

Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad

Ma. del Carmen Lara* **
Martha Ontiveros**
Carlos Berlanga**
Juan Ramón de la Fuente**

Palabras clave: angustia, ansiedad, escala de Hamilton

Summary

To assess the symptomatic differences between panic anxiety and generalized anxiety, the Hamilton Anxiety Scale was given to 107 patients who had met DSM-III diagnosis for panic disorder (n=77) or generalized anxiety disorder (n=30) prior entering a drug trial.

The internal consistency of the scale was higher in panic patients (r=0.84) than in generalized anxiety patients (r=0.18).

Panic patients scored higher on items referring to fears, cardiovascular and respiratory symptoms; whereas the other group scored higher on items dealing with feeling anxious and being anxious during the interview.

A factor analysis conducted in the group of panic patients showed the same factor (generalized anxiety factor) that Hamilton himself found in the analysis of his series of patients diagnosed as anxiety neurosis. The variance explained by this factor in our series was higher (36.4%) than that of Hamilton's (27%).

All things together, our data show that the Hamilton Anxiety Scale is more reliable when given to panic patients than to patients with generalized anxiety and that there are symptomatic differences between these groups that can be identified with such scale.

The low internal consistency observed in the generalized anxiety patients may reflect more of a problem with this diagnosis than with the scale itself. Studies showing the validity of generalized anxiety disorder are lacking and therefore we believe it should not be considered more than a hypothetical formulation until appropriately validated.

Resumen

Para evaluar las diferencias sintomáticas entre las crisis de angustia (ataques de pánico) y la ansiedad generalizada, se estudiaron 107 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Hamilton para Ansiedad sin que estuvieran bajo la influencia de ningún medicamento psicoactivo.

La confiabilidad de la escala se determinó calculando la proporción entre la varianza individual y la varianza de error.

Las diferencias entre ambos grupos se analizaron comparando cada uno de los reactivos de la escala, y finalmente se hizo un análisis factorial mediante el método de componente principal en el grupo de pacientes con crisis de angustia.

Los resultados obtenidos muestran que la confiabilidad de la escala es mejor en pacientes con crisis de angustia

(r=0.84) que en pacientes con ansiedad generalizada (r=0.18).

Los pacientes con crisis de angustia presentaron fundamentalmente miedo, síntomas sensoriales, cardiovasculares y respiratorios; en cambio los pacientes con ansiedad generalizada reportaron sobre todo sentirse ansiosos, lo cual pudo constatare durante la entrevista.

Nuestros hallazgos son compatibles con la idea de que las crisis de angustia constituyen un trastorno distinto y que el concepto de ansiedad generalizada necesita ser validado empíricamente antes de ser aceptado como una entidad nosológica.

Introducción

En el terreno de la nosología psiquiátrica, uno de los capítulos que ha sufrido modificaciones sustanciales y que ha sido también motivo de grandes controversias, es el de la ansiedad. Tanto el DSM-III como el DSM-III-R, y los documentos preliminares de la 10ª versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, ofrecen criterios operativos que distinguen claramente a la ansiedad generalizada de las crisis de angustia (ataques de pánico). Ciertamente, esta diferencia no es novedosa. Freud se refirió a ella desde finales del siglo pasado (1), y a partir de la segunda mitad de este siglo, López Ibor en España (2), y posteriormente Sir Martin Roth en Inglaterra (3), hicieron descripciones clínicas de este síndrome al cual consideraron como una entidad independiente de otros estados de ansiedad. Sin embargo, no fue sino hasta la década de los sesenta, cuando Donald Klein (4) mostró que los pacientes con crisis de angustia respondían al tratamiento con antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa y se iniciaron los estudios más rigurosos desde el punto de vista metodológico, tendientes a mostrar la validez de esta entidad nosológica.

En las últimas dos décadas, el avance del conocimiento en este campo ha sido importante. Las crisis de angustia se pueden inducir en pacientes susceptibles a través de infusiones de lactato (5) o mediante la inhalación de bióxido de carbono (6); se han establecido patrones de agregación familiar en los que se muestra que la prevalencia de crisis de angustia entre

* Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Puebla.

** Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan 14370, México, D.F.

los familiares de pacientes con este trastorno es mayor que entre los familiares de pacientes con otras formas de ansiedad (7), y usando técnicas de biología molecular se ha propuesto que las crisis de angustia pueden ser resultado de una alteración genética localizada en el cromosoma 16 (8). Todo lo anterior sugiere que en efecto, las crisis de angustia constituyen un trastorno distinto al de la ansiedad generalizada.

