

J. A. Ramos¹
A. Cordero²
R. Gutiérrez²
M. L. Zamarro²

Síntomas que contribuyen a la percepción de la intensidad sintomatológica depresiva. Un estudio preliminar

¹ Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
Universidad de Alcalá (Madrid)

² Servicio de Salud Mental «Miraflores»
de Alcobendas (Madrid)

Introducción. Los psiquiatras utilizan pocos síntomas para hacer el diagnóstico de depresión. El objetivo planteado por esta investigación es conocer los síntomas que utilizan los psiquiatras para valorar la gravedad de un enfermo depresivo en comparación a cómo lo hace un instrumento estandarizado como la Escala de Hamilton para la depresión (EHD-17).

Metodología. Cien pacientes deprimidos atendidos consecutivamente en régimen ambulatorio que reunían los criterios CIE-10 para episodio depresivo, distimia o trastorno adaptativo tipo depresivo, expresaban su situación clínica sobre una Escala analógico visual (EAV) cuyos valores extremos eran los adjetivos BIEN y MAL. El psiquiatra los evaluaba utilizando una Impresión clínica global (ICG) sobre el estado de ánimo deprimido del paciente, y la Escala de Hamilton para la depresión (EHD-17). Se correlacionan (*r* Pearson) las puntuaciones totales obtenidas con esos instrumentos y con las puntuaciones parciales de los factores melancólico y ansioso de la EHD-17.

Resultados. Los psiquiatras dan más importancia a los síntomas melancólicos que a los ansiosos para establecer la gravedad de un paciente deprimido. Los pacientes deprimidos dan la misma importancia a sus síntomas ansiosos y melancólicos. Y la puntuación total de la EHD-17 está más influida y comparte una mayor proporción de varianza con los síntomas ansiosos que con los melancólicos. Todas las correlaciones calculadas son estadísticamente significativas ($p = 0,000$).

Conclusiones. Los autores plantean la influencia que puede tener ese comportamiento de la EHD-17 sobre resultados aparentemente precoces ofrecidos por algunos ensayos clínicos de fármacos antidepressivos.

Palabras clave:
Depresión. Síntomas depresivos. Medida. Evaluación. Escala Hamilton.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):191-195

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

Symptoms that contribute to the perception of depressive symptom intensity. A preliminary study

Introduction. Psychiatrists use few symptoms when diagnosing depression. This study has aimed to know what symptoms are used by the psychiatrists to evaluate the severity of a depressive person compared to how they are evaluated when using a standardized instrument such as Hamilton's Rating Scale for Depression (HRSD-17).

Methodology. A total of 100 depressed outpatients attended consecutively who met the ICD-10 criteria for depressive episode, dysthymia or adjustment disorders depressive types were studied. The depressed outpatients expressed their clinical situation on a Visual Analogue Scale (VAS) whose extreme values were the adjectives WELL and BAD. The psychiatrist evaluated them using a Clinical Global Impression (CGI) scale on the state of the patient's depressed mood, and Hamilton's Rating Scale for Depression (HRSD-17). The total scores obtained with those instruments and with the partial scores of the melancholic and anxious factors of the HRSD-17 were correlated (Pearson's R).

Results. Psychiatrists give more importance to melancholic symptoms than to anxious ones to establish the severity of a depressed outpatient. Depressed outpatients give the same importance to their anxious and melancholic symptoms. In addition, the total score of the HRSD-17 is more influenced and shares a larger variance proportion with anxious symptoms than with melancholic ones. All the correlations calculated are statistically significant ($p = 0.000$).

Conclusions. The authors discuss the influence that the HRSD-17 can have on seemingly precocious results offered by some clinical trials of antidepressants drugs.

Key words:
Depression. Depressive symptoms. Measure. Evaluation. Hamilton scale.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los trastornos depresivos obtiene las tasas de acuerdo entre entrevistadores más bajas de todos los trastornos mentales, a pesar de utilizar los mismos criterios diagnósticos¹. El problema quizás se encuentre en la poca especificidad de muchos de los síntomas que contribuyen a la realización de tales diagnósticos². Aunque otros autores señalan que la dificultad es más básica y se centra en la desigual percepción de los síntomas por los diferentes psiquiatras; en definitiva, a la diferente sensibilidad psicopatológica de los profesionales de la Psiquiatría³.

