

11241
13
25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

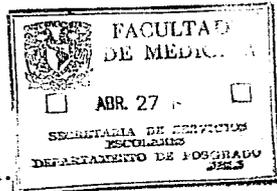
ESTUDIO DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE
MONTGOMERY Y ASBERG PARA LA EVALUACION
DE LA DEPRESION.

TESINA QUE PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO:

ARSENIO ROSADO FRANCO

A FIN DE OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.



ASESORES DE TESIS Y DE METODOLOGIA DEL ESTUDIO.

DR. HECTOR PINEDO R.

ING. JOSE CORTES S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO DE 1993

V. b. Alejandro



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| La utilidad de las escalas de evaluación..... | 7 |
| Tipos de escalas de medición..... | 8 |
| DESCRIPCION DE LA ESCALA DE MONTGOMERY Y ASBERG PARA EVALUAR LA DEPRESION..... | 9 |
| JUSTIFICACION..... | 13 |
| OBJETIVO..... | 13 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 13 |
| DISEÑO DEL ESTUDIO..... | 14 |
| RESULTADOS..... | 16 |
| CONCLUSIONES..... | 19 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 20 |
| APENDICE..... | 23 |

INTRODUCCION.

La investigación sobre los padecimientos graves de el afecto, es el mejor ejemplo de los actuales enfoques biomédicos de la psiquiatría (1). Sin duda alguna la depresión es uno de los más frecuentes trastornos psiquiátricos ya que tiene un alto índice de morbilidad. El impacto y consecuencias sociales que produce son considerables, pues si bien el grado de deterioro es variable, siempre existe alguna interferencia en la actividad laboral y social (2). Se ha calculado que el riesgo de por vida de sufrir una depresión clínicamente significativa es mayor del 10% (3), mientras que la prevalencia de síntomas depresivos se ha establecido dentro del rango del 13 al 20% en la población general (4).

Los sistemas de clasificación tales como los diagnósticos tienen dos propiedades primarias: la confiabilidad y la validez.

La confiabilidad se refiere a la consistencia con la cual los sujetos son clasificados, la validez se refiere a la utilidad del sistema para sus propios propósitos.

En el caso del diagnóstico psiquiátrico, los propósitos de un sistema de clasificación son: comunicación acerca de las características clínicas, etiología, curso de la enfermedad y tratamiento. Una necesaria obligación sobre la validez de un sistema es su confiabilidad. No hay garantía que

un sistema confiable sea válido, pero seguramente un sistema no confiable debe ser no válido.

Los estudios de confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico proveen información sobre los límites superiores de validez.

Zubin revisó los estudios más importantes de diagnóstico psiquiátrico y el notó que la confiabilidad diagnóstica es referida por tres diferentes vías: 1) acuerdo entre diagnosticadores independientes examinando los mismo pacientes, 2) estabilidad en el diagnóstico sobre el tiempo y 3) similitud en frecuencia diagnóstica para muestras comparables. De hecho es fundamental el acuerdo interjueces. (5).

Así también es importante destacar la importancia de la clinimetría. En este aspecto la medida es el proceso sistemático de asignar un número a algo, este "algo" es una variable y las variables en la práctica clínica tienden a ser conductas del cliente, pensamientos, sentimientos o situaciones o metas de tratamiento, etc. Esto nos permite cuantificar y monitorizar de una manera sistemática así como hacer objetivo un estudio (6). Así es una prioridad decidir como implementar y operacionalizar para evaluar nuestra práctica médica y elaborar herramientas para medición, las cuales son indispensables en la investigación.

La medición ayuda a precisar problemas y metas definidas y es la medición de los problemas del paciente lo que permite ver el éxito o falla del tratamiento, dar la base para compa-

rar los resultados, estandariza y objetiviza y nos sirve para ver donde estamos y hacia donde vamos.

Así utilizamos escalas para la medición de síntomas, que se diseñan en base a principios de investigación, principios estadísticos y principios prácticos. Así en toda escala es necesario establecer la validez que quiere decir si la medida establece adecuadamente para lo cual fue diseñada, aquí cabe mencionar que ninguna la cumple completamente, y el segundo punto es la confiabilidad de una escala que es la consistencia de un instrumento en términos de ítems medidos o que miden la misma entidad y la medición del instrumento completo en el tiempo.

