

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD) EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE COLOMBIA.

Javier L. Rico^{*}
Universidad de São Paulo, Brasil

Martha Restrepo
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

María Molina
Instituto Nacional de Cancerología, Colombia.

Resumen

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en pacientes con cáncer. En este estudio se validó la versión española de la HAD y se evaluó su utilización como prueba de tamizaje para detectar desórdenes de ansiedad y depresión. Una vez adaptada la escala, se evaluaron sus propiedades psicométricas en un grupo de 89 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC); además, se realizó una valoración psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM-IV. La adaptación de la versión española de la HAD mostró buenas consistencia interna y validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .85 y la confiabilidad por mitades de .8. Un punto de corte de 8 para la subescala de ansiedad y de 9 para la subescala de depresión mostraron una mayor sensibilidad y concordancia de la HAD con la entrevista psiquiátrica. Se encontró una solución de dos factores que se corresponde con las dos subescalas de la HAD. Propiedades psicométricas más consistentes fueron constatadas al eliminar los ítems 8 y 9 de la escala. El cambio de estilo de vida y la separación del núcleo familiar son factores psicosociales relacionados con el diagnóstico. Las propiedades psicométricas y brevedad de la escala la hacen muy útil como prueba de tamizaje para problemas psicológicos en pacientes con cáncer..

Palabras Clave: *cáncer, ansiedad, depresión, escala HAD, tamizaje*

Abstract

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is a widely used instrument to measure psychological morbidity in cancer patients. The present study aimed to validate the Spanish version of the HADS and to assess its use for screening mood and anxiety disorders. Following the adaptation process, the psychometric properties of the HADS were assessed in a group of outpatients attending in the National Institute of Cancer of Colombia (N=89), and psychiatric diagnoses were made using

^{*} Laboratorio de comportamento exploratório. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil. Tél. 00x55 16 6023631. e-mail Javierl@usp.br

DSM-IV criteria. The Spanish adaptation of the HADS showed good internal consistency and validity. An alpha coefficient of .85 and a split-half reliability of .8 were found. Cut-off points of 8 and 9 for the anxiety and 9 depression subscales, respectively, showed a favorable sensitivity and specificity in identifying cases of psychological disorder as defined by the psychiatric diagnosis. A two-factor solution corresponding to the original two subscales of the HADS was found. More consistent psychometric properties were obtained when eliminating items 8 and 9 of the scale. Change of life style and separation from the familiar nucleus were found to be psycho-social factors related with the diagnostic. The psychometric properties of the HADS and its brevity make it useful for screening for psychological disorders in cancer patients.

Key words: *cancer, anxiety, depression, HADS, screening*

Introducción

Algunas investigaciones muestran que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan problemas psicológicos relevantes. En un estudio realizado con 215 pacientes hospitalizados y ambulatorios, Derogatis (1983) concluyó que el 47% de la muestra presentaba trastornos psiquiátricos. De este 47%, dos terceras partes (el 68%) presentaba un trastorno adaptativo, el 13% depresión mayor y el 4% trastorno de ansiedad. Pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y valorados por psiquiatría entre agosto de 1993 y septiembre de 1994, mostraron un 56% de sintomatología psiquiátrica. Ese 56% de los casos se distribuía en depresión (44.9%), ansiedad (18.3%) y la combinación de ambos síntomas (8.2%) (Molina, 1995). Aún así, no existe un acuerdo en la prevalencia del trastorno depresivo y de ansiedad en esta población, muy probablemente por las diferencias metodológicas de los estudios. Los datos aportados por la mayoría de trabajos dedicados a este tema varían entre el 5 y el 60% (Planas y Roca, 1996). Una línea reciente de investigación centra el estudio de la depresión como variable predictiva del ajuste y la adaptación del paciente con cáncer. En este sentido, los resultados indican que la depresión es uno de los factores con mayor potencial discriminatorio entre buena y mala adaptación a la enfermedad (Planas y Roca, 1996). El deterioro emocional del paciente oncológico puede comprometer la adherencia al tratamiento y la vida misma. Establecido el diagnóstico de cáncer, el paciente afronta diversos problemas relacionados con aspectos económicos y con la incertidumbre por la alteración de los planes de vida y miedo a la muerte. Esta crisis puede generar cuadros de depresión y ansiedad en dichos pacientes (Holland, 1998). El reconocimiento de los niveles patológicos de depresión y ansiedad es un aspecto crítico de la atención integral al paciente oncológico para establecer la intervención preventiva más adecuada. Desde ese punto de vista es relevante la adaptación y validación de pruebas psicológicas que permitan discriminar posibles trastornos emocionales derivados del curso de la enfermedad.

