

Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos[†]

Juan Carlos López-Alvarenga,* Verónica Vázquez-Velázquez,* Denise Arcila-Martínez,**
Ángel Ernesto Sierra-Ovando,* Jorge González-Barranco,* Rafael J. Salín-Pascual**

* Clínica de Obesidad del Departamento de Endocrinología y Metabolismo.

** Departamento de Neurología y Psiquiatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

[†]Presentado parcialmente como Trabajo Libre en la

XL Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Endocrinología y Nutrición, Diciembre de 2000, Acapulco.

Accuracy and diagnostic usefulness of Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) in a sample of Mexican obese subjects

ABSTRACT

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) have been used in Mexico in drug abusers, burned patients, older people, with renal insufficiency and high-risk pregnant women. The aim of this study was to determine reproducibility and accuracy of the questionnaire in a sample of obese subjects. A group of 75 obese patients (BMI > 27) without diabetes mellitus were invited to participated in the study. Diagnosis of anxiety or depression was made by an structured interview based on the DSM-IV criteria, and they were requested to complete the HAD. All subjects were randomized for the manoeuvre sequence. Sensibility specificity, positive predictive value and negative value, and unweighcted kappa coefficient (for concordance) were calculated for the two procedures. The questionnaire reproducibility was assessed buy test-retest with other 25 independent subjects. Internal validity was estimated by alpha Cronbach, Guttman and intraclass correlation coefficients. Mean age was 39.7 ± 11.5 years and BMI 39.1 ± 9.6 . The best cut off point for anxiety was 8 points (Kappa 0.68) and for depression 7 points (Kappa 0.73). Mean age for test-retest was 39.2 ± 14.5 years and BMI 45.3 ± 14.6 . The α -Cronbach was 0.84 for the first test and 0.86 for the second. Intraclass coefficient correlation was 0.946. The HAD is aplicable for obese subjects, it is reproducible and concordant with a structured interview.

Key words. HAD. Reproducibility. Concordance. Depression. Anxiety. Obesity.

RESUMEN

El Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) es un cuestionario que está siendo utilizado por diversas personas en México, aplicado en sujetos farmacodependientes, quemados, ancianos, con insuficiencia renal crónica y en mujeres con embarazo de alto riesgo. El objetivo del presente estudio fue determinar la reproducibilidad y exactitud del cuestionario en una muestra de obesos mexicanos. Se invitó a participar a 75 sujetos con IMC > 27 y sin diabetes mellitus. El diagnóstico de ansiedad o depresión se realizó mediante una entrevista estructurada basada en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV), además se les pidió contestar el cuestionario HAD. Los sujetos fueron aleatorizados para la secuencia de estos procedimientos. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del cuestionario con respecto a la entrevista y el valor de Kappa no ponderada para concordancia entre los dos procedimientos. La reproducibilidad del HAD se realizó con prueba-reprueba con otros 25 sujetos independientes. Se determinó la validez interna con coeficiente alfa de Cronbach y el coeficiente de reproducibilidad de Guttman, además del cálculo de coeficiente de correlación intraclass. La edad promedio de los sujetos sometidos a la prueba de concordancia entre el HAD y la entrevista estructurada fue de 39.7 ± 11.5 años y el IMC de 39.1 ± 9.6 . El punto de corte con mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad de la calificación del cuestionario fue de 8 para ansiedad (Kappa 0.68) y para depresión de 7 (Kappa 0.73). En el análisis de prueba-reprueba la edad fue de 39.2 ± 14.5 años e IMC de 45.3 ± 14.6 . El coeficiente α de Cronbach fue de 0.84 para la primera prueba, y para la segunda de 0.86. El coeficiente de correlación intraclass fue de 0.946. El HAD es un cuestionario aplicable a sujetos con obe-

INTRODUCCIÓN

Existe un gran número de cuestionarios o escalas que se derivan del constructo clínico de depresión y de ansiedad, basados en algunos sistemas de clasificación como el DSM-IV (American Psychiatry Association, 1994) y el ICD-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). Estos cuestionarios utilizan múltiples preguntas para medir aspectos cognoscitivos de la depresión o ansiedad, los síntomas somáticos o la conducta, entre otros.¹

Uno de estos instrumentos es el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) creado en 1983 por Zigmond y Snaith² para la medición de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que asisten a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente.

