

Recientemente, se desarrollaron el Criterio Diagnóstico Axial para la Depresión (CDAD) y el Índice Diagnóstico Axial y de Seguimiento para la Depresión (IDASD). Ambas herramientas configuran el sistema diagnóstico CDAD/IDASD.

El CDAD es un criterio diagnóstico operativo (CDO) para la depresión construido con siete síntomas nucleares para establecer el diagnóstico y desprovisto de los ítems que se ha demostrado son menos frecuentes, predictivos y discriminativos.

El IDASD es una escala autoaplicada diseñada en paralelo con el CDAD, con la finalidad de detectar la presencia de cada síntoma y establecer el diagnóstico en base a las respuestas de los pacientes y de acuerdo a las exigencias del CDAD.

El sistema CDAD/IDASD posee una buena capacidad predictiva o diagnóstica, con una sensibilidad de 0,93 y una especificidad de 0,82 una fiabilidad *kappa* de 0,76 y una proporción de casos totales acertados del 88% al 93%. Cuando el grupo de control está formado exclusivamente por pacientes psiquiátricos asintomáticos, la especificidad sube hasta 0,92. El sistema CDAD/IDASD tiene, además, una buena validez de constructo (0,69) y buena fiabilidad *alfa* ( $\alpha=0,92$ ). Su consistencia interna es, igualmente, aceptable: prueba de las dos mitades elevada ( $R=0,91$ ), una correlación test-retest alta ( $r=0,67$ ), con todas las correlaciones ítem/total por encima de  $r=0,79$ <sup>1</sup>.

Hasta el momento, se ha utilizado el IDASD como un mero instrumento para detectar la presencia/ausencia de síntomas y hacer el diagnóstico sobre esos datos. Sin embargo, su construcción permite a los pacientes flexibilizar sus respuestas como en cualquier escala con variables discretas, ya que cada ítem tiene asociada una Escala Analógico-Visual (EAV) que permite expresar de un modo flexible la situación del paciente referida a las dos semanas previas (ver Anexo). Ello ha sugerido a los autores que, quizás, el IDASD pueda utilizarse como una escala para medir la intensidad sintomatológica depresiva, como la Escala de Hamilton para la Depresión (EHD)<sup>2</sup>, que pudiera ser útil para hacer seguimientos terapéuticos.

Durante décadas, la EHD fue el patrón estándar con el que se evaluaba el 80% de los fármacos antidepresivos que salían al mercado<sup>3</sup>. Su éxito, no obstante, no impedía que se le criticara por la sobrerrepresentación que tenían los síntomas vegetativos y ansiosodependientes en dicha escala<sup>4</sup>. Hasta un 53-60% de la puntuación total de las diferentes versiones de la EHD podía atribuirse a dichos síntomas.

Eso hizo que se desarrollasen otros instrumentos de similares características con un diseño específico para evaluar los cambios en la intensidad sintomatológica y menor presencia de sintomatología ansiosa o ansiosodependiente. La Escala para la Depresión de Montgomery-Åsberg (EDMA) fue uno de esos intentos<sup>5</sup>.

Tras el fallecimiento de Max Hamilton a los 76 años de edad, el día 6 de agosto del año 1988, la EDMA ha sustituido

progresivamente a la EHD como patrón de oro en la evaluación de los cambios de intensidad de los síntomas depresivos en los ensayos clínicos de los mismos.

Pese a los esfuerzos de sus autores, la EDMA, no obstante, tampoco está exenta de síntomas ansiosodependientes («tensión interna», «insomnio», «disminución apetito»), aunque los tiene en menor medida que la EHD (30%). Eso permite sostener que el problema atribuido inicialmente a la EHD aún no ha sido resuelto completamente con la EDMA.