En cualquier caso, parece cierto que, de entre los diferentes síntomas a manejar para establecer un diagnóstico de depresión, los psiquiatras utilizan en la práctica clínica sólo unos pocos. De hecho, el diagnóstico de depresión «endógena» o «melancólica», por ejemplo, se hace empleando únicamente dos factores: la presencia de *inhibición* y la de *personalidad anormal*, como se comprobó en una investigación internacional patrocinada por la OMS⁴.

Por tal razón, cabe pensar que cuando los psiquiatras plasman su percepción subjetiva sobre la intensidad sintomatológica de los pacientes deprimidos (en una Escala de impresión clínica global [ICG], p. ej.) ésta se vea condicionada por los síntomas a los que verdaderamente prestan más atención, y no por otros igualmente presentes y, quizás, tan importantes como los primeros. Sin embargo, en la misma línea de razonamiento, si se emplea para evaluar la intensidad sintomatológica una escala diseñada al efecto (p. ej, la Escala de Hamilton para la depresión⁵) que exige la medida sistemática de un amplio conjunto de síntomas, los resultados podrían ser diferentes al suprimirse ese sesgo subjetivo o, quizás, se introducirían otros propiciados por la propia escala.

Este tipo de especulación tiene su trascendencia ya que las dos evaluaciones mencionadas suelen utilizarse en los ensayos clínicos, por ejemplo, condicionando *necesariamente* sus resultados.

Parece, pues, relevante pararse a analizar estas ideas.

El objetivo de la presente investigación es buscar los síntomas que los psiquiatras utilizan realmente a la hora de valorar la intensidad de la sintomatología depresiva tanto cuando lo hacen de modo subjetivo, como cuando utilizan instrumentos de medida estandarizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

La muestra de estudio está compuesta por 100 pacientes deprimidos atendidos consecutivamente de forma ambulatoria en un Centro de Salud Mental de Madrid. Todos los enfer-

mos reúnen los criterios diagnósticos para episodio depresivo, distimia o reacción adaptativa depresiva de la CIE-10⁶. Fueron introducidos en la investigación fuera cual fuese la intensidad sintomatológica de su cuadro en ese momento (fig. 1), así como el tratamiento que recibían. No fueron incluidos ni los menores de 18 años ni los enfermos que tuvieran alguna comorbilidad con otras enfermedades psíquicas o físicas.

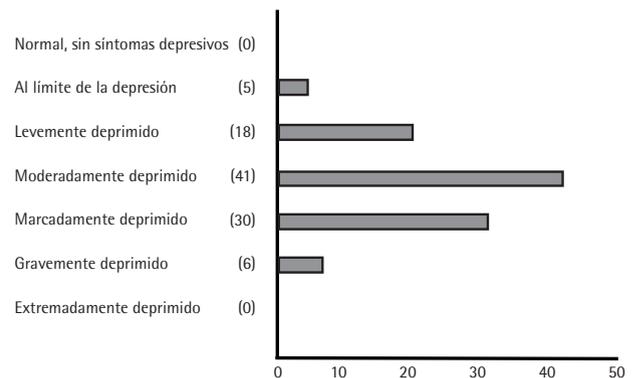


Figura 1 Número de casos en cada intervalo de la Impresión clínica global evaluada por el psiquiatra.

Procedimiento

Los pacientes eran abordados por su psiquiatra habitual en el contexto de una entrevista clínica para obtener el consentimiento informado y ser incluidos en la investigación, como exigen las normas éticas del Comité de Investigación del Centro. Una vez obtenido, simplemente se pedía al paciente que expresara *cómo se sentía en ese momento de su estado de ánimo* marcando con un aspa en algún lugar de una línea de 10 cm de longitud situada entre dos adjetivos calificativos que hacían las veces de polos extremos: BIEN y MAL. La línea estaba marcada con 10 puntos numerados para facilitar la tarea cuantificadora a los enfermos. Está comprobado que ese tipo de Escala analógica visual (EAV) es tan eficaz como las que no tienen esos intervalos numéricos, pero son preferidas por los pacientes⁷. La fiabilidad de este procedimiento para que los pacientes evalúen su estado de ánimo se ha comprobado en otra parte⁸.