La dificultad en psiquiatría acerca de determinar la confiabilidad de datos recolectados por el uso de una escala de puntuación es en general que no existen criterios externos y objetivos v.gr. exámenes de laboratorio, con lo cual comparar la exactitud de resultados. En consecuencia un acercamiento indirecto tiene que ser usado. Un procedimiento común es comparar los puntajes adjudicados a los pacientes para un síntoma por dos o más psiquiatras quienes independientemente los han examinado y extraer algún coeficiente de acuerdo. Si el acuerdo es hallado como bueno, la influencia tentativa es que los resultados son confiables. Más aún, desde que el consenso de acuerdo entre expertos parece ser el único criterio de validez conseguible por el psiquiatra, un buen acuerdo entre los resultados de dos o más observadores se toma como indicativo de validez.

Las escalas de evaluación son instrumentos psicométricos con dos objetivos:

- a) "Objetivizar" los síntomas psiquiátricos.
- b) Una vez que el primer objetivo fue alcanzado, cuantificar esos síntomas lo más preciso posible.

Por establecer que las escalas de evaluación son instrumentos psicométricos pensamos que ellos deben tener algunas de las características de los tests psicológicos. Esto es en parte verdad, pero no en todo, como veremos y algunos autores prefieren decir que las escalas de evaluación son un método peculiar que ha surgido de la llamada "psicopatología cuantitativa" (7)

No obstante que esta idea está actualmente en declive, nosotros creemos que es válido retornar a la pregunta si es o no posible " cuantificar" la psicopatología, desde que este argumento tuvo importantes repercusiones en el pasado (8).

En presencia del argumento que los fenómenos psíquicos son siempre subjetivos y por tanto, imposibles de cuantificar, los siguientes argumentos pueden ser propuestos:

- 1) Estudios de trastornos psicopatológicos los cuales pertenecen a ambos, la conducta objetivizable y a la experiencia subjetiva.

La conducta puede ser descrita, o aún, grabada en cine o video. Los patrones de conducta pueden ser fácilmente conceptualizados y por lo tanto analizados en su presencia o en su ausencia. Si están presentes, los observadores pueden juzgar

si ellos son ligeros o intensos y o frecuentes o esporádicos. Por ejemplo en un hipotético caso de trastorno obsesivo compulsivo, el número de actos compulsivos puede ser medido así como la cantidad de tiempo que le toma al sujeto esta conducta.

Por tanto es siempre posible cuantificar síntomas conductuales bien definidos.

En otras ocasiones, sin embargo, la conducta tal vez no sea tan precisa, v.gr. la intensidad de la agitación psicomotora. Sin embargo el psiquiatra puede decir si la agitación del paciente A es más o menos intensa que la del paciente B.

2) Cuando se trata con la experiencia subjetiva, la psicopatología cuantitativa, es más cuestionable pero aun posible.

Sobre todo se debe decir que el contenido de la experiencia es comunicado a nosotros por el lenguaje v.gr. la conducta observada. Para el conductista puro, la frase " me siento triste", tendrá más valor que un entendimiento del estado subjetivo del paciente, porque el primero es más objetivo. Sin embargo, la fenomenología siempre ha reconocido que el estado subjetivo sólo puede ser reconocido a través del lenguaje (9).

Existen claras diferencias cuantitativas entre las expresiones "me siento angustiado" y "me siento muy angustiado", de la misma manera como hay una referencia cuantitativa en la expresión del paciente que dice después del tratamiento " me siento mucho mejor que al principio, pero aun no estoy completamente bien".

3) Deducimos, por lo tanto, que es posible cuantificar en la psicopatología, particularmente con respecto a la intensidad y frecuencia de los fenómenos y o las conductas evaluadas.

Con respecto al criterio de intensidad, nosotros podemos decir que un paciente presenta "ligera", "moderada" o "severa" ansiedad, como para dar un ejemplo de la gradación en la intensidad de un síntoma. Estamos hablando, por tanto de una evaluación directa de la intensidad. Existen también formas de evaluación indirecta o proporcional, particularmente en el caso de las escalas autoadministradas.

