

¿EVALUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DE ESCALAS?

ASSESSMENT OF PSYCHOPATHOLOGY THROUGH THE TESTS?

Pedro T. Sánchez*, Gema Peiró** y Cristina Corbellas*

* Unidad de Psicología Clínica del Hospital General Universitario de Valencia.

** Dep. Psicología Clínica, Universidad Jaume I.

Resumen

Introducción: parece existir una tendencia en la psicología de la salud sobrevalorando la utilización de instrumentos psicométricos e infravalorando la psicopatología.

Objetivo: estudiar las discrepancias y diferencias que aparecen al evaluar la psicopatología a través de criterios diagnósticos o a través de test específicos de ansiedad y depresión.

Materiales y método: la muestra consta de 100 primeras entrevistas ambulatorias consecutivas de pacientes remitidos por distintos Servicios del Hospital a nuestra Unidad para su evaluación y tratamiento. A cada paciente se le realizó una entrevista clínica y se le pasaron las Escalas HADS, MADRS Y BSA para comparar la evaluación psicométrica.

Resultados: comparamos los resultados de aplicar los criterios clínicos CIE-10 y las escalas. Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas, constatamos claras discrepancias. En nuestro estudio, la escala BSA presenta mayor sensibilidad y especificidad que el HADS-A para Trastorno de Ansiedad Generalizada. Y la MADRS es menos sensible pero más específica que el HADS-D.

Discusión: la utilización no complementaria de criterios o instrumentos pueden generar una enorme confusión reflejada en la literatura. Diferenciar entre estadística y diagnóstico, definir los conceptos que utilizamos, sopesar el lenguaje y la argumentación que plasmamos en los artículos, puede ayudarnos a mejorar las clasificaciones al uso, a clarificar las observaciones discrepantes o contradictorias con ellas, y a conseguir un uso racional de las escalas.

Abstract

Introduction: it seems to be a trend in health psychology, overestimating the use of psychometric instruments and underestimating psychopathology.

Objective: To study the discrepancies and differences that appears to assess the psychopathology through diagnostic criteria or through specific tests of anxiety and depression.

Materials and Method: The sample contains 100 first consecutive outpatient interviews referred by various hospital services to our Unit for their evaluation and treatment. Each patient underwent a clinical interview and we passed to them the Scales HADS, MADRS and BSA to compare the psychometric assessment.

Results: We compare the results of application the ICD-10 clinical criteria with the scales. Although we found no statistically significant differences, we found a clear discrepancy. In our study, the BSA scale has more sensitivity and specificity than HADS-A for Generalized Anxiety Disorder. The MADRS is less sensitive but more specific than the HADS-D.

Discussion: the use not complementary of criteria or instruments can create a huge confusion reflected in the literature. Differentiate between statistical and diagnostic, define the concepts that we use, weigh up the language and the arguments that we use in articles, all of this can help us to improve the classifications, to clarify the different or conflictive observations with them, as a rational use of the scales.

Correspondencia:

Pedro T. Sánchez.
Unidad de Psicología Clínica.
Hospital General Universitario
Av. Tres Cruces sn. 46014 Valencia
E-mail: sanchez_pedher@gva.es

Palabras clave: Psicopatología, criterios clínicos, escalas, ansiedad, depresión, distrés.

Key words: Psychopathology, clinical criteria, scales, anxiety, depression, distress.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a un aumento considerable del número de personas que padecen enfermedades "graves". Dos de los factores que contribuyen claramente a estos datos son el envejecimiento poblacional que conlleva tanto el incremento de enfermedades ligadas a la edad como el aumento en la posibilidad de desarrollar otras, incluido el cáncer. Y un claro aumento del tiempo medio de supervivencia, relacionado por una parte con los avances tecnológicos que permiten la anticipación del diagnóstico y por otra parte en el desarrollo de estrategias terapéuticas cada vez más eficaces. En este contexto, los psicólogos que trabajan en el ámbito hospitalario tienen la necesidad de establecer y revisar continuamente sus modelos de actuación, buscando la mejor adaptación posible, a un mundo y a una realidad en continua transformación.

Paralelamente al aumento de estas enfermedades se asiste a un incremento de las demandas de atención psicológica tanto por parte de los médicos como de los propios pacientes y/o sus familiares. Si las enfermedades suelen conllevar sentimientos negativos, estas enfermedades "graves" son capaces de cuestionarnos el pasado, el presente y el futuro⁽¹⁾. Iniciando unas respuestas pesimistas, generadoras de soledad cuando no de sentimientos de culpa, de una angustia "de muerte" que a veces conducen a experimentar la propia vida como un fracaso.