El psiquiatra recogía algunos datos sociodemográficos del enfermo y evaluaba su situación clínica mediante el uso de la Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems (EHD-17) validada en español⁹, expresando su impresión subjetiva del tal estado mediante el uso de una Escala de ICG (fig 1).

Análisis estadístico

Se calculó la correlación (coeficiente «r» producto-momento de Pearson) entre la EAV, la ICG y la puntuación total

Tabla 1		Correlaciones* (r) entre las puntuaciones totales de las escalas y subescalas utilizadas, con sus respectivos cuadrados (r ²)				
r ²	r	EHD-17-Mel	EHD-17-Anx	ERHD-17-Tot	ICG	EAV
EHD-17-Mel		---	0,536	0,824	0,809	0,587
EHD-17-Anx		<i>0,287</i>	---	0,920	0,611	0,537
EHD-17-Tot		<i>0,679</i>	<i>0,846</i>	---	0,787	0,634
ICG		<i>0,654</i>	<i>0,373</i>	<i>0,619</i>	---	0,576
EAV		<i>0,345</i>	<i>0,288</i>	<i>0,402</i>	<i>0,332</i>	---

*todas significativas para p=0,000 (una cola); en negrita las correlaciones (r), en *cursiva* los cuadrados de las correlaciones (r²).
 EHD-17-Tot: puntuación total de la Escala de Hamilton para la Depresión.
 EHD-17-Mel: puntuación total de la subescala sindrómica de Melancolía de la Escala de Hamilton para la Depresión.
 EHD-17-Anx: puntuación total de la subescala sindrómica Ansiosa de la Escala de Hamilton para la Depresión.
 ICG: Impresión Clínica Global del médico
 EAV: Escala Analógico Visual del paciente.

de la EHD-17 (EHD-17-Tot) y otras parciales de la misma escala (factor melancolía [EHD-17-Mel] y factor ansiedad [EHD-17-Anx]). Para considerar las correlaciones estadísticamente significativas respecto a cero se exigió *a priori* una $p < 0,01$. Elevando al cuadrado los coeficientes de correlación (r²) se transformaron en coeficientes de determinación, lo que fue útil para determinar la proporción de varianza que compartían las puntuaciones correlacionadas. Cuanta mayor fuera esta, mayor semejanza podría atribuirse a las diferentes mediciones^{10,11}. Para la comparación entre coeficientes de correlación se consideraron diferencias estadísticamente significativas, igualmente, a partir de una $p < 0,01$ ¹².

El factor sindrómico «melancolía» de la EHD-17 está compuesto por los ítems que saturaron más en ese factor (ánimo, culpa, inhibición, trabajo e intereses, suicidio) en una investigación anterior¹³. Se ha considerado como factor sindrómico «ansiedad» al compuesto por el resto de los ítems de la EHD-17, muchos de ellos directamente ansiosos o ansiosodependientes¹⁴.

RESULTADOS

El perfil sociodemográfico de la muestra estudiada está representado por una mujer (76%) de 47 años ($\pm \sigma$: 12,34), casada (70%), que convive sólo con su cónyuge (26%) o con su cónyuge e hijos (42%), se encuentra de baja laboral (40%) o en activo (26%), que pertenece a un nivel socio-económico medio-medio (36%), medio-alto (16%) o alto (8%), y recibe los siguientes diagnósticos (CIE-10): episodio depresivo, unipolar (62%) o bipolar (4%), trastorno adaptativo tipo depresivo (24%) y distimia (10%).

Los resultados quedan reflejados en la tabla 1. Todas las correlaciones calculadas son estadísticamente significativas ($p = 0,000$). Si se observan las correlaciones internas entre las puntuaciones objetivas del psiquiatra representadas por

la EHD-17, se encuentra que la puntuación total correlaciona de un modo alto y significativo tanto con el factor sindrómico «melancólico» como «ansioso» de la EHD-17, pero de un modo mucho más alto con este último. Tal diferencia es estadísticamente significativa (tabla 2). Adviértase cómo el factor sindrómico «ansioso» comparte una proporción mayor de varianza (r²) con la puntuación total (85%) que el «melancólico» (68%).