Con respecto al criterio de frecuencia, la frecuencia con la cual un síntoma aparece, debe referirse a una unidad de tiempo específico a la vez que referencias vagas en el tiempo también son posibles v.gr. En los días pasados estuve angustiado o "casi siempre", "siempre", "Frecuentemente" o "no del todo".

Una escala está generalmente compuesta de diferentes ítems que evalúan diferentes síntomas. Estos pueden dar una nota total del paciente por suma de puntos o su "perfil sintomático". En el caso de las escalas con muchos ítems que admiten análisis factoriales es también posible tener un perfil sintomatológico del paciente.

Historicamente el uso de escalas de evaluación emergió a partir del trabajo de Likert en 1932 en el campo de actitudes y después de Wintenborn en 1950 en psiquiatría clínica (10).

LA UTILIDAD DE LAS ESCALAS DE EVALUACION.

Las escalas de evaluación pueden ser usadas para varios propósitos incluyendo:

1) Un control riguroso de los efectos de una terapia de que su uso revela la reducción progresiva en la intensidad o frecuencia de los síntomas del paciente, y la velocidad con la cual esta reducción toma lugar. Como resultado, las escalas de evaluación ahora son esenciales en la investigación terapéutica contemporánea, ambas en psicofarmacología y en psicoterapia (en cualesquiera de sus formas, pero particularmente en el caso de las terapias de modificación de la conducta)

2) Para dar información diagnóstica sobre el paciente. En el caso de la depresión por ejemplo: la severidad de ciertos síntomas tal como la intensidad de la tristeza, empeoramiento matutino, falta de reacción al medio, anorexia, etc.

Usando la cuantificación precisa de síntomas es posible establecer diagnósticos diferenciales usando modelos matemáticos tal como análisis de función discriminante y pronóstico empírico de respuesta a la terapia (por regresión múltiple)

3) Las escalas de evaluación son un complemento científico objetivo a cualquier descripción clínica convencional.

Ellas mejoran la documentación de los datos clínicos y por tanto su computarización, de ese modo mejoran el manejo de datos y aun permiten diagnósticos automatizados para orientar al psiquiatra clínico o investigador.

4) La investigación psiquiátrica en cualquiera de sus formas, puede beneficiarse por este método de objetivizar y cuantificar la psicopatología.

TIPOS DE ESCALAS DE MEDICION.

Podemos clasificarlas de acuerdo a varios criterios: los más importantes se relacionan con la forma de administración, el contenido y la estructura.

A) Clasificación por forma de administración: Heteroadministradas o autoadministradas.

B) Clasificación por contenido: hay dos tipos de escalas en esta clasificación, aquellas que ayudan a evaluar toda la psicopatología del paciente y aquellas que evalúan un sector específico de ella.

1) Escalas que evalúan síntomas completos por ejemplo BPRS.

2) Escalas que evalúan aspectos específicos de síntomas como depresión, ansiedad, etc.

C) Clasificación por estructura:

1) Escalas de intensidad de síntomas o frecuencia

2) Escalas visuales análogas.

3) Escalas de adjetivos.

Ya se ha dicho que las escalas de evaluación no son tests psicológicos en el sentido estricto de la palabra. Por tanto:

- No existe posibilidad de un efecto de aprendizaje: no obstante que un paciente pueda aprender a resolver los proble-

mas en los tests de inteligencia, si se administran frecuentemente; esta distorsión no existe con las escalas de evaluación particularmente si son heteroevaluadas.

- la escala no necesita ser estandarizada no obstante que ocasionalmente, tal vez sea interesante saber como la población general responde. Esto no es esencial. Si por ejemplo un psiquiatra está evaluando la severidad de la influencia de un delirio que sufre un paciente, el la podrá comparar obviamente con otros pacientes pero nunca con el público sano.

DESCRIPCION DE LA ESCALA DE MONTGOMERY Y ASBERG PARA EVALUAR LA DEPRESION.

