

[ARTIGO RETRATADO] Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão:
Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com
Pacientes no Pré-Operatório*

*Hospital Anxiety and Depression Scale: A Study on the Validation
of the Criteria and Reliability on Preoperative Patients*

José Álvaro Marques Marcolino¹, Lígia Andrade da Silva Telles Mathias, TSA², Luiz Piccinini Filho³,
Álvaro Antônio Guaratini, TSA⁴, Fernando Mikio Suzuki⁵, Luís Augusto Cunha Alli⁵

RESUMO

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Ali LAC — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS Alguns estudos têm mostrado que os pacientes experimentam uma forte angústia no período pré-operatório. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é um instrumento para a avaliação da ansiedade e da depressão. O objetivo deste trabalho foi estudar a validade de critério e a confiabilidade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) em pacientes no pré-operatório.

MÉTODO Foram avaliados 79 pacientes, internados no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e 56 acompanhantes como grupo-controle. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, Inventário de Ansiedade e de Depressão de Beck e a HADS.

RESULTADOS A consistência interna da HADS variou de 0,79 a 0,84. Os itens da HADS correlacionaram-se positivamente com a pontuação total das respectivas subescalas. A correlação de Spearman entre a HADS-A e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e HADS-D com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) variou de 0,6 a 0,7. A sensibilidade e a especificidade variaram de 69,2% a 90,3%.

CONCLUSÕES As subescalas da HADS apresentaram índices de consistência interna recomendáveis para instrumentos de triagem. Os itens da HADS correlacionaram-se positivamente com a pontuação total nas subescalas de ansiedade e de depressão. A correlação de moderada para forte entre a HADS-A e a HADS-D pode estar relacionada com a comorbidade entre ansiedade e depressão. Para o clínico que utiliza a HADS, continua útil o raciocínio que ancora ansiedade e depressão como conceitos distintos. A utilização de um instrumento simples, como a HADS poderia revelar casos de transtorno de humor que podem passar despercebidos pela equipe assistencial.

Unitermos: AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA, estado psicológico.

SUMMARY

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Ali LA — Hospital Anxiety and Depression Scale: A Study on the Validation of the Criteria and Reliability on Preoperative Patients.

BACKGROUND AND OBJECTIVES A few studies have shown that patients are frequently under strong distress in the preoperative period. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is an instrument used to evaluate anxiety and depression. The aim of this study was to evaluate the validity of the criteria and reliability of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in preoperative patients.

METHODS Seventy-nine patients admitted to the Surgery Department of Santa Casa de Misericórdia de São Paulo were evaluated, while the control group was composed of 56 companions. The following tools were applied: Demographics data questionnaire, Beck Anxiety and Depression Inventory, and HADS.

RESULTS HADS internal consistency ranged from 0.79 to 0.84. The items of HADS demonstrated a positive correlation with the total score of the relating subscales. Spearman correlation between HADS-A and Beck Anxiety Inventory (BAI), and between HADS-D and Beck Depression Inventory (BDI) ranged from 0.6 to 0.7. The sensitivity and specificity ranged from 69.2% and 90.3%.

CONCLUSIONS The subscales of HADS showed internal consistency indices recommended for screening tools. The items in HADS demonstrated a positive correlation with the total score of the anxiety and depression subscales. The moderate to strong correlation demonstrated for HADS-A and HADS-D may be related to the comorbidity between anxiety and depression. For the physician who uses HADS, the thought that anxiety and depression are separate concepts is still useful. The use of a simple tool, such as HADS, could reveal mood changes that can go unnoticed by the supporting team.

Key Words: PREANESTHETIC EVALUATION; psychological status.