La confiabilidad y la validez son aspectos esenciales en la validación de pruebas. La confiabilidad indica la medida en que las diferencias individuales en los resultados pueden atribuirse a verdaderas diferencias en las características consideradas y el grado en que pueden deberse a errores fortuitos. De esa forma, las mediciones sucesivas de un fenómeno estable deben dar los mismos resultados. Un método para determinar la confiabilidad de una prueba consiste en la división por mitades. En ese caso es posible obtener una medida de

confiabilidad a partir de una única aplicación, ya que las mitades equivalentes de la prueba representan dos puntuaciones de cada persona (Anastasi y Urbina, 1998).

La validez indica si el resultado de la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo. El constructo cuantificado por una prueba puede definirse mediante el examen de las fuentes objetivas de información. La validación que compara el puntaje de la escala que se está validando con un patrón de oro que generalmente es una escala reconocida por su alta calidad de medición, se denomina validez concurrente (Anastasi y Urbina, 1998). Aunque existen diversos tipos de validez, se habla en términos generales de validez de constructo teniendo en cuenta que los otros tipos de validez y sus procedimientos representan fuentes de información que contribuyen a la definición y comprensión de los conceptos evaluados por la prueba. Un procedimiento comúnmente utilizado para este tipo de validación es el análisis factorial. Ese método utiliza una gran variedad de técnicas estadísticas cuyo objetivo común es representar un conjunto de variables observadas en términos de un número menor de variables hipotéticas latentes denominadas factores (Muñiz, 1996).

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), conformada por 14 ítems, fue creada por Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983) y permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad (Echeburúa, 1995).

La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. (Malasi y cols., 1991; Abiodun y cols., 1994; El-Rufaie y Absood., 1995; Costantini y cols., 1999). Otros estudios muestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de pacientes con cáncer, donde la sensibilidad y especificidad del instrumento varía con los puntos de corte utilizados en las subescalas (Carroll y cols., 1993; Chaturvedi y Chandra 1994).

En Colombia, pocos instrumentos han sido validados en el área de psico-oncología. Este estudio pretende explorar las características psicométricas de la HAD en una muestra de pacientes colombianos con cáncer, para demostrar su utilización como prueba de tamizaje en la identificación de trastornos de ansiedad y depresión que podrían ser considerados de relevancia clínica. De esa forma, se pretende establecer la validez y confiabilidad del instrumento, la sensibilidad y especificidad de las subescalas ajustando el punto de corte más

adecuado de acuerdo con las características de la muestra y finalmente, a partir de los puntos de corte, determinar un rasgo clínico que representaría las características de un paciente con alto riesgo de presentar problemas emocionales en el proceso de adaptación al cáncer.

Método

Muestra

Un total de 89 pacientes, que asistieron al servicio de admisiones del INC para la apertura de la historia clínica, participaron del estudio recibiendo la valoración psiquiátrica y la aplicación de la escala. No se incluyeron pacientes con historia previa de trastornos bipolares, retardo mental o con algún tipo de demencia.

Procedimiento

Se realizó una aplicación piloto con el fin de detectar posibles problemas con la interpretación de las preguntas, a partir de la versión española del instrumento publicada en el libro de Comeche y cols. (1995). Se aplicó la prueba a un grupo de 20 pacientes del INC con diagnóstico confirmado, que asistieron por primera vez a la consulta de psiquiatría. Se diseñó un formato con tres opciones para que el paciente calificara el grado de comprensión de cada ítem y se interrogó los motivos que hacían complejo el reactivo. Posteriormente se discutieron los reactivos con problemas de comprensión, modificando los términos necesarios sin afectar el contenido de los ítems. El procedimiento se llevó a cabo con profesionales preparados para tal fin.