Es una escala heteroaplicada para la evaluación cuantitativa de pacientes deprimidos, cuya ventaja de acuerdo a Montgomery y Asberg (11) recae en su economía, sensibilidad al cambio y por el hecho de que puede ser usada por miembros de diferentes profesiones por ejemplo: psiquiatras, psicólogos, enfermeras o médicos generales.

ORIGEN.

Se desarrolló de los 65 ítems de la escala denominada Comprehensive Psychopatological Rating Scale (CPRS) (12). De esta escala se evaluaron los 17 ítems que ocurrían más frecuentemente de acuerdo a su sensibilidad al cambio y los 10 ítems más sensibles fueron seleccionados (11).

PROPOSITO.

La escala está diseñada para evaluar rápidamente y con precisión la severidad de la depresión y el cambio en severidad con el tratamiento.

POBLACION.

Pacientes deprimidos hospitalizados o externos.

ADMINISTRACION.

El evaluador puede ser psiquiatra, psicólogo, enfermera o médico general.

El tiempo requerido varía entre veinte minutos y una hora dependiendo de la condición del paciente y de la habilidad del evaluador.

Son deseables una o dos sesiones de entrenamiento.

Puntuación: Cada ítem se califica sobre una escala del 0 al 6 de acuerdo al incremento de severidad. Los pasos alternos tienen definiciones de severidad. El puntaje total va de 0 a 60 y un decremento en el puntaje representa mejoría.

ITEMS O VARIABLES.

Las diez variables o items son específicos para el tratamiento de la depresión:

Tristeza aparente

Tristeza referida

Tensión interna.

Reducción del sueño,

Reducción del apetito,

Dificultades en la concentración.

Lasitud.

Incapacidad para sentir.

Pensamientos pesimistas

Ideas suicidas.

VALIDACION.

Se han llevado a cabo estudios de validación en poblaciones de pacientes que sufrieron depresión endógena o depresión reactiva, tanto hospitalizados como externos en Inglaterra y en Suecia. (11)

APLICACION

Se ha utilizado para la evaluación de resultados de tratamientos y para investigaciones terapéuticas.

Algunos autores como Paykel en 1985 (13) estiman que sus diez ítems son un número demasiado escaso para poder cumplir su objetivo principal de efectuar una descripción cualitativa del estado depresivo y determinar sobre ella la medición de los cambios. Sin embargo otros autores como Snaith ven en su brevedad una ventaja (14).

Davidson et al en 1986 informaron ampliamente sobre la escala de depresión de Montgomery y Asberg y citan como ventajas: la clara definición de cada ítem y la facilidad de la aplicación de la prueba por psiquiatras y no psiquiatras, tal como pretendían los autores. Si bien su consistencia interna y homogeneidad sólo se muestra en 7 ítems de 10; medianamente una correlación significativa con la puntuación subtotal

alcanzada en los otros ítems, esta proporción es todavía más alta que la cohesión interna de la escala de Hamilton, donde sólo el 58% de los ítems alcanzan una correlación suficiente (15).

La validez concurrente estimada mediante la comparación de dos aplicaciones de esta escala con una de la de Hamilton hechas por tres personas distintas independientemente el mismo día, permitió comprobar casi siempre unas correlaciones de Spearman satisfactorias entre ambas escalas. Para algunos cambios esta escala es más sensible que la de Hamilton. Ambiguamente se deja planteado que "ambas escalas no son intercambiables para medir la intensidad de la depresión, ya que tienen diferentes propiedades y en cierta manera diferentes usos".(16).

Este dato queda bien especificado en Kearns et al, 1982 (17): los hallazgos dan por válida para cumplir sus cometidos a la escala de Hamilton, que puede sustituirse con los mismos resultados y ahorro de tiempo por la subescala de melancolía de Bech y la Escala de Montgomery y Asberg. Pero sus informaciones son sustancialmente distintas: en tanto en la escala de Hamilton se pone un gran énfasis en los síntomas psicomotores y los elementos somáticos del humor, en la escala de Montgomery y Asberg se consagra exclusivamente a los síntomas psíquicos. De ahí que sus aplicaciones sean algo distintas. Para los investigadores globales (esferas psicológica, somática y conductual) la escala de Hamilton es el

instrumento adecuado. Pero cuando hay que excluir los síntomas somáticos, por ejemplo por concurrir una enfermedad física o por los efectos colaterales somáticos de algún medicamento, será preferible recurrir a la escala de Montgomery y Asberg.