En correspondencia a este aumento de la demanda se van incrementando lentamente el número de psicólogos especialmente en el ámbito de la Psico-

oncología (aunque en una proporción claramente insuficiente) y el número de publicaciones. Entendemos que el objetivo fundamental de la publicación de los resultados de nuestro trabajo es ante todo comunicar, es decir, poner en común o compartir una información. Para conseguirlo, tendremos que buscar tanto un consenso en la terminología como en la metodología que utilizamos.

Hace ya algunos años la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN)⁽²⁾ desarrolló el concepto de "Distrés", para enfatizar que se trataba de una respuesta "normal" al cáncer, evitando el estigma ligado a los problemas mentales (locura), pero asumiendo que este concepto abarca un continuo desde los sentimientos normales hasta la depresión, ansiedad, pánico...⁽³⁾. Como el concepto de "Distrés" no es criterial, presenta una ambigüedad en su utilización, así es habitual encontrar en la literatura su medición a través de escalas metodológicamente validadas pero sin ninguna referencia al criterio utilizado.

Este planteamiento parece estar extendiéndose a conceptos como "depresión" o "ansiedad", de los que se habla a través de escalas sin definir si se trata de un síntoma o de un síndrome. Las clasificaciones psicopatológicas al uso (CIE-10, DSM-IV) presentan como hemos defendido desde hace mucho tiempo, notables insuficiencias y dificultades, pero mientras no desarrollemos alternativas mejores nos ofrecen una posibilidad de buena comunicación entre los profesionales sobre la sintomatología presente en el paciente.

Para clarificar esta "discrepancia" esta la calificación y la cualificación de

los cuadros sintomatológicos, decidimos diseñar el presente estudio en un contexto de consulta externa hospitalaria. Optamos por evaluar clínicamente dos Trastornos específicos: el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Episodio Depresivo, y utilizar tres escalas: la que en la actualidad es probablemente la más popular en el contexto hospitalario ambulatorio *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS), y dos escalas clínicas específicas de uso habitual en contextos de salud mental, la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) y la *Brief Anxiety Scale* (BSA).

La HADS^(4,5) fue diseñada específicamente para la detección de trastornos depresivos y ansiosos en contextos hospitalarios, eliminando la posible contaminación de la sintomatología física. Se trata de una escala Likert de 4 puntos (rango 0 – 3) que consta de 14 ítems, con dos subescalas de 7 ítems cada una. A nivel psicométrico se ha destacado sobre todo su fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, pero su validez predictiva veremos que es discutida.

La MADRS^(6,7) es una escala heteroaplicada que consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4 y 6). A nivel psicométrico se ha destacado su sensibilidad al cambio, la fiabilidad inter-investigadores y su elevada correlación con otros instrumentos similares como las escalas de Depresión de Beck (BDI) y de Hamilton (HDRS). Por último la BSA^(8,9) es también una escala heteroaplicada que consta de 10 ítems que evalúa la ansiedad patológica y su gravedad. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuacio-

nes pares (0, 2, 4 y 6). A nivel psicométrico se ha destacado su sensibilidad al cambio y su elevada correlación con la Escala de Ansiedad de Hamilton. En los tres casos utilizamos la versión española publicada en el “Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica”⁽¹⁰⁾.

MATERIALES Y MÉTODO:

Muestra

Se estudió una muestra de 100 pacientes (primeras entrevistas consecutivas) remitidos por los distintos Servicios del Hospital a nuestra Unidad para su valoración clínica o tratamiento ambulatorio. La distribución de la muestra por sexos fue de 37 varones y 67 mujeres. La edad media fue de 54,6 años (IC95% 52,8 – 56,4). La distribución de la edad por sexos no presentaba diferencias significativas entre ambos grupos. Por Servicios la distribución de las derivaciones fue de 69 pacientes de Oncología, 17 de Neurología, 5 de Medicina Interna, 4 de Rehabilitación, 4 de Patología Digestiva, y 1 de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Diseño y Procedimiento:

A cada paciente se le realizó una entrevista clínica semiestructurada basada en la psicopatología relatada por el paciente y en la observada por el psicólogo, extractada de la versión castellana de la *Comprehensive Psychopathological Rating Scale*⁽¹¹⁾, tras la entrevista se les aplicó las Escalas HADS, MADRS y BSA, y se valoró el cumplimiento o no, de los criterios clínicos de la CIE-10 para Trastorno de Ansiedad Generalizada F 41.1 y para Episodio Depresivo F32.0.