Este cuestionario se basa en el supuesto de que la prevalencia de depresión y ansiedad es alta en los pacientes que asisten a un hospital de medicina general y que pueden coexistir con una enfermedad física conduciendo a mayor estrés. El contenido del HAD se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) evita equívocos de atribución cuando se aplica a pacientes que sufren de enfermedades físicas, considerando como la característica psicopatológica central de la depresión el estado antihedonista de los pacientes y las manifestaciones propias de la ansiedad generalizada.

La validación del HAD se ha llevado a cabo en una muestra de 100 pacientes británicos no hospitalizados, entre 16 y 65 años de edad, de uno y otro sexos. En el informe se muestra la consistencia interna a través de correlaciones de Spearman (ansiedad $r = 0.76-0.41$ y depresión $r = 0.60-0.30$). Los autores establecieron que el punto de corte 8 mostró la mejor sensibilidad y especificidad para cada una de las subescalas, mostrando una notoria y precisa división de los pacientes.

Para determinar si las puntuaciones de las dos subescalas podrían ser utilizadas como indicadores de severidad de la depresión y ansiedad, se calcularon las correlaciones (Spearman) de las puntuaciones de la subescala y las puntuaciones psiquiátricas, encontrando una $r = 0.70$ para depresión y $r = 0.74$

para ansiedad ($p < 0.001$). Además se muestran correlaciones insignificantes entre ambas subescalas (de 0.08 a 0.19), lo cual indica que éstas detectan diferentes aspectos del estado de ánimo.

Diversos estudios han demostrado y confirmado la validez interna, las propiedades psicométricas y la capacidad de diferenciación entre ansiedad y depresión del HAD, mediante los métodos del test-retest, sensibilidad y especificidad, correlación reactivo-puntuación total, estructura y análisis factorial en pacientes psiquiátricos,³ en un grupo heterogéneo de pacientes con alguna enfermedad física,^{4,5} en pacientes que asisten a una clínica de problemas genitourinarios,⁶ en pacientes con cáncer,⁷ en pacientes deprimidos, miembros de un grupo de autoayuda⁸ e incluso en adolescentes.⁹

Tejero, et al.¹⁰ realizaron una traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna con coeficiente alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.82 para depresión. Concluyeron que el HAD es un instrumento corto, fácil de aplicar y que ofrece una información separada de ansiedad y depresión, además de que es sensible al cambio luego de recibir cierto tipo de intervención psicológica. Las limitantes que encontraron fueron que se ha validado únicamente con pacientes aquejados de enfermedades físicas y que en algunos estudios las subescalas muestran cierta correlación entre sí (Bramley, et al.¹¹ $r = 0.49$; Tejero, et al.¹⁰ $r = 0.59$) y no son, por lo tanto, totalmente independientes.

En México se ha realizado la aplicación y validación de la escala en sujetos farmacodependientes,¹² quemados,¹³ ancianos,¹⁴ pacientes con insuficiencia renal crónica¹⁵ y en mujeres con embarazo de alto riesgo.¹⁶ La escala de depresión, con punto de corte 7, ha mostrado 76% de sensibilidad y 45% de especificidad. En cuanto a la subescala de ansiedad, con punto de corte 8, 62% de sensibilidad y 58% de especificidad. El HAD correlaciona con la Escala Geriátrica de Depresión ($r = 0.83$), con la Clinical Anxiety Scale ($r = 0.67$), con la Montgomery-Asberg depression Rating Scale ($r = 0.77$) y con el Inventario de Depresión de Beck ($r = 0.78$).