La presencia de síntomas ansiosodependientes es importante en este tipo de instrumentos a la hora de analizar la eficacia farmacológica de los antidepresivos. Principalmente porque son precisamente los síntomas ansiosos los que más precozmente mejoran<sup>6</sup>; incluso tan sólo bajo el efecto placebo que tiene el propio acto médico<sup>7</sup>. Eso permite atribuir una eficacia antidepresiva a fármacos que, quizás, no la tengan tanto o no sea tan precoz. Al disminuir la puntuación de los síntomas ansiosos, dichas escalas proporcionan mejorías tempranas que no son reales, pues aún se mantienen activos los síntomas netamente depresivos<sup>8</sup>.

## Objetivos de la investigación

En tal contexto, un instrumento que realmente careciese de esa clase de ítems sería más útil en la evaluación terapéutica real de los fármacos antidepresivos. Por eso los autores se proponen determinar la capacidad de seguimiento y la *sensibilidad al cambio* del IDASD.

Del mismo modo, pretenden determinar la capacidad predictiva o diagnóstica que tiene dicha puntuación total cuando el IDASD se utiliza como una escala corriente, en la misma línea que se ha estudiado, por ejemplo, la capacidad predictiva de la EHD<sup>9</sup>.

## METODOLOGÍA

### Sujetos

Fueron incluidos en el estudio 111 pacientes con más de 18 años de edad atendidos consecutivamente de modo ambulatorio en el Centro de Salud Mental «Miraflores» de Alcobendas (Madrid). Sesenta de ellos fueron asignados al grupo de enfermos deprimidos según el criterio clínico de los psiquiatras que los evaluaron. Posteriormente, se aseguró que cumplían también los criterios diagnósticos para episodio depresivo de la CIE-10 (leve [ $n = 5$ ], media [ $n = 13$ ] o severa [ $n = 40$ ]). El resto de los pacientes introducidos en la investigación configuraron el grupo de control, atendiendo igualmente a criterios clínicos, primero, y de la CIE-10, después. Ninguno de los sujetos controles reunía los criterios clínicos ni de la CIE-10 para episodio depresivo.

Los datos sociodemográficos de los probandos y otras características de la muestra ya se han especificado en otra parte<sup>1</sup>.

## Procedimiento

Los pacientes eran informados del tipo de estudio que se pretendía realizar durante el transcurso de una entrevista psiquiátrica común. Tras obtener su consentimiento informado para ser incluidos en el estudio se procedía a realizar la evaluación. Para ello se cumplimentaba un protocolo que contenía (además de los criterios diagnósticos CIE-10 y las variables sociodemográficas) el IDASD, la EHD de 17 ítems validada en castellano<sup>10</sup> y una escala con la Impresión Clínica Global (ICG) de 7 ítems aplicada a los síntomas depresivos<sup>11</sup>. El IDASD era cubierto por el paciente, aunque podía ser auxiliado por su médico, si así lo solicitaba; la EHD y la ICG fueron cumplimentadas por el psiquiatra investigador. Los pacientes deprimidos recibían el tratamiento antidepresivo que cada psiquiatra pensaba que sería eficaz en cada caso y 30 días después, se repetía la evaluación con el mismo protocolo inicial (excluidos los datos sociodemográficos y de diagnóstico CIE-10).

El IDASD es un instrumento autoaplicado desarrollado en paralelo al CDAD propuesto por los autores<sup>1</sup>. Su uso permite expresar el CDAD de un modo mensurable y facilita analizarlo psicométricamente. Aunque las Escalas Analógico-Visuales (EAV) de cada ítem son realmente variables de tipo discreto, el conjunto genera un instrumento que puede emplearse como una variable continua manejable con estadística paramétrica<sup>12</sup>, como suele hacerse con la EHD.

Dado que la sintomatología ansiosa y la no ansiosa de la EHD no se comportan de forma semejante en la evaluación de los síntomas<sup>8</sup>, dicha escala se subdividió en dos. Una parte la compusieron los síntomas más relacionados con un factor melancólico encontrado en una investigación anterior (ánimo depresivo, culpa, suicidio, inhibición, trabajo e intereses)<sup>13</sup>. Se llamó a la puntuación total de esa subescala: EHD-Melancolía. El resto de los ítems de la EHD se englobaron bajo la denominación de EHD-Ansiedad, aunque hubiera sido más apropiado, y largo, llamarlo ansioso-vegetativo o vegetativo-ansioso.