Se procedió a realizar un análisis estadístico utilizando como referencia o

“gold standard” precisamente el cumplimiento de los criterios clínicos de la CIE-10. Después se procedió a determinar los puntos de corte óptimos para HADS-A y HADS-D, BSA y MADRS comparados con los datos binarios derivados de criterios clínicos. Determinándose así la Sensibilidad, Especificidad, Valor Predictivo Positivo y Negativo.

Una vez determinados estos puntos de corte óptimos se han puesto en forma binaria las 4 variables mencionadas (HADS-A, HADS-D, BSA, MADRS), en función de la clasificación clínica obtenida por el cumplimiento de los criterios clínicos (SI, para TAG o ED) o el no cumplimiento de los criterios clínicos (NO, para TAG o ED).

Estas variables binarias se han comparado de la siguiente forma: HADS-A frente a BSA, HADS-D frente a MADRS, HADS-A frente a CRIT-A, HADS-D frente a CRIT-D, BSA frente a CRIT-A, MADRS frente a CRIT-D. El análisis estadístico diseñado incluía el Chi cuadrado, R de Pearson, Tau b de Kendall y un contraste de hipótesis referente a la diferencia de proporciones de dos muestras de distribución binomial (Criterio clínico/HADS-A/BSA; Criterio clínico/HADS-D/MADRS). Paquete estadístico utilizado Statgraphics Plus 5.1.

RESULTADOS

Siete pacientes cumplían exclusivamente los criterios de ED CIE-10 F32.0, 19 pacientes cumplían ambos criterios (ED CIE-10 F32.0 y TAG CIE-10 F41.1), y 23 pacientes cumplían exclusivamente los criterios de TAG CIE-10 F41.1. Por tanto, 49 pacientes cumplían alguno de los criterios o ambos mientras que 51 pacientes no cumplían ninguno de los dos criterios.

Según la HADS, utilizando un punto de corte de 7 obtuvimos: 6 pacientes

probables casos de Depresión. 20 pacientes probables casos de Ansiedad y 60 pacientes probables casos conjuntos de Ansiedad y Depresión, por tanto, 86 pacientes serían casos probables mientras que 14 pacientes no serían casos. Utilizando un punto de corte de 10 obtenemos: 10 pacientes probables casos de Depresión. 19 pacientes probables casos de Ansiedad y 35 pacientes probables casos conjuntos de Ansiedad y Depresión, por tanto, 64 pacientes serían casos probables mientras que 36 pacientes no serían casos.

Según la MADRS, utilizando un punto de corte de 15 obtuvimos: 65 pacientes probables casos de Depresión y por tanto 35 pacientes no serían casos. Utilizando un punto de corte de 25 obtuvimos: 29 casos probables y 71 no casos.

Según la BSA, utilizando un punto de corte de 15 obtuvimos: 53 pacientes probables casos de Ansiedad y por tanto 47 pacientes no serían casos.

El punto de corte óptimo, la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN encontrado para cada una de las cuatro pruebas puede verse en la Tabla 1.

En la comparación para el Trastorno de Ansiedad Generalizada tal y como viene definido en los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, la BSA con punto corte 15 se muestra claramente más sensible que la subescala de Ansiedad de la HADS con punto de corte 10 (85,71% frente a 61,9%) y ligeramente más específica (70,69% frente 68,97%).

En la comparación para el Episodio Depresivo tal y como viene definido en los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10, la MADRS con punto de corte 25 se muestra menos sensible que la subescala de Depresión de la HADS con punto de corte 10 (70,37% frente a 81,48%) pero más específica (86,30% frente 73,97%).