El bajo costo y la facilidad de aplicación en cuanto al tiempo invertido, son algunas de las ventajas que tienen los cuestionarios sobre la entrevista formal realizada por un psicólogo o psiquiatra en el ám-

bito clínico. Un cuestionario puede llegar a cientos de personas en un periodo corto de tiempo, y debe poseer atributos que lo conviertan en útil para los propósitos de investigación en una población blanco específica.

Algunos aspectos que determinan la utilidad de un instrumento son la exactitud diagnóstica, la reproducibilidad y la sensibilidad para detectar cambios o diferencias en el concepto medido. La exactitud diagnóstica implica que el instrumento debe acercarse lo más posible al diagnóstico que se piensa medir. La reproducibilidad se refiere a que si a un sujeto se le mide con una determinada escala, al volver a realizarle dicha medición (sin que se haya instaurado maniobra alguna) deberá obtener una medida similar a la primera; y que cuando se intervenga, ya sea con algún tratamiento farmacológico o simplemente con alguna psicoterapia, el instrumento debe ser sensible para detectar cambios en la severidad de la sintomatología del padecimiento, como resultado de dicha intervención.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la reproducibilidad y exactitud de la traducción al castellano del HAD. Debido a la poca consistencia que se encontró con la traducción, se propone una versión modificada de dicho cuestionario y se proporcionan los índices de exactitud para dicha prueba. La meta final es poder contar con un cuestionario que pueda ser aplicado en países de habla hispana, especialmente de Latinoamérica.

MATERIAL Y MÉTODOS

La escala del HAD consta de 14 reactivos (siete reactivos intercalados para cada subescala) con respuestas estructurados tipo Likert, cuyas calificaciones oscilan entre valores de 0 a 3. En el encabezado del cuestionario se pide a los pacientes que describan los sentimientos que han experimentado durante la última semana (Anexo 1).

Se realizó un estudio piloto para determinar el grado de exactitud de la traducción al español comparada con el diagnóstico obtenido a través de una entrevista estructurada. Se invitaron a 25 sujetos con obesidad ($IMC > 27$) para participar en este estudio. La exactitud para depresión fue de 92% ($Kappa = 0.78$, IC 95% 0.49-1.0, $p < 0.001$) y para ansiedad fue de 68% ($Kappa = 0.40$, IC 95% 0.12-0.67, $p = 0.012$). Debido a que el valor de concordancia ($Kappa$) fue pobre, se decidió realizar cambios en la estructura idiomática de las preguntas.

Una vez corregido el cuestionario, se precisó la utilidad diagnóstica comparada con una entrevista

estructurada, realizada por una psicóloga, que se basó en los criterios diagnósticos del Episodio de Depresión Mayor y del Trastorno de Ansiedad Generalizada del DSM-IV.¹⁷ En esta fase se invitaron a participar a 75 sujetos de uno y otro sexos, obesos ($IMC > 27$) y sin diabetes mellitus de acuerdo con los criterios de la ADA-OMS.¹⁸ Esto último se consideró porque la diabetes *per se* puede producir cambios en el estado de ánimo de las personas.

Para evitar sesgos en la aplicación, por haber realizado primero el cuestionario o la entrevista estructurada, se decidió aleatorizar la secuencia de los procedimientos.

Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, para diferentes puntos de corte del cuestionario, considerando los síntomas de ansiedad y depresión como independientes. Los intervalos de confianza a 95% se calcularon por método de Cornfield.

