



Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam

Centro de Investigación Biomédica En Red
de **Salud Mental**

Escala E.A.D.G.

(Marcar con X el número correspondiente a las preguntas contestadas afirmativamente, en opinión del entrevistador)

Codificar 1. –NO 2. –SI

(Atención: este es un ejemplo ya completado)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subtotal	<input type="checkbox"/>

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado Vd. preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subtotal	<input type="checkbox"/>

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SÍ	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>

INTERPRETACIÓN. Contar las respuestas afirmativas de la Escala A y las de la Escala D: se valorarán exclusivamente los puntajes 4+ en la Escala A y/o 2+ en la Escala D

Aplicación e interpretación del EADG

1. Heteroadministrada

Ha sido diseñada para que la administre el profesional sanitario (o el encuestador, “lay interviewer”, en estudios de investigación) en una sencilla y breve entrevista.

2. La introducción de rutina es como sigue:

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las *últimas dos semanas* alguno de los siguientes síntomas”.

Dependiendo del enfermo y del contexto, puede haber unos comentarios preparatorios anteriores.

3. Modo de puntuar.

No se puntuarán los síntomas que duren menos de “dos semanas” o que sean de “leve intensidad”.

-Los autores originales han recomendado que sólo los síntomas que duren al menos un mes sean valorados. En la validación española hemos optado por 2 semanas, en base a: a) Nuestra experiencia clínica e investigadora (con el CIS, EPEP, GHQ, etc.) nos indica que este período es suficientemente significativo, b) el CIE-10 y el DSM-III-R, por ejemplo, concretan en algunas categorías diagnósticas, una duración mínima de dos semanas; si el EADG no valora síntomas de esa duración, estaría inflando los “falsos negativos”.

-La operativización del concepto “leve intensidad”, evidentemente, no es sencilla, pero este mismo problema puede tener los más conocidos instrumentos de evaluación; siguiendo la práctica de la investigación clínica psiquiátrica moderna, concretaríamos que los síntomas deben alcanzar para un psiquiatra experto el nivel de “significación clínica”, como piden entrevistas estandarizadas tales como el CIS, EPEP, PSE, etc.

Para el médico de familia: la experiencia del equipo de Atención Primaria es que la inmensa mayoría de enfermos, cuando se les pregunta, dicen claramente si tienen o no tienen cada síntoma, con lo que automáticamente se puntúa positivamente en el primer caso y no en el segundo; en los pocos casos dudosos para considerar un síntoma como presente, por su leve o borderline intensidad, recomendamos utilizar el juicio clínico: ¿tiene o no tiene significación clínica el síntoma?

4. Modo de codificar.

Cada ítem valorado positivamente, se marca con una cruz en el recuadro correspondiente al “SI”. En el caso contrario se marca en el recuadro correspondiente al “NO”.

5. Preguntas obligatorias y opcionales.

-Las cuatro primeras preguntas de cada sub-escala (1 a 4 de ansiedad; y 1 a 4 de depresión) son obligatorias. Se harán el resto de preguntas de ansiedad (todas ellas, del 5 al 9) sólo cuando hayan sido puntuadas como positivas dos o más de las primeras (≥ 2 puntos en el recuadro “subtotal” de ansiedad).

Se harán el resto de preguntas de depresión (todas ellas, del 5 al 9) sólo cuando haya sido puntuada como positiva al menos una de las primeras (≥ 1 punto en el recuadro “subtotal” de depresión).

6. Puntuación del EADG.

Se da una puntuación independiente para cada escala. El puntaje total de ansiedad (número en el recuadro TOTAL ANSIEDAD) es el número de ítems (1 punto cada uno) valorado positivamente, independientemente de su orden. Se apunta en cada recuadro. De manera similar, el puntaje “TOTAL DEPRESIÓN” será el número de ítems puntuados positivamente.

7. “Puntos de corte” o “umbrales” establecidos en la versión española.