Efectuada la adaptación del instrumento se inició la recolección de los datos mediante una entrevista estructurada realizada por los psiquiatras del grupo de psiquiatría del INC. Con este procedimiento se obtuvo un juicio clínico que representó un patrón confiable para compararlo con la HAD. Los datos recogidos fueron codificados y consignados en una base de datos para su posterior análisis estadístico, efectuado con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS).

Para evaluar la fiabilidad de la prueba se utilizó la confiabilidad por mitades, corregida por la fórmula de Sperman-Brown. La homogeneidad se calculó con el alfa de Cronbach. En cuanto a la validez, se tomó como medida operacional la entrevista psiquiátrica a la muestra de estudio, buscando un índice de acuerdo entre el resultado de la entrevista y los puntajes de las subescalas. Los resultados de la entrevista psiquiátrica y los de la HAD fueron dicotomizados como pacientes con presencia de un problema clínico relevante y con ausencia del mismo. Se recurrió, por lo tanto, al índice de acuerdo de Kappa, que puede interpretarse como la proporción de clasificaciones consistentes más allá de las esperadas por el azar. El límite superior de Kappa es 1, límite que representa una concordancia perfecta. Valores próximos a 0 supondrían que la mayor parte de la consistencia observada es atribuible al azar, es decir como si las decisiones estuviesen basadas en pruebas estadísticamente independientes (Muñiz, 1996). Se determinó la sensibilidad y la especificidad de cada subescala a partir de la

concordancia con la entrevista psiquiátrica utilizada como patrón de oro, empleando cuadros de contingencia de 2x2. Finalmente, se realizó un análisis factorial para confirmar el contenido de la escala en los dos factores que pretende medir.

Resultados

Prueba Piloto y adaptación de la escala.

La prueba piloto fue realizada por 14 mujeres y 6 hombres con edad promedio de 45 años y escolaridad inferior a los 5 años en un 70%. El ítem 13 “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico” mostró mayor dificultad para ser comprendido. Por lo tanto se modificó por “Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro”. Modificaciones sutiles fueron realizadas a los ítems 4, 8, 9, 10 y 12. La versión adaptada de la prueba aparece en el anexo

La Entrevista Psiquiátrica.

La prevalencia de problemas clínicos registró un 30.3%. Los trastornos adaptativos se presentaron con mayor frecuencia dentro de las posibles patologías psiquiátricas. Aunque el 68.7% de los pacientes reportaron un ajuste normal ante la enfermedad, algunos de ellos presentaron sintomatología emocional, sobresaliendo la presencia de angustia y miedo en la mitad de la muestra de pacientes. El cambio de estilo de vida, de residencia o la separación del núcleo familiar, se relaciona casi en un 50% con desajuste emocional para esta muestra de pacientes. La tabla 1 presenta las características clínicas de la muestra según la evaluación psiquiátrica.

Confiabilidad de la HAD.

Los coeficientes de confiabilidad y consistencia interna de las subescalas y de la escala completa se registran en la tabla 2. Se puede afirmar que las diferencias en las puntuaciones obtenidas son el resultado de verdaderas diferencias individuales y no de errores fortuitos en la aplicación de la prueba. Es evidente la homogeneidad entre los 14 ítems, con un alfa total de 0.86. Según Nunnally (1978) pruebas con homogeneidad apropiada deben mostrar un coeficiente alfa entre 0.6 y 0.8. De esa forma, se afirmaría que ambas subescalas pueden ser utilizadas con fiabilidad de forma separada. La correlación entre los puntajes de ambas subescalas fue significativa.

Validez de la HAD

Los puntajes de las subescalas de la HAD fueron dicotomizados como ausencia o presencia de algún problema clínico relevante, de acuerdo a los puntos de corte analizados. De esta forma se facilitó la utilización de tablas de contingencia de 2x2 que permitieron examinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), prevalencia y el índice de acuerdo de Kappa, parámetros fundamentales para sustentar la validez concurrente de la HAD

con la entrevista psiquiátrica. Los resultados encontrados se exponen en la tabla 3. El punto de corte más adecuado para la subescala de ansiedad es el de 8, ya que presenta la mayor sensibilidad y valor predictivo positivo. Sin embargo es evidente la baja especificidad que se logra. Este aspecto es muy importante ya que al tratarse de una prueba de tamizaje es necesario centrar la atención sobre los verdaderos positivos dados por la sensibilidad. Para la subescala de depresión se consideró apropiado el punto de corte de 9, por mostrar el mejor índice de acuerdo, alta sensibilidad, especificidad y VPP.