## Análisis estadístico de los datos

Para analizar la *capacidad diagnóstica* del IDASD, se han analizado las respuestas de la evaluación inicial de todos los pacientes ( $n = 111$ ). La validez predictiva del IDASD respecto al criterio externo, su sensibilidad, y especificidad, se ha calculado siguiendo el método descrito por Reid<sup>14</sup>. La búsqueda del punto de corte óptimo con las mejores probabilidades para acertar todos los casos, así como los casos

positivos y negativos, suponiendo una tasa de base del 50 %, se ha realizado con la metodología de Meehl y Rosen<sup>15</sup> que aplican los principios del teorema de Bayes, o de la probabilidad condicionada, a los cuestionarios-criba. La eficacia predictiva se ha calculado mediante el coeficiente de concordancia y fiabilidad *kappa* ( $\kappa$ ) de Cohen<sup>16</sup>, la probabilidad global de acertar *pi* ( $\pi$ )<sup>17</sup>, y el índice de Youden ( $\mathcal{J}$ )<sup>18</sup>.

Para la valoración de la sensibilidad al cambio en la intensidad sintomatológica, se ha utilizado el coeficiente de correlación *r* de Pearson para establecer el nivel de asociación entre las puntuaciones totales de los diferentes instrumentos utilizados en el estudio. Para comprobar si las diferencias entre las medias de dichas puntuaciones totales son estadísticamente significativas, se ha procedido a calcular la *t* de Student para casos de pequeñas muestras<sup>12</sup>. En todos los casos, el nivel mínimo de significación estadística exigido ha sido siempre 0,01.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Respecto a su capacidad diagnóstica, la tabla 1 muestra los indicadores predictivos y de eficacia predictiva del IDASD para diferentes puntos de corte de su puntuación total. No resulta muy difícil resaltar que el punto de corte más equilibrado es el de  $\geq 39$ . Este valor dispone de las proporciones de sensibilidad y especificidad mejor equilibradas. Es cierto que el punto de corte  $\geq 38$  tiene una sensibilidad y una proporción de casos negativos acertados perfecta (1,00); sin embargo, reduce un poco la especificidad respecto al de 39. Si a esto último se añade que los demás indicadores, tales como la proporción de casos totales y de positivos acertados, el índice de Youden (cuanto más próximo a la unidad mejor capacidad predictiva), la probabilidad *pi* de acertar y la fiabilidad *kappa*, son similares en ambos casos, parece acertado preferir el punto de corte  $\geq 39$ .

Cabe destacar que la especificidad de ese punto de corte ( $\geq 39$ ) sube a 0,88 cuando se trata de detectar depresiones frente a sujetos psiquiátricos asintomáticos. El efecto de tener psicopatología activa reduce la especificidad en el sistema CDAD/IDASD como ya se ha señalado en otra parte, sin que ello mengüe significativamente la eficacia del instrumento<sup>1</sup>.

En cualquier caso, los indicadores predictivos del IDASD son razonablemente buenos. Son, por otra parte, semejantes o superiores a los encontrados para otros instrumentos muy utilizados al efecto. Como es el caso de la EHD, cuya sensibilidad para las diferentes versiones de esta escala, y sus heterogéneos puntos de corte, oscila entre 0,54 y 0,84, con una especificidad que se mueve entre 0,75 y 0,95, y fiabilidades *kappa* que fluctúan entre 0,22 y 0,70<sup>19</sup>; valores que se encuentran por debajo de los encontrados para el IDASD. Otro ejemplo sería la Escala para la Depresión de Montgomery-Åsberg, que con un punto de corte de 31 alcanza una sensibilidad de 0,94 y una especificidad de 0,83<sup>20</sup>.