El comportamiento de la impresión subjetiva de gravedad que tiene el psiquiatra, representado por la ICG, es, sin embargo, bien diferente. Correlaciona tan alto tanto con la EHD-17-Tot, como con la EHD-17-Mel, y un poco más bajo (pero de todos modos alto y estadísticamente significativo) con la EHD-17-Anx. La diferencia existente entre las correlaciones de la ICG con la EHD-17-Mel y con la EHD-17-Anx son estadísticamente significativas (tabla 2). De hecho, la ICG comparte el doble de la varianza con el factor melancólico de la EHD-17 que con el ansioso. Siendo muy semejantes las correlaciones de la ICG con el factor melancólico y con la puntuación total de la EHD-17 ($gI = 97$; $t = 0,72$; ns).

La impresión subjetiva de enfermedad que tiene el paciente, representada por la puntuación alcanzada en la EAV, tiene un comportamiento diferente. Correlaciona de un mo-

Tabla 2		Comparaciones entre coeficientes de correlación			
	EHD-17-Mel	EHD-17-Anx	gI	t	
EHD-17-Tot	0,82	0,92	97	13,10*	
ICG	0,81	0,61	97	03,74*	
EAV	0,59	0,54	97	00,67#	

*p = 0,000; #n.s.

do alto y significativo con la EHD-17-Tot y con las subescalas de EHD-17-Mel y EHD-17-Anx. Pero los pacientes valoran por igual tanto la intensidad de sus síntomas ansiosos como la de los melancólicos. No parecen establecer diferencias. De hecho, las correlaciones obtenidas con ambos factores son similares, sin diferencias estadísticamente significativas (tabla 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los psiquiatras tienden a condicionar su impresión subjetiva de gravedad de una depresión (ICG) por la intensidad de los síntomas incluidos bajo el epígrafe de «melancólicos». Razón por la que su tendencia sea considerar a un paciente tanto más grave cuanto más «melancólico» lo perciben y no tanto si están ansiosos.

Los pacientes, sin embargo, tienden a percibir subjetivamente (EAV) su gravedad en función del complejo sindrómico depresivo global, sin establecer diferencias entre sus síntomas. Por eso, sus puntuaciones en la EAV correlacionan de un modo semejante tanto con la puntuación total de la EHD-17 como con la de las subescalas sindrómicas «ansiosa» y «melancólica».

Pero cuando los psiquiatras evalúan a los pacientes con la EHD-17 actúan de un modo diferente. Revisan sistemáticamente, uno por uno, cada ítem de la escala, incluidos síntomas que de otra manera, quizás, pasarían por alto o no prestarían tanta atención (los ansiosos y ansiosodependientes). La evaluación global de la gravedad del cuadro clínico obtenida de este modo y representada por la puntuación total de la EHD-17, queda así más condicionada por la estructura interna de la escala que por la tendencia del psiquiatra a dar mayor relevancia a los síntomas melancólicos. La EHD-17, sin embargo, presenta alguna dificultad que debe tenerse en cuenta cuando se utiliza para obtener datos objetivos de la intensidad sintomatológica depresiva. Y tal dificultad estriba en que la puntuación total de la EHD-17, como se sabe, está fuertemente condicionada por el conjunto de la sintomatología no melancólica, es decir, por la ansiosa y la ansiosodependiente¹⁵. Esto tiene su trascendencia si se tiene en cuenta que la EHD-17 ha sido, y aún es, muy utilizada en los ensayos clínicos¹⁶. La experiencia clínica enseña, y existen evidencias recogidas de un modo sistemático al respecto, que los síntomas ansiosos mejoran antes que los puramente depresivos¹⁷. Si se tiene en cuenta que el 65% de los ítems de la EHD-17 son ansiosos o ansiosodependientes, y que la intensidad de la puntuación total de la EHD-17 correlaciona y comparte una parte importante de la varianza con tales síntomas ansiosos, cabe sostener la suspicacia de que muchas de las mejorías tempranas (en 1 o 2 semanas) atribuidas a los antidepresivos en los diferentes ensayos clínicos, y en la práctica clínica cotidiana, no sean tales, sino un simple alivio de la ansiedad. Ese alivio puede ocasionar la reducción próxima al 50% de la EHD-17-Tot inicial sin que los síntomas melancólicos hayan sufrido una disminución relevante. Eso justificaría las dudas acerca de algunas mejo-