JUSTIFICACION.

Es importante realizar este estudio a fin de establecer la confiabilidad de este instrumento que será utilizado en el Instituto Mexicano de Psiquiatría para la evaluación de pacientes de un estudio multicéntrico de Tianeptina en el tratamiento de la depresión mayor. Este instrumento ha sido utilizado en otros estudios de depresión mayor en los que se empleo terapia farmacológica (18,19,20). Dado que se trata de un estudio científico controlado deberemos familiarizarnos con su uso.

OBJETIVO.

El objetivo de este estudio es el de establecer la consistencia interna de la escala de Montgomery y Asberg para la evaluación de la depresión por medio de la reproductibilidad interobservadores.

MATERIAL Y METODOS.

2 entrevistadores.

6 pacientes que cumplieron criterios diagnósticos DSM III R para la depresión mayor quienes fueron diagnosticados previamente por psiquiatras clínicos expertos.

6 residentes de psiquiatría que evaluaron y calificaron las entrevistas realizadas, previamente entrenados en esta.

Equipo audiovisual.

Escalas de Montgomery y Asberg, traducidas al español por traductores profesionales.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

El protocolo se dividió en dos etapas que se realizaron de manera secuencial:

1) Traducción de la escala.

2) Confiabilidad.

Traducción de la escala.- Como primer paso se obtuvo una primera versión del Inglés al Español; esta versión se tradujo de nuevo al Inglés y se discutieron las discrepancias surgidas durante el proceso de traducción. De esta manera, luego de las traducciones Inglés-Español Español-Inglés, se tuvo una segunda versión en español que fue distribuida junto con el original del Inglés a clínicos quienes dieron comentarios en relación a lo cual se basó la versión final.

CONFIABILIDAD.

El estudio de confiabilidad se hizo a través de una muestra de seis pacientes que fueron evaluados por seis residentes de psiquiatría clínica, previamente habilitados en la aplicación de la escala.

Todas las entrevistas fueron grabadas en video y realizadas por diferentes entrevistadores.

Los pacientes a quienes se les aplicó esta entrevista tenían diagnósticos previos de depresión mayor realizados por psiquiatras clínicos expertos quienes no participaron en las entrevistas ni en las evaluaciones. Los pacientes se encontraban en diferentes etapas del padecimiento.

Para evaluar la confiabilidad se realizaron los siguientes análisis:

a) Correlación interjueces.

Los puntajes otorgados por un juez o evaluador a cada uno de los seis pacientes se correlacionaron por medio de un Coeficiente de correlación con los obtenidos por otros jueces.

b) Cálculo del error de halo.

Es el error por el cual un juez tiende a sobrevalorar o a subvaluar a un sujeto en especial.

c) Cálculo del error de interacción juez-reactivo.

Este error consiste en que por alguna razón un juez en particular sobrevalúa o subvalúa un reactivo específico.

Los puntos b y c se evaluaron a través de un análisis de varianza por bloques con dos variables intra.

Dentro de este análisis no se considera el hacer un estudio de validez puesto que ésta ya ha sido establecida en la versión original (11).

RESULTADOS.

Los resultados aquí reportados se refieren a todos los reactivos o ítems. El promedio de los puntajes totales de todos los pacientes para cada uno de los evaluadores se presenta en la tabla 1.

TABLA 1.

PROMEDIO DE LOS PUNTAJES TOTALES DE TODOS LOS PACIENTES PARA CADA UNO DE LOS EVALUADORES.

| EVALUADOR | PROMEDIO DEL PUNTAJE TOTAL (N=6) |
|-----------|----------------------------------|
| 1 | 31.66 |
| 2 | 31.00 |
| 3 | 29.66 |
| 4 | 30.50 |
| 5 | 32.50 |
| 6 | 30.33 |

No se encontraron diferencias entre los promedios de los jueces. ($F=1.15(5), N.S.$)

El error de halo no resultó significativo ($F=0.50(25), N.S.$). Este error se calcula a través de la interacción juez-sujeto.