Si en lugar de utilizar como criterio externo el criterio clínico y el de la CIE-10 como en el caso anterior, nos centráramos en nuestro CDAD, los indicadores de validez predictiva del IDASD mejoran considerablemente (tabla 2). Aunque resulta complejo escoger entre los diferentes puntos de corte analizados, pues todos tienen excelentes valores predictivos, parece que el más equilibrado sea  $\geq 40$  que tiene los mejores indicadores de eficacia predictiva, así como las mejores probabilidades de acertar los casos totales, los positivos y los negativos. Su sensibilidad es perfecta (1,00) y su especificidad es de 0,96. Si bien su capacidad para detectar no deprimidos es similar a la del punto de corte  $\geq 41$ , éste tiene prestaciones ligeramente peores para los casos deprimidos. Una razón para preferir  $\geq 40$ .

Tales indicadores de validez predictiva pueden interpretarse de dos maneras. Una de ellas es que su excelencia no

Punto de corte ( $\geq$ )	Probabilidad de acierto para		Eficacia predictiva					
	sen	esp	totales	positivos	negativos	Índice de Youden $\mathcal{J}$	probabilidad de acertar $\pi$	fiabilidad $\kappa$
40	0,93	0,76	0,84	0,79	0,92	0,68	0,92	0,71
39	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,87</b>	<b>0,80</b>	<b>0,96</b>	<b>0,73</b>	<b>0,93</b>	<b>0,74</b>
38	1,00	0,73	0,87	0,79	1,00	0,73	0,93	0,74
37	1,00	0,71	0,86	0,78	1,00	0,71	0,92	0,72
36	1,00	0,69	0,85	0,78	1,00	0,69	0,92	0,70

sen: sensibilidad; esp: especificidad  
\*Criterio externo: el clínico y el de la CIE-10

Tabla 2		Validez predictiva del Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión*							
Punto de corte ( $\geq$ )	sen	esp	Probabilidad de acierto para			Eficacia predictiva			
			totales	positivos	negativos	Índice de Youden $\vartheta$	Probabilidad de acertar $\pi$	Fiabilidad $\kappa$	
44	0,88	0,98	0,93	0,98	0,89	0,86	0,96	0,84	
43	0,94	0,96	0,95	0,96	0,94	0,90	0,97	0,89	
42	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97	0,93	0,98	0,93	
41	0,98	0,96	0,97	0,96	0,98	0,94	0,99	0,94	
40	1,00	0,96	0,98	0,96	1,00	0,96	0,99	0,96	
39	1,00	0,91	0,96	0,92	1,00	0,91	0,98	0,92	

sen: sensibilidad; esp: especificidad  
\* Criterio externo: el CDAD

Tabla 3		Diferencia entre las medias de los ítems del Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión					
Ítem	Día 0		Día 30		gl	t <sup>a</sup>	
	$\bar{x}$	$\sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$			
Ánimo	7,83	1,84	6,12	2,45	118	4,29	
Interés	7,35	2,31	5,75	2,51	118	3,60	
Impulso	7,95	1,67	6,20	2,52	118	4,45	
Gusto/placer	7,00	2,64	5,77	2,44	118	2,65	
Energía	8,18	1,63	6,55	2,59	118	4,09	
Trabajo	7,60	2,10	6,23	2,55	118	3,19	
Cualidad	8,10	2,27	5,87	2,81	118	4,74	

$\bar{x}$ : media aritmética;  $\sigma$ : desviación típica; <sup>a</sup> todas,  $p = 0,00$

refleja más que una tautología, pues el IDASD y el CDAD forman parte de un mismo sistema diagnóstico. La otra, que, pese a todo, dada la solidez constructiva, la consistencia interna y la fiabilidad diagnóstica del CDAD respecto a los criterios clínicos y CIE-101 (lo que hacen de él un criterio diagnóstico para la depresión eficaz, válido y seguro), la puntuación total del IDASD ( $\geq 40$ ) sería un excelente representante suyo, constituyéndose en un instrumento a utilizar cuando se desee establecer diagnósticos de depresión utilizando el CDAD y no otro criterio externo.