Clínicamente, ambos cuadros difieren en la forma de inicio, la edad en la que aparecen los síntomas por primera vez y la respuesta a diversos tratamientos farmacológicos (4, 9, 10). Sin embargo son escasos los estudios orientados a establecer las diferencias sintomáticas. Anderson y cols. (11) usaron varias escalas entre ellas el Inventario de la Personalidad de Eysenck y el Inventario de la Personalidad Rasgo-Estado, y no encontraron diferencias entre 48 pacientes con crisis de angustia y 18 con ansiedad generalizada. Sin embargo, el perfil sintomático obtenido a través del SCL-90 (listado de 90 síntomas), sí mostró diferencias entre ambos grupos. El uso de escalas similares (9, 10) ha mostrado que los pacientes con crisis de angustia tienen síntomas más específicos, pero que los pacientes con ansiedad generalizada tienen puntuaciones más elevadas en los instrumentos diseñados para medir la intensidad de la ansiedad.

En este trabajo se usó la Escala de Hamilton para Ansiedad (EHA) que es probablemente la más conocida, con el propósito de establecer su índice de confiabilidad en ambos tipos de pacientes y determinar si este instrumento permite diferenciar entre unos y otros. Conviene recordar, que en su reporte original, Hamilton (12) estudió pacientes con diagnóstico de neurosis de ansiedad. Este concepto ha quedado eliminado de los sistemas de clasificación más recientes ya referidos.

Material y métodos

Se estudiaron 77 pacientes (35 hombres y 42 mujeres) con diagnóstico de crisis de angustia cuya edad en promedio (\pm DE) fue de 33 ± 10 años, y 30 pacientes (13 hombres y 17 mujeres) con diagnóstico de ansiedad generalizada también con 33 ± 10 años de edad en promedio. Todos los pacientes fueron diagnosticados con base en los criterios diagnósticos del DSM-III a través de una entrevista estructurada diseñada específicamente para establecer diagnósticos de acuerdo con esta clasificación (13). Como parte de su evaluación basal, antes de ser sometidos a alguna maniobra terapéutica y teniendo por lo menos un período de lavado farmacológico de dos semanas, se les aplicó la EHA por dos investigadores independientes. La versión en español y características de confiabilidad de la EHA en nuestro medio han sido informadas con anterioridad (14). Para el análisis de este estudio se eliminó el reactivo 6 referente al humor depresivo, ya que una calificación mayor de 1 en el mismo, constituyó un criterio de exclusión para los pacientes con ansiedad generalizada.

Para determinar la consistencia interna de la escala, se obtuvo el coeficiente de confiabilidad calculando la

proporción entre la varianza individual y la varianza de error (15). La confiabilidad se define por medio del error: cuanto mayor sea éste, menor será la confiabilidad, y viceversa. Las diferencias entre ambos grupos se analizaron comparando cada uno de los reactivos de la escala mediante pruebas de t de Student para muestras independientes con interpretación a doble cola. Finalmente, se hizo un análisis factorial mediante el método de componente principal para el grupo de pacientes con crisis de angustia, y estos resultados se compararon con los del informe original del propio Hamilton (12).

Resultados

Como puede observarse en el cuadro 1, el coeficiente de confiabilidad (r) para el grupo de pacientes con crisis de angustia fue de 0.84, mientras que en el grupo de pacientes con ansiedad generalizada, éste fue de apenas 0.18 (cuadro 2). Estos resultados indican que mientras en el primer grupo la consistencia interna de la escala es muy alta, en el segundo grupo de pacientes hay poca consistencia entre los reactivos; es decir, que en el mismo paciente coinciden calificaciones altas en unos reactivos y calificaciones bajas en otros. No obstante, el promedio \pm DE de las puntuaciones totales en ambos grupos fue de 25 ± 8 para los pacientes con crisis de angustia y de 24.6 ± 3 para los pacientes con ansiedad generalizada. Las diferencias en la desviación estándar entre ambos grupos reflejan las observadas en el intervalo (9-51 para crisis de angustia vs 19-32 para ansiedad generalizada).

CUADRO 1
Confiabilidad de la escala de Hamilton para ansiedad en pacientes con crisis de angustia
(n = 77)

Fuente	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media de cuadrados
Reactivos Individuos	138.5	12.0	11.5
Residual	368.2	76.0	4.8
Total	700.7	912.0	0.77
Total	1207.4	1000.0	

Coeficiente de confiabilidad (r) = 0.84

CUADRO 2
Confiabilidad de la escala de Hamilton para ansiedad en pacientes con ansiedad generalizada
(n = 30)

Fuente	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media de cuadrados
Reactivos Individuos	76.307	12.0	6.36
Residual	27.19	29.0	0.94
Total	265.54	348.0	0.76
Total	369.04	389.0	

Coeficiente de confiabilidad (r) = 0.18

En el cuadro 3, se muestran las calificaciones obtenidas en cada reactivo por ambos grupos. Como puede observarse, los pacientes con crisis de angustia obtuvieron calificaciones significativamente más elevadas en los reactivos 3, 8, 9 y 10 que se refieren a miedos, síntomas sensoriales, cardiovasculares y respiratorios, respectivamente. En cambio, los pacientes con ansiedad generalizada obtuvieron calificaciones significati-

vamente más elevadas en los reactivos 1, 7 y 14 que se refieren al humor ansioso, síntomas somáticos vagos y al comportamiento del paciente durante la entrevista, respectivamente.