El análisis se realizó con Kappa no ponderada para concordancia, determinándose *a priori* un valor superior a 0.6, que de acuerdo con Landis y Koch se considera como una concordancia sustancial.¹⁹

Finalmente, la reproducibilidad del HAD se calculó con una fase de prueba-reprueba, invitando a 25 sujetos diferentes del grupo anterior, los cuales debían tener $IMC > 27$ y no padecer diabetes mellitus. Los sujetos llenaron el cuestionario antes de una consulta de nutriología y no se les aclaró que al finalizarla deberían de llenar de nuevo un cuestionario. Se realizó una prueba t de Student pareada en la que se le consideraría como "cuestionario no reproducible" si la diferencia entre las puntuaciones totales fuera mayor de 2.5. Además, se determinó la validez interna con coeficiente alfa de Cronbach, coeficiente de reproducibilidad de Guttman y el coeficiente de correlación intraclase (consideramos *a priori* como clínicamente importante un coeficiente mayor de 0.6). Se aceptó como estadísticamente significativos aquellos coeficientes con error tipo I menor de 5%.

RESULTADOS

El promedio de edad de los 75 sujetos empleados para determinar la utilidad diagnóstica del instrumento modificado fue de 39.7 ± 11.5 años y el IMC 39.1 ± 9.6 . Sus características generales se muestran en el cuadro 1.

El punto de corte de la calificación del cuestionario que mostró mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad para ansiedad fue de 8, la concordancia con la entrevista estructurada mostró un valor de

Kappa de 0.68 (Cuadro 2). Para depresión el mejor punto de corte fue de 7, y la concordancia con la entrevista mostró Kappa de 0.73 (Cuadro 3). Además, se puede observar que la calificación obtenida en el cuestionario es significativamente mayor en los pacientes con diagnóstico de ansiedad o depresión, realizado por el psicólogo en la entrevista estructurada, que en aquellos sujetos con diagnóstico de normalidad (Figura 1).

Hubo correlación importante entre la calificación de ansiedad y la de depresión: $r = 0.70$, $p < 0.001$ (Figura 2). El análisis de concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclass fue $Ci = 0.62$ ($p < 0.001$). La concordancia bruta entre ambos diagnósticos clínicos, ansiedad y depresión, fue de 81.3% (ambos trastornos: 30 sujetos, ausencia de ambos trastornos: 31, ansiedad sin depresión: 13, depresión sin ansiedad: 1 (sujeto); el valor de Kappa = 0.64 (IC 95% 0.47-0.80, $p < 0.001$).

Cuadro 1. Características generales de la muestra.

Variables N	Mujeres 58	Hombres 17
Edad (años)	40.3 ± 12	37.4 ± 9.5
Peso (kg)	93.3 ± 25.2	123 ± 31.3
Talla (m)	1.56 ± 0.07	1.70 ± 0.08
IMC	38.1 ± 9	42.5 ± 10.3

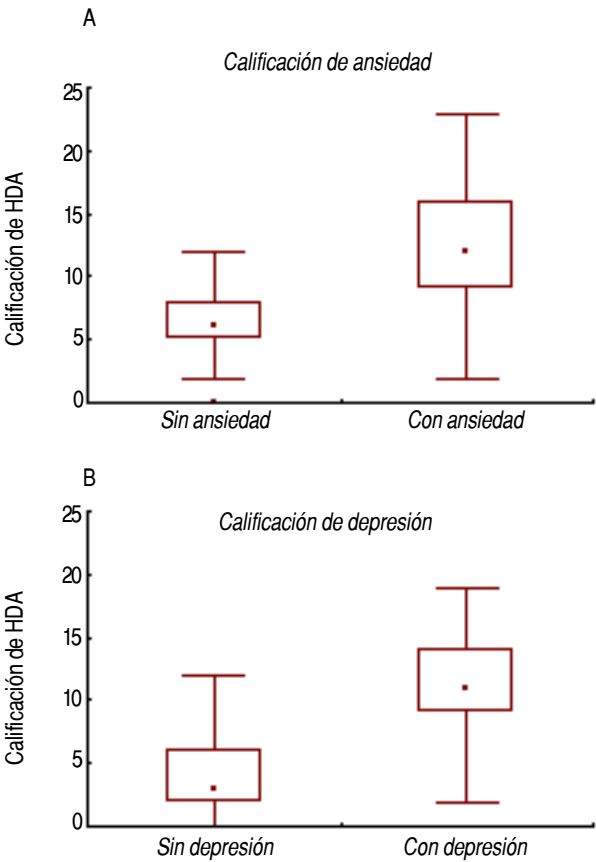


Figura 1. Diferencias en las puntuaciones del HAD por diagnóstico clínico realizado por el psicólogo.