Tabla 1. **Cálculo de Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN de las Escalas**

El punto de corte óptimo para BSA es de 15

SENSIBILIDAD: 85,71%
ESPECIFICIDAD: 70,69%
VPP: 67,92
VPN: 87,23

El punto de corte óptimo para MADRS es de 25

SENSIBILIDAD: 70,37%
ESPECIFICIDAD: 86,30%
VPP: 65,52
VPN: 88,73

El punto de corte óptimo para HAD-A es de 10

SENSIBILIDAD: 61,90%
ESPECIFICIDAD: 68,97%
VPP: 59,09
VPN: 71,43

El punto de corte óptimo para HAD-D es de 10

SENSIBILIDAD: 81,48%
ESPECIFICIDAD: 73,97%
VPP: 53,66
VPN: 91,53

Por otra parte, en ninguno de los 6 pares de pruebas estudiados se han encontrado diferencias significativas en un nivel de significación 0,95. Es decir que no podemos rechazar la hipótesis de que las subescalas HADS-A y HADS-D den como resultado el mismo porcentaje de pacientes con patología que las escalas BSA y MADRS respectivamente. Del mismo modo tampoco podemos descartar la hipótesis de que las 4 escalas produzcan el mismo porcentaje de pacientes con patología que los criterios

clínicos que han servido como referencia al este estudio.

Dado que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas a nivel 0,95 en cuanto a la clasificación de los pacientes como patológicos y no patológicos conviene hacer unas consideraciones en cuanto a la sensibilidad y la especificidad de las Escalas. El BSA presenta una mayor sensibilidad y especificidad que el HADS-A, por tanto es una mejor herramienta de clasificación de pacientes, tomando como referencia

los criterios clínicos CIE10 para Trastorno de Ansiedad Generalizada. Además el coeficiente de correlación obtenido entre ambas pruebas es tan bajo $R=0,4517$ que no posibilita la realización de un análisis de regresión.

El MADRS es menos sensible que el HADS-D (-11,11%) pero en la misma proporción es más específico (+12,33%), por tanto como método de screening el HADS-D puede ser considerado como mejor en el estudio del Episodio Depresivo criterios CIE10 ya que proporcionaría menos falsos negativos, a cambio clasificaría como patológicos pacientes que realmente no lo son. Por tanto la aplicación del HADS-D requeriría la utilización posterior de pruebas para clasificar correctamente esos falsos positivos mejorando el diagnóstico.

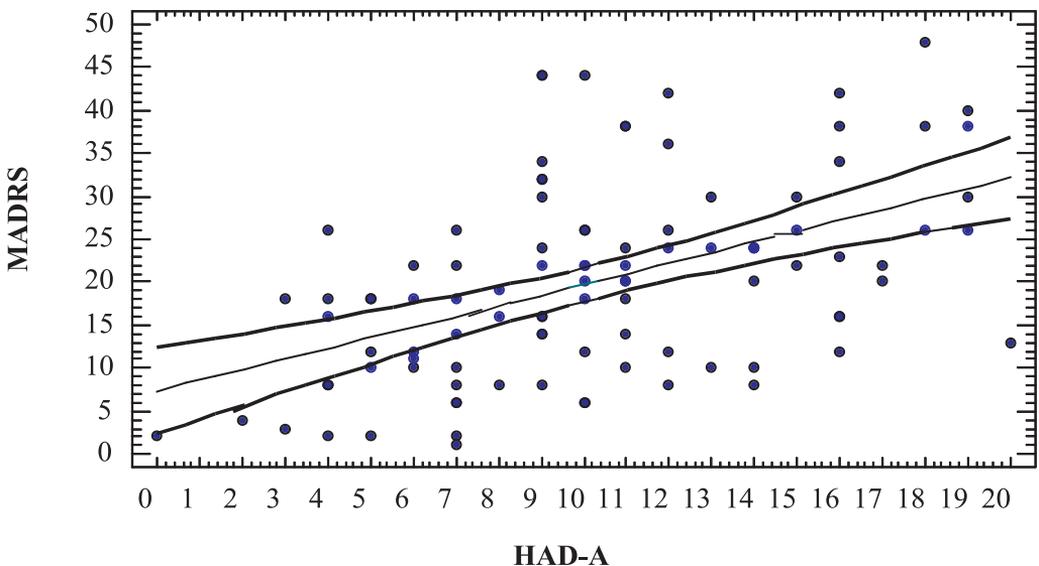
Finalmente hemos realizado un análisis de regresión simple con las puntuaciones obtenidas en el HADS-D y el MADRS, obteniéndose una corre-

lación lineal bastante buena $R=0,7631$ recta de regresión: $MADRS = 7,33296 + 1,23785 * HAD_D$. (ver figura 1)

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue estudiar la discrepancia entre la evaluación sintomatológica/sindrómica y la evaluación por escalas, y los datos presentados sugieren que claramente la hay. Posiblemente tanta como sobre el porcentaje de pacientes en tratamiento oncológico que presentan psicopatología (que según la literatura que se consulte puede fluctuar entre un 6 y un 56%) en función del criterio/instrumento que utilizemos. Creemos que es importante plantearnos en qué medida las escalas nos son realmente útiles para la evaluación y la comunicación a otros psicólogos de los casos que más frecuentemente tratamos en la práctica ambulatoria hospitalaria, especialmente en el área psicooncológica.