En el análisis factorial de los resultados del grupo de pacientes con crisis de angustia se obtuvieron tres factores con un valor de Eigen > 1 (cuadro 4). Estos, en conjunto, explican el 56% de la varianza en la escala. Al comparar nuestros resultados con los obtenidos originalmente por Hamilton, en lo que se refiere al factor general de ansiedad que él obtuvo en pacientes con neurosis de ansiedad, y que corresponde al factor 1 que nosotros encontramos en pacientes con crisis de angustia, encontramos que la varianza explicada por este factor en la serie de Hamilton fue de 27% en tanto que en la nuestra fue de 36.4%. Sin embargo, con nuestros datos no fue posible separar el componente somático del psíquico.

CUADRO 3
Escala de Hamilton para ansiedad +

Reactivos	Crisis de angustia (n = 77)	Ansiedad generalizada (n = 30)
1. Humor ansioso*	2.3 ± 0.9	2.7 ± 0.6
2. Tensión	2.4 ± 0.8	2.7 ± 0.6
3. Miedos*	1.9 ± 1.0	1.4 ± 0.2
4. Insomnio	1.9 ± 1.0	2.0 ± 1.0
5. Funciones intelectuales	1.5 ± 1.0	1.6 ± 0.9
7. Síntomas somáticos*	1.6 ± 1.0	2.1 ± 0.8
8. Síntomas sensoriales*	2.3 ± 0.8	1.9 ± 0.7
9. Síntomas cardiovasculares*	2.1 ± 1.0	1.6 ± 0.9
10. Síntomas respiratorios*	2.2 ± 0.9	1.5 ± 0.9
11. Síntomas gastrointestinales*	1.9 ± 1.0	1.8 ± 1.0
12. Síntomas genitourinarios	1.3 ± 1.0	1.2 ± 0.9
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo	2.3 ± 0.9	2.1 ± 0.7
14. Comportamiento durante la entrevista	1.3 ± 0.8	1.9 ± 0.7

+ Las puntuaciones son $\bar{X} \pm DE$

* Significativamente diferentes, $p < 0.05$

Discusión

Los resultados de este estudio en relación a la confiabilidad de la EHA, muestran que ésta es mejor en pacientes con crisis de angustia que en pacientes con ansiedad generalizada. La confiabilidad es resultado de la consistencia interna de los reactivos, la cual se refleja en la dispersión desigual de los totales individuales. Así, cuando la varianza entre los sujetos es mayor que la varianza de error, el índice de confiabilidad es elevado.

Nuestros resultados indican que la EHA tiene una baja confiabilidad en pacientes con ansiedad generalizada. Los reactivos en este caso no son consistentes. La coincidencia de calificaciones altas y bajas en un mismo paciente tiende a uniformar las puntuaciones totales, disminuye la varianza entre los sujetos y da como resultado un índice de confiabilidad bajo. Sin

CUADRO 4
Estructura factorial de la escala de Hamilton para ansiedad en pacientes con crisis de angustia

Factor 1 (36.4%)*		Factor 2 (10.2%)*		Factor 3 (9.4%)*	
Humor ansioso	0.76	Miedos	0.47	Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo	0.48
Tensión	0.81	Funciones intelectuales	0.49	Comportamiento	0.51
Miedos	0.57				
Insomnio	0.63				
Funciones intelectuales	0.51				
Síntomas somáticos	0.61				
Síntomas sensoriales	0.63				
Síntomas cardiovasculares	0.56				
Síntomas respiratorios	0.54				
Síntomas gastrointestinales	0.60				
Síntomas genitourinarios	0.47				
Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo	0.49				
Comportamiento durante la entrevista	0.55				

* Porcentaje de la varianza explicada

embargo, la confiabilidad de la escala no puede interpretarse sin tomar en cuenta el diagnóstico.

En efecto, nuestros datos indican que los reactivos que conforman la EHA evalúan la ansiedad que se presenta en pacientes con crisis de angustia de manera muy aceptable, pero no así la que presentan los pacientes con ansiedad generalizada. Este trastorno está menos bien definido, y de hecho, es muy cuestionado. Lo que este estudio muestra es que la escala de Hamilton no permite una valoración adecuada de los síntomas de la ansiedad generalizada. De cualquier forma, la diferencia que encontramos en la confiabilidad de la escala en uno y otro grupo, es totalmente compatible con la idea de que se trata de dos entidades distintas. Las diferencias encontradas al analizar reactivo por reactivo son un elemento adicional de apoyo a este concepto.