Cuadro 2. Ansiedad.

PC	VP	VN	Sens (IC 95%)	Esp (IC 95%)	VPP	VPN	Kappa
10	28	31	65 (49-79)	97 (82-100)	97	67	0.59 (0.42-0.75)
9	32	29	74 (59-86)	91 (74-98)	91	73	0.63 (0.46-0.80)
8*	36	27	84 (69-93)	84 (64-94)	88	79	0.68 (0.51-0.84)
7	37	21	86 (71-94)	66 (47-81)	77	78	0.53 (0.33-0.72)

Valores de sensibilidad (Sens). Especificidad (Esp). Valor predictivo positivo (VPP). Valor predictivo negativo (VPN). Coeficiente Kappa para la subescala de ansiedad del HAD.

* Indica el punto de corte con mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

Cuadro 3. Depresión.

PC	VP	VN	Sens (IC95%)	Esp (IC95%)	VPP	VPN	Kappa
10	16	43	52 (33-69)	98 (87-100)	94	74	0.53 (0.34-0.71)
9	21	43	68 (49-83)	98 (87-100)	96	81	0.68 (0.52-0.85)
8	23	42	74 (55-88)	96 (83-99)	92	84	0.72 (0.56-0.88)
7*	26	39	84 (66-94)	87 (75-96)	84	89	0.73 (0.57-0.88)

Valores de sensibilidad (Sens). Especificidad (Esp). Valor predictivo positivo (VPP). Valor predictivo negativo (VPN). Coeficiente Kappa para la subescala de depresión del HAD.

* Indica el punto de corte con mayor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

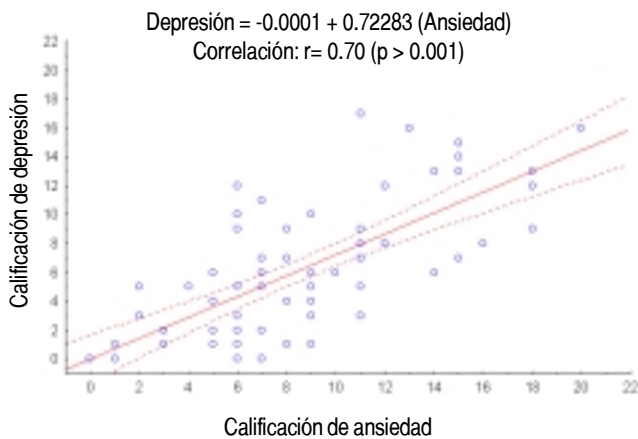


Figura 2. Correlación entre las calificaciones de ansiedad y depresión del HAD.

Cuadro 4. Coeficientes de validez interna y reproducibilidad para las escalas de ansiedad y depresión.

	Ansiedad	Depresión
Coefficiente α de Cronbach prueba 1	0.849	0.708
Coefficiente α de Cronbach prueba 2	0.898	0.728
Correlación entre prueba 1 y 2	0.958	0.918
Reproducibilidad de Guttman	0.974	0.957
Coefficiente de correlación intraclass	0.939	0.921

Todos los coeficientes mostraron $p < 0.001$.