*Resultado do *Abstract Book* Hospital Central de Misericórdia de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (HC-ICMSP) São Paulo, SP

1. Professor Adjunto do Departamento de Fisiologia e Psicologia Médica de FCM-ICMSP

2. Diretora do Serviço e Disciplina de Anestesiologia de ICMSP e Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo. Responsável pelo Centro de Ensino e Treinamento (CET) de ICMSP. Professora Adjunta do Departamento de Cirurgia de FCM-ICMSP

3. Professor Assistente do Departamento de Cirurgia de FCM-ICMSP. Diretor do Serviço de Anestesiologia do Hospital Santa Isabel

4. Mestre em Medicina, Disciplina do Departamento de Cirurgia de FCM-ICMSP

5. Graduado em 3^o ano de FCM-ICMSP

Apresentado no *Abstract Book* em 05 de janeiro de 2008
Aceito para publicação em 17 de novembro de 2008

Endereço para correspondência (Correspondence to):

Dr. José Álvaro Marques Marcolino
Rua Monte Alegre, 428 conjunto 52
05040-000 São Paulo, SP
E-mail: alvaromarc@fcm.usp.br

© Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2007

INTRODUÇÃO

A frequência global de transtornos do humor em pacientes internados em hospital geral varia de 20% a 50%. A variação nessas cifras depende da população estudada (características sociodemográficas, tipo de enfermidade, gravidade, cronicidade) e de definições metodológicas (critérios de inclusão, instrumentos de pesquisa, ponto de corte, definição de "caso" e outros). Apesar de causarem considerável sofrimento e implicações clínicas aos pacientes, os transtornos do humor não são reconhecidos como tais pelos seus médicos em pelo menos um terço dos pacientes acometidos pelos mesmos ¹.

Os pacientes que se submetem a procedimentos cirúrgicos muitas vezes experimentam forte angústia no período pré-operatório ². A extensão dessa angústia nesse período pode ser influenciada pela presença de transtornos psiquiátricos prévios, como depressão, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos menores ³. A incidência de ansiedade no pré-operatório tem sido descrita como variando de 11% a 80% entre pacientes adultos ⁴.

A ansiedade e a depressão no pré-operatório também podem levar a reações que resultam no aumento do consumo de anestésicos durante o período intra-operatório e na demanda por analgésicos no pós-operatório ⁵. Além disso, a ansiedade e a depressão no pré-operatório podem ter importante influência no sistema imunológico, no desenvolvimento de infecções, possibilitando outras alterações de longo prazo ⁶.

A literatura descreve vários instrumentos para a avaliação de ansiedade e de depressão, tais como a Escala de Ansiedade de Hamilton ⁷, o Inventário de Ansiedade IDATE I e II ⁸, os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck ⁹ e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) ¹⁰. A maior parte deles foi criada para ser aplicada pelo entrevistador em pacientes com transtornos psiquiátricos. Os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck são provavelmente as medidas de auto-avaliação de ansiedade e depressão mais amplamente usadas em pesquisa como em clínica. Seus 21 itens formam um questionário desenvolvido para avaliar a presença e a intensidade de sintomas depressivos ⁹.

No início a HADS ¹⁰ foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes ^{11,12}, em pacientes não-internados ^{13,14} e em indivíduos sem doença ^{15,16}. Um ponto importante que distingue a HADS das demais escalas é que para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas. Nessa escala não figuram itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, etc., que poderiam também ser sintomas de doenças físicas. No caso de haver comorbidade os

sintomas psicológicos, mais do que os sintomas somáticos, estabelecem os transtornos do humor de outras doenças clínicas. Em se tratando de estudo com amostra de pacientes internados para um procedimento cirúrgico a presença de sintomas somáticos da ansiedade e da depressão poderia ser confundida com sinais e sintomas consequentes à doença de base ou ao seu tratamento. Além disso, a escala é de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente (caso do presente estudo) ou pelo entrevistador (paciente analfabeto ou com deficiência visual ou motora).

A noção de mensuração é um componente essencial da pesquisa científica. As medições sociais, a mensuração é mais habilmente vista como um processo de articulação de conceitos abstratos a indicadores empíricos. De modo geral, as seguintes propriedades básicas indispensáveis para as medidas empíricas: validade e confiabilidade ¹⁷. A validação da versão em português da HADS já havia sido realizada em pacientes de uma enfermaria de clínica médica ¹⁸, mas ainda não foi usada para avaliar a presença de ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório.

O objetivo do presente estudo foi estudar a validade de critério e a confiabilidade da tradução em português da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes internados em enfermaria cirúrgica.