Tampoco el cálculo del error de interacción juez-reactivo resultó significativo ($F=1.51(45), N.S.$)

Las intercorrelaciones entre pares de jueces o de evaluadores se presentan en la tabla número dos, resultando significativas con una p menor de 0.01, comprendidas en el margen de 0.977 a 0.999.

TABLA 2.

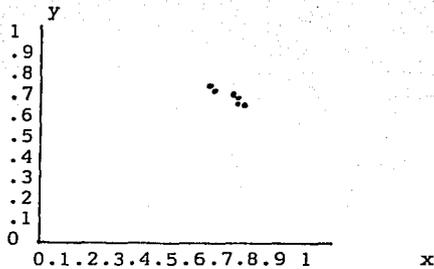
COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE PARES DE EVALUADORES

| EVALUADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | 1.000 | 0.981 | 0.994 | 0.999 | 0.994 | 0.986 |
| 2 | | 1.000 | 0.977 | 0.983 | 0.981 | 0.998 |
| 3 | | | 1.000 | 0.989 | 0.995 | 0.984 |
| 4 | | | | 1.000 | 0.992 | 0.987 |
| 5 | | | | | 1.000 | 0.988 |
| 6 | | | | | | 1.000 |

El análisis de clusters para jueces con dos factores principales y rotación varimax demuestra un sólo cluster de jueces que explica el 99.69% de la varianza.

Ver gráfica número 1.

GRAFICA NUMERO 1.



Dos factores principales y rotación varimax
demuestra un solo cluster de jueces y explica
el 99.69 % de la varianza.

Juez 1 (0.66,0.75)

Juez 2 (0.76,0.65)

Juez 3 (0.75,0.66)

Juez 4 (0.77,0.63)

Juez 5 (0.63,0.78)

Juez 6 (0.76,0.64)

CONCLUSIONES.

En el presente estudio se reportan los resultados del estudio de traducción y confiabilidad de la escala de Montgomery y Asberg para la evaluación de la depresión. Encontramos que la escala de 10 reactivos en Español es un instrumento homogéneo y confiable para evaluar la severidad de los síntomas depresivos en pacientes que han sido previamente diagnosticados con esta patología.

Es interesante señalar que dado los altos índices de correlación, muy similares a los encontrados por Montgomery y Asberg (11,12), entre 0.89-0.97 y a que los pacientes se encontraban en diferentes etapas del tratamiento, este instrumento es confiable para evaluar un amplio intervalo de severidad de síntomas. Sin embargo los resultados anteriores deben ser tomados como preliminares, debido al pequeño tamaño de la muestra.

Estudios futuros con una muestra más amplia, permitirán ahondar en otros aspectos como es el análisis por separado de los diferentes ítems y sus propiedades psicométricas.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Baldessarini, R. J. Biomedical aspects of depression and its treatment. American Psychiatric Press. 1983: 1-8
- 2.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition revised. A. P. A. Washington, D.C. 1987. 255-259
- 3.- Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders: a re-examination and future directions. Arch Gen Psychiatry. 1981;38: 1039-1046.
- 4.- Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology en: Handbook of affective disorders. Paykel ES (Ed) The Guilford press. New York. 1982. 109-123.
- 5.- Spitzer R, Fleiss J. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Brit J Psychiatry. 1974;125: 341-347.
- 6.- Corcoran K, Fisher J. Measures for clinical practice. The Free Press. New York. 1987. 1 - 19.
- 7.- Bobon DP. La psychopathologie quantitative: nécessité, dangers et réalite. Rev Med Liege. 1977;32: 417-424.