En la fase de prueba-reprueba, la edad promedio de los 25 sujetos (cinco hombres y 20 mujeres) fue de 39.2 ± 14.5 años y el IMC fue de 45.3 ± 14.6 . La diferencia promedio en la subescala de ansiedad entre las dos pruebas fue de 0.88 ± 1.9 ($p = 0.029$), en cambio para depresión fue de 0.04 ± 1.7 ($p = 0.91$). El poder *post hoc* para una diferencia mayor de 2.0 fue de 99%, por lo que se tiene la certeza que la diferencia entre las repeticiones realizadas por el mismo sujeto es menor de un punto. El coeficiente α de Cronbach para todo el cuestionario en la primera prueba fue de 0.84, para la segunda de 0.86. La correlación lineal entre las dos fue de 0.95. Los resultados de los coeficientes para depresión y ansiedad se encuentran en la cuadro 4.

DISCUSIÓN

El HAD se presenta como un instrumento de autovaloración que ha mostrado razonable reproducibilidad y exactitud diagnóstica. Puede ser utilizado para la investigación médica de ansiedad y depresión clínicamente significativa en pacientes obesos que asisten a un hospital de medicina general.

A pesar de que fue necesario modificar todas las preguntas para adaptarlas a nuestro medio, así como las denominaciones de respuesta, se mantuvo la misma escala de medición.

El HAD es altamente reproducible en sujetos con obesidad, además se obtuvieron coeficientes de validez interna muy altos.

Algunos investigadores han sugerido que el HAD es un instrumento que puede medir en forma global el estrés psicológico,²⁰ incluso que es una escala homogénea²¹ y que no puede diferenciar entre estados depresivos o ansiosos.²² Otros sugieren que el HAD es una medición unidimensional del estrés emocional²³ con utilidad para la detección de depresión, pero que puede tener un papel limitado como instrumento de escrutinio de la ansiedad.²⁴ Otros han sugerido que se trata de una escala que consta de más de dos factores.²⁵ Por esto, se ha recomendado que es necesario tener precaución en cuanto al uso del HAD como un instrumento diagnóstico, señalando que puede ser utilizado simplemente como un indicador clínico de la posibilidad de la existencia de depresión y ansiedad.²⁶

Se observó correlación importante entre las calificaciones de ansiedad y las de depresión, lo que está acorde con lo informado por otros autores, más aún, la concordancia entre ambos diagnósticos fue sustancial.

Depresión y ansiedad, si bien separadas como trastornos bien diferenciados, poseen interrelaciones a diferentes niveles. La ansiedad puede ser parte de la sintomatología de la depresión mayor, de hecho está considerada en diferentes escalas, como la de Hamilton para depresión.²⁷ Por otro lado, en el caso de diferentes trastornos por ansiedad (V.g. Ansiedad generalizada, ataques de pánico o fobias) existe asociación importante con depresión mayor, que puede llegar hasta 70 a 80% de los casos. Finalmente, en la actualidad las estrategias terapéuticas de manejo de los problemas de ansiedad se basan en el empleo de anti-depresivos del tipo de los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina o inhibidores selectivos de la recaptura de norepinefrina y serotonina.²⁸ Lo anterior sugiere que ambas entidades, depresión y ansiedad, comparten sustratos bioquímicos similares.²⁹

Entre las investigaciones futuras de este instrumento deberá considerarse si la administración repetida en las consecuentes visitas aporta la información necesaria del progreso de los pacientes con cualquier otra enfermedad.

Concluimos que el HAD es un cuestionario reproducible, con sustancial concordancia con el diagnóstico clínico. El HAD puede ser utilizado en nuestro

medio, especialmente para la investigación en efectos farmacológicos o estudios epidemiológicos.