rías precoces atribuidas al efecto antidepresivo de tales fármacos, y avalaría la idea de que resulta necesario elaborar instrumentos que no estén influidos de tal manera por la ansiedad, para hacer más fiables tales investigaciones. De hecho, en la actualidad se tiende a utilizar otros instrumentos menos condicionados por la ansiedad en tales ensayos, como la escala de Montgomery-Asberg¹⁵; la cual, por otra parte, muestra una correlación alta y significativa con la EHD¹⁸⁻²¹.

Tal es la conclusión que puede extraerse de los resultados del presente estudio. Sin embargo, convendría ser cautos antes de aceptarla sin crítica. Esta investigación tiene una debilidad que debe tenerse en cuenta. Fue realizada sobre datos obtenidos de un modo transversal. Eso admite establecer la relación que existe entre una clase de síntomas y otros, la importancia que le dan los psiquiatras y los pacientes, y la influencia que puede introducir la estructura interna de la EHD-17 sobre su puntuación total. La variedad de intensidad sintomatológica investigada es suficientemente amplia y con una distribución aproximadamente normal (fig. 1), lo que permite hacer ese tipo de análisis. Sin embargo, las conclusiones extraídas en la discusión de los resultados exigirían realizar también un estudio longitudinal para ser confirmadas. Pero el diseño de la presente investigación impide hacer tal cosa. Por eso, se hace necesaria una replicación de este estudio sobre una muestra de pacientes seguida en el tiempo, para poder comprobar la evolución de los diferentes complejos sindrómicos aquí manejados bajo la acción de los psicofármacos y la sugerida influencia de los sesgos introducidos por los instrumentos de medidas utilizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE, Roper MT, Rae DS, Gulbinat W, et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):115-24.
2. Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res* 1992;42:93-9.
3. Ramos Brieva JA. La medida de la depresión. En: Ayuso JL y Saiz J, eds. *La depresión desde la perspectiva actual*. Madrid: Jarpyo, 1987; p. 307-50.
4. Sartorius N, Davidian M, Emberg G, Fenton F, Fujii J, Gastpar M, et al. *Depressive disorders in different cultures*. Geneva: World Health Organization, 1983.
5. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
6. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Madrid: Meditor, 1994.
7. Eastwood MR, Whitton JL, Kramer PM. A brief instrument for longitudinal monitoring of mood states. *Psychiatry Res* 1984; 11:119-25.

8. Cordero Villafáfila A, Ramos Brieva JA, Gutiérrez Labrador R, Zammarro Arranz ML. Un procedimiento breve y rápido para medir la intensidad de los síntomas depresivos en Atención Primaria. *Atención Primaria y Salud Mental*, 2008 (en prensa).
9. Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1986;14:324-34.
10. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and Validity Assessment. Sage University Papers. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. 07-017. Beverly Hills: Sage, 1979.
11. Santisteban C. Psicometría. Madrid: Norma, 1990.
12. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum, 2003.
13. 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.
14. Ramos Brieva JA, Cordero Villafáfila A, Yañez, R. Depresión endógena y neurótica otra vez. III: Refuerzos para una hipótesis secuencial. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiat* 1994;22:207-17.
15. Khan A, Khan SR, Shankles EB, Polissar NL. Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg depression rating scale, the Hamilton depression rating scale and the clinical global impressions rating scale in antidepressant clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:281-85.
16. Prien RF, Carpenter LL, Kupfer DJ. The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:796-800.
17. 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.
18. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, et al. Validación de las versiones en español de las Escalas Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clín (Barc)* 2002;118:493-99.
19. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *J Psychiatry Res* 2004;38: 577-82.
20. Iannuzzo RW, Jaeger J, Goldberg JF, Kafantaris V, Sublette ME. Development and reliability of the HAM-D/MADRS interview: an integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Res* 2006;145:21-37.
21. Williams JB, Kobak KA. Development and reliability of a structured interview guide for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (SIGMA). *Br J Psychiatry* 2008;192:52-8.