Respecto a su sensibilidad al cambio, en la tabla 3 se refleja el comportamiento de los diferentes ítems del IDASD en el periodo de seguimiento y en la tabla 4 el de su puntuación total. En esta última tabla, también se refleja el comportamiento del resto de los instrumentos utilizados como criterio externo o convergente. Como puede apreciarse en la tabla 4, todos los instrumentos captan diferencias estadísticamente significativas en la intensidad sintomatológica de

los deprimidos, el IDASD inclusive. Lo que resulta un primer paso para afirmar que el IDASD se comporta en este sentido como cualquier otra escala diseñada para medir el cambio.

Tales datos, sin embargo, no dicen mucho sobre si el comportamiento del IDASD es similar al del resto de los instrumentos utilizados. Para ello se hace necesario relacionar las puntuaciones. La tabla 5 refleja la correlación de la puntuación total del IDASD con la de las demás escalas. Y puede apreciarse una fuerte correlación, estadísticamente significativa, entre todos ellos, con la única excepción de la EHD-Ansiedad en el día 0; cosa que no puede extrañar, puesto que el IDASD no está compuesto por ítems relacionados con la ansiedad<sup>1</sup>. La correlación estadísticamente significativa del IDASD y la EHD-Ansiedad en el día 30 podría deberse a que la mejoría global de los pacientes fuerza todas las puntuaciones a la baja.

Puede apreciarse en dicha tabla 5 que la correlación es más sólida con todos los instrumentos en el día 30 que en

Instrumento	Día 0		Día 30		gl	t <sup>a</sup>
	$\bar{x}$	$\sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$		
	IDASD	54,02	9,13	42,48		
ICG	4,93	0,84	3,68	1,42	117	5,83
EHD-Total	22,77	4,91	13,73	7,73	117	7,56
EHD-Melancolía	9,95	2,42	5,54	3,78	117	7,51
EHD-Ansiedad	12,82	3,74	8,19	4,48	117	6,07

<sup>a</sup> todas, p= 0,00  
 CDAD: Criterio Diagnóstico Axial para la Depresión; EHD: Escala de Hamilton para la Depresión; ICG: Impresión Clínica Global; IDASD: Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión.

Instrumentos	ICG	EHD-Total	EHD-Melancolía	EHD-Ansiedad
IDASD:				
Día 0	0,46	0,41	0,48	0,23 <sup>b</sup>
Día 30	0,74	0,82	0,84	0,70
Las dos evaluaciones juntas	0,73	0,77	0,80	0,63

<sup>a</sup>todas, p= 0,00; <sup>b</sup>n.s.  
 EHD: Escala de Hamilton para la Depresión; ICG: Impresión Clínica Global; IDASD: Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión.

Instrumentos	ICG	EHD-Total	EHD-Melancolía	EHD-Ansiedad
IDASD:	0,68	0,74	0,78	0,57

<sup>a</sup>todas, p= 0,00; <sup>b</sup>n.s.  
<sup>b</sup>proporción de mejoría = [1 - (puntuación día 30/puntuación día 0)]  
 EHD: Escala de Hamilton para la Depresión; ICG: Impresión Clínica Global; IDASD: Índice Diagnóstico y de Seguimiento para la Depresión.

la evaluación inicial. En esto, el IDASD no se comporta de un modo diferente a la de otras escalas autoaplicadas, que correlacionan más con las heteroaplicadas en las etapas finales de la evaluación (cuando las puntuaciones suelen estar forzadas hacia cero) que en las iniciales<sup>21</sup>. En cualquier caso, correlacionando todas las puntuaciones de ambas evaluaciones conjuntamente, lo que permite recoger en el mismo cálculo toda la variedad de puntuaciones posibles de todos

los instrumentos, se aprecia una correlación alta y estadísticamente significativa entre el comportamiento del IDASD y el del resto de las escalas utilizadas. Lo que confirma su sólida validez convergente.