REFERENCIAS

1. Snaith P. What do depression rating scales measure? *Br J Psychiatry* 1993; 163: 293-8.
2. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361-70.
3. Bramley PN, Easton AME, Morley S, et al. The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatrica Scand* 1988; 77: 136-9.
4. Ayland PR, Gooding JH, McKenna PJ, et al. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychos Res* 1987; 31: 261-8.
5. Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *J Psychos Res* 2000; 48(6): 579-84.
6. Barczak P, Kane N, Andrews S, Congdon AM, Clay JC, Betts T. Patterns of psychiatric morbidity in a genitourinary clinic. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 698-700.
7. Moorey S, Greer S, Watson M, Gorman C, Rowden L, Tunmore R, Robertson B, Bliss J. The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 255-9.
8. Dagnan D, Chadwick P, Trower P. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale with a population of members of a depression self-help group. *Br J Med Psych* 2000; 73: 129-37.
9. White D, Leach C, Sims R, Atkinson M, Cottrell D. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 452-4.
10. Tejero A, Guimerá E, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 1986; 12: 233-8.
11. Bramley PN, Easton AM, Morley S, Snaith RP. The differentiation of anxiety and depression by rating scales. *Acta Psychiatrica Scand* 1987; 883: 1-6.
12. García R. Frecuencia de depresión y ansiedad en el paciente farmacodependiente. Tesis de Maestría. Fac. Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM, 1989.
13. Whaley JA. Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados (Escala HAD como una herramienta diagnóstica). Tesis de Maestría. Fac. Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM, 1992.
14. Rojas GC. Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales (HAD). Tesis de Maestría. Fac. Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM, 1991.
15. Mejía JA. Diagnóstico de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en un programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Tesis de Maestría. Fac. Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM, 1988.
16. Esquinca JL. Frecuencia de depresión y ansiedad en el embarazo de alto riesgo en embarazo normal. Tesis de Maestría, Fac. Medicina, Depto. Psiquiatría, UNAM, 1989.
17. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed.). Washington: American Psychiatric Association.
18. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1999; 22(suppl 1): S5-S19.
19. Landis RJ, Koch GG. The measurement of observed agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
20. Lewis GH, Wessely SC. Comparison of the general health questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1990; 187: 860-4.
21. Andersson E. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Homogeneity of the subscales. *Soc Behav Pers* 1993; 21(2): 197-204.
22. Malasi TH, Mirza IA, El-Islam MF. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Arab patients. *Acta Psychiatrica Scand* 1991; 84: 323-6.
23. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 79-83.
24. Nayani S. The evaluation of psychiatric illness in Asian patients by the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 545-7.
25. Dunbar M, Ford G, Hunt K, Der G. A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale: comparing empirically and theoretically derived structures. *Br J Clin Psych* 2000; 39: (pt 1): 79-94.
26. Silverstone PH. Poor efficacy of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the diagnosis of major depressive disorder in both medical and psychiatric patients. *J Psychos Res* 1994; 38: 441-50.
27. Kessler RC, Soukup I, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, Esenberg DM. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 289-94.
28. Slazman C, Goldenberg I, Bruce SE, Sèller MB. Pharmacologic treatment of anxiety disorders in 1989 versus 1996: Results from the Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program. *J Clin Psychiat* 2001; 62: 149-52.
29. Blier P, de Montigny C. Possible serotonergic mechanism underlying the antidepressant and anti-obsessive-compulsive disorder responses. *Biol Psychiat* 1998; 44: 313-23.

Reimpresos:

M. C. Juan Carlos López Alvarenga
Clínica de Obesidad del
Departamento de Endocrinología y Metabolismo.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán.
Vasco de Quiroga No. 15,
Col. Sección XVI. Tlalpan
14000, México, D.F.

Recibido el de 01 junio de 2001.

Aceptado el de 30 mayo de 2002.

Escala H.A.D. (2000)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Fecha _____ No. Registro _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional **en la última semana**.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):

☐ Todo el día ☐ Casi todo el día ☐ De vez en cuando ☐ Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

☐ Sí y muy intenso ☐ Sí, pero no muy intenso ☐ Sí, pero no me preocupa ☐ No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

☐ Todo el día ☐ Casi todo el día ☐ De vez en cuando ☐ Nunca

6. Me siento alegre:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe:

☐ Todo el día ☐ Casi todo el día ☐ De vez en cuando ☐ Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

☐ Casi siempre ☐ Frecuentemente ☐ Rara vez ☐ No en absoluto