Una vez establecido el punto de corte más apropiado para cada subescala, se realizó un análisis de las características clínicas de ansiedad y depresión para la descripción de la muestra. La tabla 4 registra los datos.

Tabla 1

Frecuencia de las características clínicas de la muestra de pacientes a partir de la valoración psiquiátrica. Se muestra sintomatología emocional y factores psicosociales relacionados con el diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico psiquiátrico		
Reacción de ajuste normal	62	69.7
Trastorno adaptativo	10	11.2
Trastorno depresivo mayor	5	5.6
Depresión reactiva	4	4.5
Trastorno de ansiedad	2	2.2
Distimia	3	3.4
Otros ^a	3	3.4
Sintomatología emocional^b		
Presencia de Tristeza, llanto o depresión	36	40.4
Presencia de Angustia, miedo o ansiedad	40	44.9
Presencia de trastornos del sueño	31	34.8
Presencia de Trastornos de la alimentación	14	15.7
Factores psicosociales relacionados al diagnóstico^b		
Dolor o incapacidad.	29	32.6
Información confusa	10	11.2
Preocupación por otros.	22	24.7
Cambio de estilo de vida o separación familiar.	41	46.1
Pronóstico o procedimientos diagnósticos	32	36.0

Notas: ^a Duelo no resuelto 1, Reacción de ajuste mixto 1. Trastorno de personalidad 1.

^b Los pacientes pueden presentar uno o más de los síntomas o factores psicosociales expuestos.

Tabla 2
Análisis de confiabilidad para la HAD con 89 casos y 14 reactivos

Método	Valor coeficientes
Division por mitades	
Correlación entre las partes	.668
Corrección por fórmula de Spearman -Brown	.801
Alfa HAD total	.855
Alfa subescala de ansiedad	.774
Alfa subescala de depresión	.776
Correlación entre puntajes de las subescalas	.631**

** p = 0.01

Tabla 3.
Criterios de validez entre la HAD y la entrevista psiquiátrica con cuatro puntos de corte para cada subescala.

Puntos de corte	Indice de Kappa ^a	Sensibilida d (%)	Especificidad (%)	VPP ^b (%)
HAD ≥ 8				
Ansiedad	.421	92	59	50
Depresión	.520	74	80	62
HAD ≥ 9				
Ansiedad	.397	77.7	67.7	48.7
Depresión	.597	70.3	88.7	73
HAD ≥ 10				
Ansiedad	.362	66.6	72.5	51.4
Depresión	.501	51.8	93.5	77.7
HAD ≥ 11				
Ansiedad	.427	62.9	80.6	58.6
Depresión	.395	59.2	80.6	57.1

Nota: ^a Probabilidad de error con una aproximación asintótica T 0.00001

^b VPP: Valor predictivo positivo

Análisis factorial

El conjunto de 14 ítems de la HAD forman un conjunto de variables observadas que se suponen indicarían dos factores principales: ansiedad y depresión. Los puntajes obtenidos en los 14 ítems, para los 89 pacientes, fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio utilizando el paquete estadístico SPSS. Los componentes iniciales fueron extraídos mediante el análisis de componentes principales.

Tabla 4^a
 Características clínicas de la muestra a partir de los resultados en las subescalas de ansiedad y depresión de la HAD con los puntos de corte: Ansiedad ≥ 8 y Depresión ≥ 9 .