- 8.- Pichot P. Le probleme de la quantification dans la recherche psychiatrique. Bull Acad Suisse Sci Med. 1970;25: 147-159
- 9.- Lersch PH. Aufbau der person. Munich. Barth. 1966. 30-31
- 10.- Sanchez-Blanque A. Rating scales in psychiatry. En: Seva A, ed. The European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Tomo I. Barcelona: Anthropos; 1991: 217-223.
- 11.- Montgomery SA, Asberg M. A new depressive scale designed to be sensitive to change. Brit J Psychiatry. 1979;134: 382-389.
- 12.- Asberg M, Montgomery S, Perris C, Schalling D, Sedvall G. A comprehensive psychopathological rating scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1978, Suppl. 271; 5-27.
- 13.- Paykel ES. The clinical interview for depression. Development, reliability and validity. J Affective disorders. 1985; 9: 85-96
- 14.- Snaith RP. Grade scores of the montgomery-Asberg depression and the clinical anxiety scale. Brit J Psychiatry. 1986;148:599-601

- 15.- Davidson J. The Montgomery-Asberg Depression Scale; reliability and validity. Acta Psychiatrica Scandinava. 1986; 73: 544-548.
- 16.- Alonso-Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Madrid. Labor. 1988: 223-225.
- 17.- Kearns NP. A comparison of depression rating scales. Brit. J Psychiatry. 1982;141: 45-49.
- 18.- Bersani G, Pasini A, Brancato T, Valducci M, Ciani N. Serotonina e depressione: studio multicentrico controlato Tianeptina versus amitriptilina. XXX Congresso Nazionale della Societa Italiana de Psichiatria. Roma 6-11 febbraio 1989. CIC Edizioni Internazionali. 1243-1249.
- 19.- Guelfi JD, Pichot P, Dreyfus JF. Efficacy of tianeptine in anxious-depressed patients. Results of a controlled multicenter trial versus amitryptiline. Neuropsychobiology 1989;22: 41-48.
- 20.- Loo H, Malka R, Defrance R, Barrucand D, Benard JY, Niox-Riviere H, Raab A, Saroa A, Vachonfrance G, Kamoun A. Tianeptine and amitryptiline: controlled double blind trial in depressed alcoholic patients. Neuropsychobiology. 1988; 19: 79-85.

ESCALA DE MONTGOMERY Y ASBERG PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION

La evaluación debe estar basada en una entrevista clínica que, de preguntas acerca de los síntomas expresadas en términos generales, vaya a preguntas más detalladas que permitan una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la evaluación cae en los comportamientos definidos en los puntos de la escala (0-2-4-6), o entre ellos (1-3-5).

Es importante recordar que solamente en raras ocasiones se encuentra un paciente deprimido que no pueda ser evaluado conforme a los ítems de la escala. Si no se pueden obtener respuestas definitivas del paciente, todas las claves relevantes, así como la información de otras fuentes, deben ser usadas para la evaluación, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

La escala puede ser usada para cualquier intervalo de tiempo entre evaluaciones, ya sea semanalmente o de otra manera, pero esto debe ser registrado.

1. TRISTEZA APARENTE

Que se presenta como desaliento, melancolía y desesperación (más que simplemente como un decaimiento transitorio ordinario), reflejados en el habla, la expresión de la cara y la actitud.

Evaluar según la profundidad y la incapacidad para alegrarse.

- 0 No hay tristeza.
- 1
- 2 Se ve desanimado pero se alegra sin dificultad.
- 3

- 4 Parece triste y desdichado la mayor parte del tiempo.
- 5
- 6 Se ve afligido todo el tiempo. Extremadamente desanimado.

2. TRISTEZA DECLARADA

Se presentan reportes de estado de ánimo deprimido, independientemente de que éste se refleje o no en la apariencia. Incluye decaimiento, desánimo o el sentimiento de estar perdido y sin esperanza.

Evaluar de acuerdo con la intensidad, duración y el grado de influencia que los acontecimientos externos tienen sobre el estado de ánimo, según reportes del propio paciente.

- 0 Tristeza ocasional de acuerdo con las circunstancias.
- 1
- 2 Triste o abatido pero se alegra sin dificultad.
- 3
- 4 Sentimientos penetrantes de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía está influido por circunstancias externas.
- 5
- 6 Tristeza continua o invariable, aflicción o desaliento.

3. TENSION INTERNA

Representa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión, tendientes al pánico, terror o angustia. Evaluar de acuerdo a la intensidad, la frecuencia, la duración y el grado de tranquilidad que reclama el paciente.