A. Se considera que un paciente tiene “probable ansiedad” cuando puntúa 4 ó más alto (≥ 4) en la primera sub-escala. Se considera que tiene depresión cuando puntúa 2 ó más alto (≥ 2) en la segunda sub-escala; en ésta se puede también utilizar el “punto de corte” ≥ 3 si se quiere mayor poder discriminativo entre ansiedad y depresión, pero en ese caso tendría algo menor “sensibilidad” la escala.

Hemos adoptado, para el futuro, este modo de expresar los “puntos de corte” para evitar confusiones. En el trabajo original hacíamos referencia a una expresión en quebrado o fracción, por ejemplo; un punto de corte ≥ 2 se expresaba como $\frac{1}{2}$.

B. Se considera que un paciente es “probable caso” quien puntúa ≥ 4 en ansiedad, aunque puntúe 0 en depresión. Es también “probable caso” quien puntúe ≥ 2 en la sub-escala de depresión, aunque puntúe 0 en la de ansiedad. Y, desde luego, es también “probable caso” quien puntúe por encima del punto de corte en ambas sub-escalas.

8. La clara impresión en el estudio de estandarización de la versión española es que cuanto más altas son las puntuaciones, más grave trastorno tiene el paciente.

9. Los datos son inequívocos en cuanto al poder de detección: cuanto más grave trastorno tiene el enfermo, la escala es más sensible.

EJEMPLO

En el ejemplo del texto, el paciente ha puntuado 3 de “subtotal” de ansiedad, por lo que ha sido necesario continuar administrando la subescala completa. Ha puntuado 6 en el total de ansiedad. Por tanto, tiene “probable ansiedad”. Además, sólo por esta subescala, el paciente debería ser considerado como “caso probable”.

En la subescala de depresión ha puntuado también 1 en el subtotal, por lo que fue necesario administrarle todas las preguntas de depresión. Da un puntaje total de depresión de 3. Por ello, el paciente tiene “probable depresión”. Además, solo por la puntuación en esta subescala, sería considerado “caso probable”.

Puesto que este “caso probable” tiene manifestaciones tanto de ansiedad como de depresión, la posterior evaluación completa tendría que valorar, además de confirmar que sea un auténtico “caso”, si el diagnóstico es de un cuadro de ansiedad (con algunos síntomas disfórico-depresivos asociados), o bien un cuadro de depresión (con síntomas asociados de ansiedad) ó bien, finalmente, de un cuadro “mixto” de ansiedad/depresión.

Índices de “validez” del EADG Detección de “casos” en Atención Primaria

	Punto de corte Ansiedad ≥ 4 Depresión ≥ 2	Punto de corte Ansiedad ≥ 5 Depresión ≥ 3
Sensibilidad	83,1%	74,3%
Especificidad	81,8%	93,3%
Índice de mal clasificados	17,7%	27%
Valor predictivo positivo	95,3%*	98,2%*
Para una alta prevalencia de trastornos GZEMPP, 1994		

La tabla muestra unos **buenos coeficientes de “validez” del EADG en nuestro medio** (Montón, 1992; Montón y cols. 1993). El trabajo de validación ha sido realizado durante el “Estudio Zaragoza” (Pérez Echeverría y cols., 1993), en una submuestra aleatoria (N=444) de una muestra representativa y estratificada (N=1.559) en Centros de Salud ó consultorios de Atención Primaria, aleatoriamente seleccionados en 4 áreas concéntricas de la ciudad de Zaragoza. Globalmente considerado, el EADG tiene la máxima eficiencia **en la detección de “casos” con el punto de corte ≥ 4 para ansiedad y ≥ 2 para depresión**. La especificidad, dependiendo del motivo de estudio, puede mejorar eligiendo el punto de corte ≥ 5 para ansiedad y el de ≥ 3 para depresión.

El valor predictivo positivo es particularmente alto, pero debe tenerse en cuenta que se trataba de un “screening en dos fases”: se decidió previamente que todos los “probables casos”, pero sólo un 10% de “probables normales” o controles pasarían a segunda fase. Consecuentemente, la prevalencia de “casos” en esta segunda fase era alta cuando el coeficiente fue calculado y ello hace aparecer al v.p. positivo optimistamente alto. Introduciendo un factor de corrección, podría calcularse que el valor real del v.p. positivo sería aproximadamente del 75%.