			Posible ansiedad		Posible Depresión	
	N	%	N	%	N	%
Género						
Hombres	23	25.8	5	21.7	1	4.3
Mujeres	66	74.2	45	68.2	25	37.8
Edad						
≤ 39	26	29.2	13	50.0	4	15.4
40-50	32	36.0	20	62.5	13	40.6
>50	31	34.8	17	54.8	9	29.0
Estado civil						
Casado-Unión L.	49	55.0	29	59.1	16	32.6
Soltero-separado	32	36.0	14	43.7	8	25.0
Viudo	8	9.0	7	87.5	2	25.0
Escolaridad						
Ninguna	10	11.2	7	70.0	2	20.0
<6 años	46	51.7	24	52.2	15	32.6
6-11 años	24	27.1	13	54.1	7	29.1
>11 años	9	10.0	6	66.6	2	22.2
Tipo de tumor						
Ginecológico	29	32.6	18	62.1	6	20.6
Seno	19	21.3	14	73.7	8	42.1
Urológico	9	10.1	2	22.2	1	11.1
Gastrointestinal	7	7.9	3	42.9	2	28.5
Cabeza y cuello	7	7.9	3	42.9	2	28.5
Hematológico	6	6.7	3	50.0	3	50.0
Otros	12	13.5	7	58.3	4	33.3
Labora						
No	58	65.2	30	51.7	18	31.0
Si	31	34.8	20	64.5	8	25.8
Vive acompañado						
Si	80	89.9	43	53.8	24	30.0
No	9	10.1	7	77.8	2	22.2

Nota: ^aSe muestra la frecuencia de la posible presencia de ansiedad y/o depresión en cada rango de los datos sociodemográficos y según el tipo de tumor.

Con el método de rotación ortogonal Varimax se obtuvo un resultado consistente para la interpretación de los factores. El mismo procedimiento se efectuó con cada subescala para determinar la estabilidad del factor. Como resultado de este procedimiento se encontraron tres factores que explicaron el 54.45% de la varianza. El primer factor explicó el 20.14% de la varianza, el segundo factor el 19.53% y el tercero el 14.79%. La matriz de componentes

rotada, con el peso de cada ítem en los dos primeros factores, se muestra en la tabla 5. De acuerdo con el peso de cada uno de los ítems en los dos primeros factores, que corresponden con las respectivas subescalas, es posible rotular el primer factor como depresión y el segundo factor como ansiedad.

Tabla 5

Análisis factorial. Componentes principales con rotación ortogonal, mostrando el peso de cada ítem dentro de cada factor. Factores encontrados con la extracción de los ítems 8 y 9.

Items HAD	Factor 1 Depresión	Factor 2 Ansiedad	Depresión sin ítem 8	Ansiedad sin ítem 9
Subescala de ansiedad				
(1) Me siento tenso o nervioso	.576	.553	.529	.555
(3) Tengo una sensación de miedo como si algo horrible fuera a suceder	.082	.703	.136	.705
(5) Tengo mi mente llena de preocupaciones	.325	.736	.289	.744
(7) Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	.553	.388	.472	.394
(9) Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago	.003	.182		
(11) Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	.017	.539	.002	.586
(13) Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro	.158	.750	.175	.761
Subescala de depresión				
(2) Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer	.712	.004	.727	.009
(4) Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas	.700	.150	.695	.133
(6) Me siento alegre	.707	.079	.798	.150
(8) Siento como si yo cada día estuviera más lento	.222	.109		
(10) He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado	.240	.247	.475	.332
(12) Me siento con esperanzas respecto al futuro	.478	.479	.471	.481
(14) Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de TV	.458	.148	.570	.194

La aparición del tercer factor es un hecho interesante por los dos ítems que presentan mayor peso, los reactivos 8 y 9. Por el contenido de las preguntas mencionadas (Siento como si yo cada día estuviera más lento; Tengo una sensación extraña como de aleteo o vacío en el estómago) se rotuló este factor como “percepciones fisiológicas”. Al omitir los ítems 8 y 9 y realizar nuevamente el análisis factorial es evidente la aparición de dos factores más consistentes. Las dos últimas columnas de la tabla 5 registran el nuevo peso para cada ítem.

Al realizar el análisis factorial en cada subescala se esperaba la aparición de un único factor. Sin embargo resultaron dos factores para cada subescala, lo cual indicó poca estabilidad en el constructo de cada una de ellas. La extracción del ítem 8 para la subescala de depresión aumentó la estabilidad del factor, al surgir uno solo que explicó el 46.2% de la varianza. Lo mismo ocurrió con la subescala de ansiedad al omitir el ítem 9; el factor emergente explicó el 49% de la varianza