- 0 Apacible. Salvo breve tensión interna.
- 1
- 2 Sentimientos ocasionales de nerviosismo y de malestar indefinido.
- 3

4 Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que el paciente sólo puede manejar con cierta dificultad.

5

6 Terror o angustia implacables. Pánico abrumador.

4. REDUCCION DEL SUEÑO

Representa la experiencia de una reducción en la duración o en la profundidad del sueño, en comparación con el patrón normal del propio sujeto.

0 Duerme como de costumbre.

1

2 Ligera dificultad para conciliar el sueño o sueño un poco reducido, ligero o espasmódico.

3

4 Sueño reducido, o interrumpido durante por lo menos dos horas.

5

6 Menos de dos o tres horas de sueño.

5. APETITO DISMINUIDO

Representa el sentimiento de pérdida de apetito, comparado con el que se tiene normalmente.

Evaluar según la pérdida del deseo de comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.

0 Apetito normal o incrementado.

1

2 Apetito ligeramente reducido.

3

4 No hay apetito. La comida resulta insípida.

5

6 Necesita persuasión para comer siquiera algo.

6. DIFICULTADES DE CONCENTRACION

Representa dificultades para poner en orden los pensamientos, tendientes a una falta absoluta de concentración.

Evaluar de acuerdo con la intensidad, la frecuencia y el grado de incapacidad.

- 0 Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1
- 2 Dificultades ocasionales para ordenar los pensamientos.
- 3
- 4 Dificultades para concentrarse y para retener una idea, lo que reduce la facultad de lectura o la capacidad para sostener una conversación.
- 5
- 6 Imposibilitado para leer o conversar salvo con gran dificultad.

7. LASITUD

Como una dificultad para empezar a hacer las cosas o lentitud para iniciar y llevar a cabo las actividades diarias.

- 0 Casi ninguna dificultad para empezar a hacer las cosas.
- 1
- 2 Dificultades para empezar las actividades.
- 3
- 4 Dificultades para empezar actividades sencillas de rutina, las cuales son llevadas a cabo con esfuerzo.
- 5
- 6 Lasitud completa. No puede hacer nada sin ayuda.

8. INCAPACIDAD PARA SENTIR

Representa la experiencia subjetiva de ver disminuido el interés por lo que le rodea, o por actividades que normalmente le producen placer. La capacidad de reaccionar con una emoción adecuada a las circunstancias o a la gente se ve reducida.

- 0 Interés normal por los alrededores y por otras personas.
- 1
- 2 La capacidad de disfrutar los intereses habituales se ve disminuida.
- 3
- 4 Pérdida de interés por lo que le rodea. Pérdida de los sentimientos que tiene hacia amigos y conocidos.
- 5
- 6 La experiencia de estar paralizado emocionalmente, la incapacidad de sentir enojo, pena o placer y una falta de sensibilidad total e incluso dolorosa hacia los parientes cercanos y amigos.

9. PENSAMIENTOS PESIMISTAS

Representan sentimientos de culpa, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y perdición.

- 0 No existen sentimientos pesimistas.
- 1
- 2 Ideas fluctuantes de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
- 3
- 4 Auto-acusaciones persistentes, o ideas de culpa o de pecado definitivas pero todavía racionales. Cada vez más pesimista acerca del futuro.
- 5
- 6 Delirios de perdición, remordimiento o pecado irredimible. Auto-acusaciones que son absurdas e inquebrantables.

10. PENSAMIENTOS SUICIDAS

Representan el sentimiento de que la vida no vale la pena, de que una muerte natural sería bienvenida, pensamientos suicidas y preparaciones para el suicidio.

Los intentos suicidas por sí solos, no deben influir en la evaluación.

- 0 Disfruta la vida o la toma como viene.
- 1
- 2 Cansado de la vida. Sólo breves pensamientos suicidas.
- 3
- 4 Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son frecuentes y el suicidio es considerado como una posible solución, aunque sin planes o intención específicos.
- 5
- 6 Planes explícitos para suicidarse cuando haya una oportunidad. Preparativos para el suicidio.

RESULTADO TOTAL: _____

FECHA: __ / __ / __
DD MM AA