Figura 1. Gráfico del modelo ajustado



Desde la perspectiva médica se plantea que la asistencia al paciente con cáncer requiere de un cambio de modelo que aborde la enfermedad desde un planteamiento integral y de integración de los diferentes niveles asistenciales y de los diferentes servicios que confluyen en su tratamiento. Más allá de la mera coordinación, el modelo de cuidados continuos⁽¹²⁾ pretende dar una coherencia y unificar los criterios del tratamiento desde el mismo momento del diagnóstico hasta el final del mismo, ya sea este por curación o por fallecimiento.

Desde la psicológica esta reflexión aunque diferente en su forma debe seguir un camino claramente complementario. El incremento de la edad de los pacientes y de su supervivencia está generando, que para muchos de los pacientes y/o familiares que atendemos no seamos ya el primer psicólogo al que acuden, y una parte de nuestras esperanzas se centran en que no seamos el último que pueda tratarles.

Es importante plantearse desde la perspectiva del cuidado del paciente el sentido que adquiere calificar su sufrimiento. No nos referimos a ponerle una etiqueta o estigmatizarlo, hablamos de cómo le acogemos, le acompañamos y aliviamos su sufrimiento sin realizar una intervención planificada⁽¹³⁾. Las escalas nos orientan sobre la intensidad percibida pero no nos clarifican necesariamente los signos o síntomas que presentan ni nos orienta al tratamiento.

En este sentido, la *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) se ha convertido en una de las pruebas más utilizadas en contextos de psicología de la salud como screening para valorar los estados de distrés, ansiedad y depresión. Según sus valedores la escala es fácil de administrar, bien aceptada por los pacientes y soslaya aquellos síntomas somáticos

que se presentan en las enfermedades. Se ha traducido y validado en numerosos idiomas incluyendo el Griego⁽¹⁴⁾, el Japonés o el Chino, y por supuesto en nuestro idioma con varias versiones. Sin embargo a pesar de las apariencias esta prueba no cuenta con un respaldo unánime, es cierto que podemos encontrar numerosos estudios que la avalan y otros tantos que la cuestionan⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Algunos estudios sugieren que la HADS tiene una buena validez concurrente y discriminativa⁽¹⁸⁾, una sensibilidad y una especificidad aceptables⁽¹⁹⁾. Pero por el contrario otros trabajos encuentran que la HADS presenta niveles inaceptablemente bajos de sensibilidad, especificidad y predicción positiva⁽²⁰⁾, cuestionando su utilidad como escala diagnóstica.

Lo más importante es que la HADS se utiliza indistintamente en el estudio de tres contextos fundamentalmente: en el distrés, en la ansiedad y en la depresión.

Distrés: parafraseando a Hans Selye dentro de su teoría del estrés, lo define "*como la connotación negativa de la tensión, por su duración o por su intensidad, ya fuera en el plano físico o en el psicológico*". A pesar de que la definición puede parecer clara, cuando intentamos hacerla operativa en términos de medición aparecen muchas dificultades.

En el contexto propiamente oncológico⁽²¹⁾ se propone la definición del distrés como una experiencia emocional displacentera (psicológica, social, y/o espiritual), que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento y se sugiere para medirlo un termómetro de distrés que puntuaría de 0 a 10 correspondiendo el cero a ausencia de distrés, el cinco a un distrés moderado y el 10 a un distrés extremo. En otros estudios se comparan⁽²²⁾ la escala HADS y la EVA (Escala visual analógica)

concluyendo que la escala EVA de ansiedad y depresión en consulta externa es un instrumento rápido y sencillo de *screening* del distrés. Otros⁽²³⁾ utilizan el inventario de ansiedad estado-rasgo STAI y el inventario de depresión de Beck (BDI). Los investigadores del HADS tampoco se ponen de acuerdo respecto a si para medir el distrés se deben tomar las puntuaciones de ambas escalas (Ansiedad y Depresión) o solamente la puntuación global⁽²⁴⁾.