Discusión

La prevalencia de 30.3% de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer encontrada en este estudio, comprendió principalmente trastorno adaptativo (37%), seguido de depresión mayor (13%). Este resultado inicial es comparable con los hallazgos de otros estudios (Derogatis y cols., 1983; Alexander y cols., 1993). El análisis de validez concurrente de la HAD con la entrevista psiquiátrica permitió argumentar su utilidad como prueba de tamizaje, al registrar una sensibilidad y especificidad apropiadas para el objetivo propuesto. Los puntos de corte bajos utilizados en este estudio (≥ 8 para ansiedad y ≥ 9 para depresión) son consistentes con los de otras investigaciones (Barczak y cols., 1988; Moorey y cols., 1991). Un problema central en la validación de la HAD, y su correcta utilización e interpretación, es establecer si realmente está midiendo dos constructos diferentes -caracterizándose de esta manera por ser una escala bidimensional- o si es una escala unidimensional que detecta un desajuste emocional global. Inicialmente se podría pensar en el carácter unidimensional de la escala a partir de la correlación significativa entre las subescalas ($0.63 p=0.01$).

Según Roca y Arroyo (1996), en numerosas ocasiones, la distinción entre trastorno depresivo y trastorno de ansiedad no es fácil de realizar en psicopatología. La ansiedad como trastorno casi siempre cursa como ataques de angustia, con o sin agorafobia, mientras la ansiedad como síntoma está presente en los cuadros depresivos, en numerosos procesos de patologías médicas y trastornos depresivos. Además, la ansiedad entendida como un proceso fluctuante, con nerviosismo, intranquilidad e irritabilidad es frecuentemente uno de los indicadores de depresión. Los resultados de este estudio mostraron una relación significativa entre la subescala de ansiedad y la sintomatología de depresión ($r_{\phi} = 0.313$; $p = 0.003$). Entonces, este estudio evidencia la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, detectadas por la HAD, y que se explican mejor por la aparición de síntomas característicos de una entidad presentes en la otra, y no porque la escala esté midiendo un mismo constructo. El análisis factorial exploratorio permitió la extracción de los dos factores esperados, sustentando aún más el carácter bidimensional de la HAD. Es interesante la comparación de estos resultados con el estudio de Moorey y cols. (1991).

La omisión de los ítems 8 y 9 mejoró el constructo de ansiedad y depresión, pues sin ellos el alfa para las subescalas adquirió un valor más alto, incrementando la homogeneidad entre los otros reactivos. Es posible que los ítems 8 y 9 representen un constructo diferente.

Conclusiones

A partir de una aplicación piloto que permitió la adaptación de la HAD de acuerdo con el nivel de comprensión de cada ítem, se procedió posteriormente a su aplicación en 89 pacientes. Tanto la escala como una evaluación psiquiátrica según los criterios del DSM IV fueron presentadas por la muestra de pacientes, de tal forma que la última sirvió como regla de oro para sustentar la validez de la primera. Igualmente, se estudió la validez de constructo de la HAD mediante el análisis factorial exploratorio. A partir de los resultados se concluye que:

La HAD es una escala bidimensional. Se compone de dos factores evidentes, uno de ansiedad y otro de depresión. Es una escala confiable, válida y de fácil aplicación, para ser utilizada como prueba de tamizaje en el contexto oncológico.

Se puede inferir que la subescala de depresión es más sensible que la de ansiedad. Para los tres casos de distimia presentes en el estudio, la subescala de depresión los detecta con puntuaciones superiores a 9.

Los ítems 8 y 9 están midiendo constructos diferentes y podría sugerirse una adaptación más corta de la prueba con la omisión de estos dos reactivos, sin que se afecte la validez y confiabilidad.

Las subescalas de ansiedad y depresión se relacionan entre sí porque estas dos entidades psicopatológicas tienen síntomas psicológicos en común, sobre todo en pacientes con cáncer.

Las características clínicas de la muestra indican que las mujeres con cáncer de seno entre 40 y 50 años, con una relación de pareja vigente y escolaridad menor a seis años, podrían ser un grupo con alta probabilidad de presentar un desajuste emocional relevante cuando ingresan por primera vez al INC. Es más frecuente la ansiedad en personas que se encuentran desempeñando alguna actividad y que viven solas.