Analizar las puntuaciones totales en bruto quizás sea un procedimiento algo tosco para medir el cambio y establecer similitudes en la valoración que realizan los diferentes

instrumentos. Sería mejor analizar un valor más depurado que refleje realmente el cambio producido en el enfermo. Tal indicador podría ser la «proporción de la mejoría» experimentada por los pacientes entre ambas evaluaciones. Es un indicador que tiene en cuenta tanto la situación de partida como la final en todos los pacientes, por eso proporciona una información más útil. El IDASD detecta esos cambios proporcionales de una forma que correlaciona de modo estadísticamente significativo con el que captan el resto de los instrumentos. Es decir, que detecta tales cambios de un modo muy semejante al resto de las escalas analizadas. Esa semejanza es mayor con la puntuación total de la EHD y con la subescala EHD-Melancolía (tabla 6). Es un comportamiento congruente con la idea que guió la construcción del IDASD: utilizar sólo síntomas nucleares de la depresión, sin aquellos que son menos discriminantes, específicos y predictivos o están influidos por la ansiedad y los cambios vegetativos subyacentes a esta enfermedad, entre otras.

## CONCLUSIONES

El IDASD es un índice que tiene una razonable validez de constructo y convergente, una fuerte consistencia interna y alta fiabilidad, así como una buena validez predictiva con un punto de corte de  $\geq 39$  si se desea hacer diagnósticos semejantes al criterio clínico y al de la CIE-10, o de  $\geq 40$ , si se quiere establecer un diagnóstico más acorde con el nuevo CDAD.

En líneas generales, todo el sistema CDAD/IDASD ofrece un procedimiento eficaz y seguro para *diagnosticar depresión*.

Del mismo modo, los resultados de la presente investigación parecen sostener que unos pocos ítems depresivos nucleares bien seleccionados, consistentes, válidos, fiables y predictivos, son capaces de advertir con la misma eficacia que otras escalas más amplias los cambios experimentados por los enfermos con el paso del tiempo.

Sería posible, por tanto, promover el IDASD como un instrumento *sensible al cambio*, capacitado para evaluar las modificaciones de la intensidad de la sintomatología depresiva en el tiempo, bajo la acción de fármacos antidepresivos.

Puesto que el IDASD representa la sintomatología nuclear de la depresión<sup>1</sup>, sería posible sostener que los cambios que detecta en la intensidad sintomatológica depresiva se refieren a dicho núcleo, y no a otros síntomas más o menos inespecíficos o secundarios. Lo que, a juicio de los autores, permite recomendarlo para ensayos clínicos donde realmente se desee detectar los cambios básicos en la intensidad de la depresión.