El concepto de distrés es en la actualidad tan ambiguo que cualquier parámetro parece poder medirlo. Pero aún más importante es que cualquier paciente puede acudir a un buscador de internet y encontrar en una página de "Psicología" que su distrés presenta los siguientes síntomas: Palpitaciones, Sensación de ahogo, Hiperventilación, Sequedad de la boca, Apnea, Náuseas, Malestares digestivos, Diarrea, Estreñimiento, Tensión y/o dolor muscular, Calambres, Inquietud, hiperactividad, Temblor en las manos, Fatiga, Mareos, Dificultades en el sueño, Dolores de cabeza, Sudoración, Sofocos, Manos y pies fríos, Aumento o disminución del apetito, Mayor ingestión de sustancias (alcohol, tabaco), Disminución del deseo sexual, Angustia, Preocupación, Desesperanza, Introversión, Depresión, Impaciencia, Irritación, Hostilidad, Agresividad, Frustración, Aburrimiento, Inseguridad, Sentimiento de Culpa, Desinterés por la apariencia, Desinterés por la salud, Desinterés por el sexo, Incapacidad de finalizar una tarea antes de comenzar otra, Dificultad para pensar con claridad, concentrarse y/o tomar decisiones, Fallos en la memoria, olvidos, Falta de creatividad, Disminución de la atención, Inflexibilidad, Hipercrítica, Comportamiento irracional, Pérdida de eficacia de productividad.

Con respecto a la ansiedad, en nuestro estudio, los datos nos indican que

la escala BSA se muestra más sensible y más específica que el HADS-A la cual no sería recomendable como prueba de *screening*. Aunque se pueden encontrar numerosas diferencias en el punto de corte, sensibilidad y especificidad⁽²⁵⁻²⁸⁾. En la misma línea de estos resultados otros trabajos sugieren que su utilidad es la detección de la depresión^(29,30). Algunos autores⁽³¹⁾ sugieren que la escala HADS no puede diferenciar entre estados depresivos y ansiosos, y por tanto que la puntuación HADS total predice mejor la depresión⁽³²⁾.

Siguiendo con nuestros datos y en relación a la depresión sindrómica, comparada la escala HAD-D y la escala MADRS esta aparece menos sensible pero más específica. Esto nos indicaría que el HAD-D sería adecuado como *screening* inicial de detección pero no como prueba diagnóstica. Ello es debido a que incluye a todos los que tienen alguna experiencia subjetiva de pérdida de interés en lo que le rodea o en las actividades que normalmente le gusta (Anhedonia). A través de las puntuaciones del HAD-D, aparecen un alto porcentaje de personas con "depresión", que cuando son valoradas siguiendo los criterios clínicos específicos de la CIE-10 o del DSM-IV no lo son, esto es, incluye muchos falsos negativos⁽³³⁾.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Por todo esto es necesario tener claro^(34,35):

1. Las escalas son instrumentos complementarios de orientación del cuadro o de la intensidad del cuadro.
2. La definición, a día de hoy, de Síndrome Depresivo o Ansioso sólo puede ser criterial.

3. Nos queda mucho por mejorar en las clasificaciones al uso, incluyendo nuevas figuras sindrómicas y replanteándose otras^(36,37).
4. La figura del distrés nos parece superada por la realidad el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España se incrementó 56% entre 1995 y 2002⁽³⁸⁾ y el de antidepresivos se triplicó entre 1994 y 2003. Hoy en nuestra experiencia, es difícil encontrar pacientes oncológicos a los que no se los hayan prescrito.
5. La Psicooncología y la Psicología Clínica de la Salud tienen que encontrar su propio marco (diferente pero no divergente) del de la Psicología Clínica tradicional (léase Salud Mental).