Futuros estudios podrían abordar aspectos no cubiertos por esta aproximación. Se sugiere el estudio de la HAD en una muestra de pacientes hospitalizados, la identificación de desajuste emocional en pacientes que inician, cursan y terminan los diversos tipos de tratamientos y el estudio de la sensibilidad al cambio que posee la escala, a partir de comparación entre mediciones antes y después de algún tipo de intervención psicológica o farmacológica en pacientes que registren problemas clínicos relevantes.

Referencias

- Abiodun, O.A. (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British-Journal-of-Psychiatry*. Nov, Vol 165(5): 669-672.
- Alexander P., Dinesh N., Vidyasagar M.(1993) Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectatios about treatment outcome. *Acta Oncolog*. 32 (6): 623-626
- Anastasi, A y Urbina, S.(1998) *Test psicológicos 7^{ma}*. Ed. Prentice Hall Hispanoamerica S.A. México.
- Barczak P., Kane N., Andrews S., Congdon A.M., Clay J.C., Betts T. (1988) Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic. A validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD). *Br J Psychiatry*. May,152:698-700.
- Carroll, B.T., Kathol, R. G., Noyes A. (1993) Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*. 15: 69-74.
- Chaturvedi, S. y Chandra K.(1994) Detection of anxiety and depression in cancer patients. *NIMHANS Journal*. 12: 141-144.
- Comeche M.I, Diaz M.I., Vallejo M.A. (1995). *Cuestionarios Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Fundación Universidad Empresa. Madrid.

- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., Morasso, G. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support-Care-Cancer*. 7(3):121-7.
- Derogatis, L.R., Morrow G.R., Fetting, J. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983, 249: 751-757.
- Echeburúa E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En *Manual de Evaluación en psicología Clínica y salud*. Por Caballo V. Siglo XXI. Madrid.
- El-Rufaie, O. y Absood, G.H. (1995). Retesting the validity of the Arabic version of the Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale in primary health care. *Social-Psychiatry-and-Psychiatric-Epidemiology*. Jan, Vol 30(1): 26-31.
- Holland J. C. (1998) *Psycho-oncology*. Oxford University Press.
- Malasi, T.H., Mirza, I. A., El-Islam, M. Fakhr (1991). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*. Oct, Vol 84(4): 323-326
- Molina M.R (1995). Análisis de las interconsultas al servicio de psiquiatría de pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología entre agosto de 1993 y septiembre de 1994. *Informes del Instituto Nacional de Cancerología*.
- Moorey S., Greer S., Watson M., Gorman C., Rowden L., Tunmore R., Robertson B., Bliss J. (1991) The Factor Structure and Factor Stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Cancer. *British Journal of Psychiatry* 158, 225-259.
- Muñiz, J. (1996) *Psicometría*. Ed. Universitas S.A. Madrid.
- Nunnally J. (1978) *Teoría Psicométrica*. New York: Mc, Graw Hill.
- Planas, M. y Roca, M. (1996) Trastornos afectivos en oncología. cap. 8 En *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Masson S.A. Barcelona.
- Roca M., Arroyo M. (1996) *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Masson S.A. Barcelona España
- Zigmond, A. S. y Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 67: 361-370.

Manuscrito recibido en diciembre de 2004
Aprobado para publicación en febrero de 2005

ANEXO

H.A.D VERSION ADAPTADA

Nombre:	Fecha:	H.C.
----------------	---------------	-------------

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada.

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

4. Puedo reirme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy seguido

Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

Nunca

No muy seguido

A veces

Casi siempre

- 7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado**
Siempre
Por lo general
No muy seguido
Nunca
- 8. Siento como si yo cada día estuviera más lento**
Por lo general en todo momento
Muy seguido
A veces
Nunca
- 9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago**
Nunca
En ciertas ocasiones
Con bastante frecuencia
Muy seguido
- 10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado**
Totalmente
No me preocupa como debiera
Podría tener un poco más de cuidado
Me preocupo al igual que siempre
- 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme**
Mucho
Bastante
No mucho
Nada
- 12. Me siento con esperanzas respecto al futuro**
Igual que siempre
Menos de lo que acostumbraba
Mucho menos de lo que acostumbraba
Nada
- 13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro**
Muy frecuentemente
Bastante seguido
No muy seguido
Nada
- 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión**
Seguido
A veces
No muy seguido
Rara vez