En pacientes con crisis de angustia predominan los síntomas cardiovasculares y respiratorios y el miedo es más intenso. Esto es muy similar a lo descrito por otros autores (9-10), y congruente con el hecho de que algunos de estos síntomas formen parte de los criterios diagnósticos del DSM-III para crisis de angustia (16). Más aún, nuestros resultados en este aspecto son casi iguales a los de Hoehn-Saric (17) quien observó un predominio de los síntomas somáticos cardiorrespiratorios sobre el componente psíquico en pacientes con crisis de angustia a los que aplicó la EHA.

El análisis factorial de la escala en nuestros pacientes con crisis de angustia y su comparación con el de los pacientes estudiados por Hamilton no deja de ser interesante. Si bien fue posible identificar el mismo

factor general de ansiedad que incluye a todos los reactivos, en nuestra muestra no fue posible diferenciar el componente somático del componente psíquico tal y como lo hizo el autor del instrumento. Además, en nuestro estudio las cargas factoriales del factor general de ansiedad (factor 1) y el porcentaje de la varianza explicada por dicho factor fueron mayores. Esto refleja probablemente el hecho de que nuestro grupo de pacientes fue más homogéneo que el estudiado por Hamilton, ya que el diagnóstico de neurosis de ansiedad es mucho más vago que el que se establece para crisis de angustia según el DSM-III.

En suma, nuestros datos indican que es posible distinguir entre crisis de angustia y ansiedad generalizada a través del análisis adecuado de la Escala de Hamilton para Ansiedad, y que la escala es más confiable cuando se aplica a pacientes con crisis de angustia que cuando se aplica a pacientes con ansiedad generalizada. Más que un problema de la escala, pensamos que el problema tal y como se elabora en otra comunicación (18), es del concepto de ansiedad generalizada como categoría diagnóstica.

Hasta donde sabemos, no se ha informado de ningún estudio que haya logrado validar empíricamente este concepto y nuestros resultados, en este sentido, tampoco lo apoyan. De ahí que, ante la falta de evidencia científica, pensamos que el concepto de ansiedad generalizada no puede considerarse por el momento, más allá de una mera formulación hipotética.

Agradecimiento: Los autores agradecen al doctor Francisco Gómez-Mont Avalos sus comentarios sobre este manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

1. FREUD S: The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: The anxiety neurosis. *Neurology Papers*, 2(12):50-66, 1895.
2. LOPEZ IBOR J J: *La Angustia Vital. Patología General Psicósomática*. Ed Paz Montalvo, Madrid, 1950.
3. ROTH M: The phobic anxiety -depersonalization syndrome and some general- etiologial problems in psychiatry. *J Neuropsychiatry* 1:293-306, 1959.
4. KLEIN D F: Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5:397-408, 1964.
5. COWLEY D S, DAGER S R, FOSTER S I, DUNNER D L: Clinical characteristics and response to sodium lactate of patients with infrequent panic attacks. *Am J Psychiatry*, 144:795-798, 1987.
6. FYER M R, UY J, MARTINEZ J, GOETZ R, KLEIN D F, LIEBOWITZ M R, GORMAN J: CO₂ Challenge of panic patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 144:1080-1082, 1987.
7. CROWE R R, NOYES R, PAULS D L, SLYMEN D: A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40:1065-1069, 1983.
8. CROWE R R, NOYES R, WILSON A F, ELSTON R C, WARD L J: A linkage study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 44:933-937, 1987.
9. CAMERON O G, THYER B A, NESSE R M, CURTIS G C: Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 143:1132-1137, 1986.
10. RAPPE R M: Distinctions between panic disorders and generalized anxiety disorder: Clinical presentation. Australia y Nueva Zelanda. *J Psychiatry*, 19:227-332, 1985.
11. ANDERSON D J, NOYES R, CROWE R R: A comparison of panic disorders and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 141:572-575, 1984.
12. HAMILTON M: The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32:50-55, 1959.
13. SPITZER R L, WILLIAMS J B W: Structured clinical interview for DSM-III (SCID). Nueva York: Biometrics Research Department. N.Y. State Psychiatric Institute, 1983.
14. LARA M C, DE LA FUENTE JR: La confiabilidad en la evaluación de la ansiedad. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 33:209-218, 1987.
15. KERLINGER F N : *Investigación del Comportamiento*. Nueva Editorial Interamericana, México, D.F., 1986.
16. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tercera Edición APA, Washington D C, 1980.
17. HOEHN-SARIC R: Comparison of generalized disorder with panic disorder patients. *Psychopharmacol Bull*, 18:104-108, 1982.
18. BERLANGA C, SOSA A L : La validez diagnóstica de los trastornos de crisis de angustia y ansiedad generalizada. *Salud Mental*, 11(3): 1-8, 1988.