Nuestro trabajo, creemos, es intentar comprender y aliviar el sufrimiento, sin olvidarnos de que frente al sufrimiento provocado por un destino que desgarrar, que nos pide respuestas que no tenemos, siempre fracasarán nuestras razones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez PT. Habilidades en paliación: comunicación e información. Cómo dar malas noticias. En Camps C, editor. Cuidados continuos en Oncología. Madrid: You & Us. 2005; p 123-36.
2. Holland JC. NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13: 113-47.
3. Almanza-Muñoz J, Holland J. Espiritualidad y detección del distress en Psicooncología. *Oncol Clín*, 1999; 4: 246-50.
4. Zimong AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361-70.
5. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-83.
6. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-9.
7. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 493-9.
8. Tyrer P, Owen RT, Cicchetti DV. The brief scale for anxiety: a subdivision of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1984; 47: 970-5.
9. Sánchez PT, De Lamo M, D'Ambra M, Peiró G, Corbellas C, Gavila J, et al. Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Validez de la Brief Scale Anxiety de Tyrer según los criterios clínicos CIE-10. En: II Congreso SEOM de Cuidados Continuos en Oncología Médica. Libro Comunicaciones. Sevilla: SEOM; 2006. p. 16-17.
10. Bobes J, García-Portilla MP, Basarán MT, Saiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. [CD-ROM]. 2ª Edición. Barcelona. Ars Medica, 2002.
11. Asberg M, Montgomery SA, Perris C, Schalling D, Sedvall G. A Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* (1978); 271: 5-27.
12. Camps Herrero C, Martínez Banaclocha N. Una nueva concepción de los cuidados paliativos en oncología: los cuidados continuos y la integración de niveles. *Rev Oncol* 2002; 4: 476-84.
13. Sánchez PT, Iranzo JM, Camps C. Apoyo Psicológico y Psicooncología. *Aten Primaria* 2002; 30: 593.
14. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek

- cancer patients: psychometric analyses and applicability. *Support care cancer* 2004; 12: 821-5.
15. Hermann, C. Internacional experiences with the HADS – a review of validation data and clinical results. *J Psicossom Res* 1997. 42: 17-41.
 16. Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM, Tomlinson G. Screening for depression in head and neck cancer. *Psychooncology* 2004, 13: 269-80.
 17. Clarke DM, Smith GC, Herman HE. A comparative study of screening instruments for mental disorders in general hospital patients. *Int J Psychiatry Med* 1993; 23: 323-37.
 18. Flint AJ, Rifat SL. Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale a measure of severity of geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996; 11: 991-4.
 19. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000; 88: 2817-23.
 20. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 990-6.
 21. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas de futuro. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 2000; 46: 196-206.
 22. Martínez M, Porta J, Espinosa JA, Gómez-Batiste X. Evaluación sencilla y rápida del estrés emocional en una consulta externa de Cuidados Paliativos. *Med Paliat* 2006; 13: 144-8.
 23. Flores T. Impacto emocional y cambios inmunológicos en la notificación diagnóstica de seropositividad. *An Psicol* 1994; 10: 135-43.
 24. Lewis GH, Wessely SC. Comparison of the general health questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* 1990; 187: 860-864.
 25. Love AW, Kissane DW, Bloch S, Clarke DM. Diagnostic efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in women with early stage breast cancer. *Aust NZ J Psychiatry* 2002; 36: 246-50.
 26. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* 2005; 5: 46.
 27. Strik J, Honig A, Lousberg R, Denollet J. Sensitivity and Specificity of Observer and Self-Report Questionnaires in Major and Minor Depression Following Myocardial Infarction. *Psychosomatics* 2001; 42:423-8.
 28. Berard RM, Boermeester F, Vioen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. *Psychooncology* 1998; 7: 112-20.
 29. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 79-83.
 30. Andrews B, Hejdenberg J, Wilding J. Student anxiety and depression: Comparison of questionnaire and interview assessments. *J Affect Disord* 2006; 95: 29-34.
 31. 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.
 32. Chaturvedi SK, Shenoy A, Prasad KM. Concerns, coping and quality of life in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4: 186-90.
 33. Mallon L, Hetta J. Detección de la depresión mediante cuestionarios: comparación de una sola pregunta con los datos de la entrevista en una muestra de adultos de edad avanzada. *Eur J Psychiat. (ed. Esp.)* 2002; 16: 139-148.

34. 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 Psychosom Res* 1994; 38: 411-50.
35. Rodríguez B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla, C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiat* 2002; 16: 27-38.
36. Sánchez PT, Corbellas C, Camps C. Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. En Camps C, Sánchez PT, editores, *Duelo en Oncología*. Madrid: SEOM. 2007.
37. Tasman A. Lost in the DSM-IV Checklist: Empathy, meaning, and the doctor-patient relationship. *Academic Psychiatry* 2002; 26:38-44.
38. García J, Abajo FJ, Carvajal A, Montero D, Madurga M, García V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002) *Rev Esp Salud Publica* 2004; 78: 379-87.