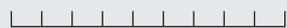
## BIBLIOGRAFÍA

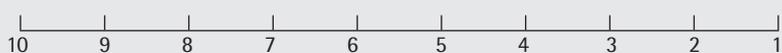
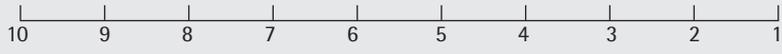
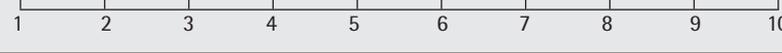
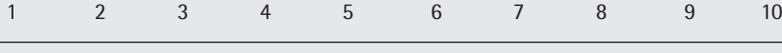
- Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A, Gutiérrez Labrador R. El Criterio Diagnóstico Axial para la Depresión: Desarrollo, validez constructiva, validez predictiva y fiabilidad. *Act Esp Psiquiatr* 2009;37:299-366.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Bech P, Allerup P, Gram LF, Reisby N, Rosenberg R, Jacobsen O, Nagy A. The Hamilton depression scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63:290-9.
- Snaith RP. Hamilton rating scale for depression. *Br J Psychiatry* 1977;131:431-2.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-389
- Olatunji BO, Feldman G, Smits JA, Christian KM, Zalta AK, Pollack MH, et al. Examination of the decline in symptoms of anxiety and depression in generalized anxiety disorder: impact of anxiety sensitivity on response to pharmacotherapy. *Depression and Anxiety* 2007;0:1-5.
- Praag v HM, Plutchik R. An empirical study on the "cathartic effect" of attempted suicide. *Psychiatry Res* 1985;16:123-30.
- Cordero Villafáfila A, Ramos Brieva JA, Gutiérrez Labrador R, Zamorro Arranz ML. Síntomas que contribuyen a la percepción de la intensidad sintomatológica depresiva. Un estudio preliminar. *Act Esp Psiquiatr* 2009;37:185-244.
- Bech P. Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.
- Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafáfila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988;22:21-8.
- Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.
- Guilford JP, Fruchter B. Fundamental Statistics in Psychology and Education. New York: McGraw-Hill, 1978.
- Cordero Villafáfila A, Ramos Brieva JA. Estructura factorial de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1986;14:339-42.
- Reid DD. Epidemiological methods in the study of mental disorders. Public Health Papers no. 2. Geneva: World Health Organization, 1960.
- Meehl PE, Rosen A. Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs patterns or cutting scores. *Psychol Bull* 1955 (Supl 2):194-216.
- Cohen J. A coefficient for agreement of nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-46.
- Sartorius N, Davidian H, Ernberg G, Fenton FR, Fujii I, Gastpar M, et al. Depressive Disorders in Different Cultures. Geneva: World Health Organization, 1983.
- Youden WJ. Index for rating diagnostic test. *Cancer* 1950;3:32-5.
- Ramos Brieva JA. Instrumentos de medida de la depresión. En: Ayuso JL, Saiz J (Eds). Depresión visión actual. Madrid: Grupo Aula Médica; pp. 97-138.
- Müller MJ, Himmerich H, Kienzle B, Szegedi A. Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). *J Affect Disord*. 2003; 77: 255-260
- Ramos Brieva JA. La medida de la depresión. En Ayuso JL y Saiz J (Eds). La depresión desde la perspectiva actual. Madrid: Jarpayo, 1987; pp. 307-50.

Anexo 1 Criterio Diagnóstico Axial para la Depresión

Necesitamos que nos ayude a comprender cómo se siente. Para ello le mostramos varias líneas con una serie de números. Indíquenos cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas en cada apartado, marcando con un círculo el número que mejor lo represente

(solicite ayuda a su médico para cumplimentar este cuestionario, si lo necesita).

Por ejemplo: Bien  Mal (significa bastante mal tirando a mucho)

MOTIVACIÓN o INTERÉS por las cosas:	Desinteresado <span style="float: right;">Interesado</span> 	
IMPULSO para la actividad:	Activo <span style="float: right;">Pasivo</span> 	
GUSTO o PLACER por las cosas:	Aburrido, serio <span style="float: right;">Divertido, sonriente</span> 	
EL TRABAJO COTIDIANO se le hace...:	Pesado <span style="float: right;">Ligero</span> 	
Estado de ÁNIMO:	Fresco, animado <span style="float: right;">Mortecino, abatido</span> 	
ENERGÍA en el cuerpo:	Fuerte <span style="float: right;">Flojo</span> 	
(CUALIDAD) Lo que le pasa es:	Normal <span style="float: right;">Raro</span> 	

Nota para el evaluador (no incluir en la hoja que cumplimente el paciente): Anote en cada casilla el valor dado por el paciente a su estado en cada ítem, sume las puntuaciones y anote el total en la casilla de abajo.

De este modo podrá utilizar el IDASD como una escala para la valoración de la intensidad sintomatológica depresiva.

Pero si desea utilizar el IDASD para hacer un diagnóstico de depresión, tenga presente que:

- una puntuación igual o superior a 39 le proporciona un diagnóstico de depresión similar al de la CIE-10.
- una puntuación igual o superior a 40 le proporciona un diagnóstico de depresión en el sistema CDAD/IDASD.