MÉTODO

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp). Foram incluídos no estudo 80 pacientes internados nas enfermarias de Cirurgia-Geral da ISCMSp, com idade superior a 18 anos, estado físico ASA I e II, a serem submetidos a intervenções cirúrgicas eletivas de pequeno e médio portes. Foram excluídos os pacientes que apresentaram doença oncológica, doença psiquiátrica, deficiências auditivas, visuais e fonativa, além dos que estiveram em uso de substâncias psicoativas. Foram convidados 80 acompanhantes desses pacientes, denominados grupo-controle.

Foi solicitado, sempre pelos mesmos pesquisadores (dois alunos do 3º ano da graduação da Medicina), o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os que concordaram em participar do estudo foi pedido que respondessem aos seguintes instrumentos, na véspera da intervenção cirúrgica, antes da avaliação pré-anestésica:

- Questionário de dados sociodemográficos;
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) ¹⁰ que possui 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (Quadro 1).

Para a avaliação da frequência da ansiedade e da depressão foram obtidas as respostas aos itens da HADS. Foram

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará a seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contrariado:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo</p> <p>1) <input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Só um pouco</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Sim, mas não tão forte</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Deu vontade e me doeu quando viji coisas engraçadas:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Atualmente um pouco menos</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Atualmente bem menos</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Boa parte do tempo</p> <p>1) <input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto abatido:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>0) <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar centrado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Sim, quase sempre</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação de estar meio, como um fio na língua ou um gosto no bico:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1) <input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p>D 10) Tenho pouco interesse em cuidar de minha aparência:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Raramente</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Talvez não tanto quanto antes</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Sim, demais</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Bastante</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Um pouco</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Do mesmo jeito que antes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Bem menos do que antes</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3) <input type="checkbox"/> A quase todo momento</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Várias vezes</p> <p>1) <input type="checkbox"/> De vez em quando</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0) <input type="checkbox"/> Quase sempre</p> <p>1) <input type="checkbox"/> Várias vezes</p> <p>2) <input type="checkbox"/> Poucas vezes</p> <p>3) <input type="checkbox"/> Quase nunca</p>
---	--

estabelecidas as pontas de corte apontadas por Zigmund e Smith¹⁴ recomendadas para ambas as subescalas:

- HAO-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade > 8;
- HAO-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão > 8.

c) Inventário de Depressão de Beck (BDI)¹⁵: consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade de depressão;

d) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁶: composto por 21 itens, cada um com quatro pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada um dos sintomas.

Os Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck foram consideradas como padrão-ouro para a determinação da sensibilidade e da especificidade da HAO^{14,17}. O ponto de corte adotado para a BDI foi 11 e para a BAI foi de 10.

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: ESTUDO DA VALIDADE DE CRITÉRIO E DA CONFIABILIDADE CONTEMPORÂNEA (PRE-OPERATÓRIA)

Antes do início dos procedimentos, foram realizadas sessões de treinamento do uso da escala HACS com os dois alunos de graduação.

Foi realizada a análise descritiva dos resultados. Para o estudo de confiabilidade foi avaliada a medida de consistência interna das respostas dos sujeitos aos itens do instrumento, através do índice alfa de Cronbach e correlação de Spearman entre os itens da HACS. Para o estudo de validade de critério os índices obtidos pelas respostas aos itens da HACS foram comparados com os obtidos na BAI e na BDI, escalas que foram consideradas padrão-ouro, para verificação de sensibilidade e especificidade.

Foi considerada diferença estatística significativa quando $p < 0,05$. Os testes utilizados foram parte do sistema computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows 10[®].

RESULTADOS

A amostra final ficou constituída por 79 pacientes, sendo 43 (54,4%) do sexo feminino e 36 (45,6%) do sexo masculino. Em relação ao grupo controle, a amostra ficou constituída por 36 acompanhantes, sendo 42 (70%) do sexo feminino e 14 (20%) do sexo masculino.

No estudo de confiabilidade para a amostra de pacientes, as subescalas de ansiedade e depressão da HACS apresentaram alfa de Cronbach (consistência interna) de 0,84 e 0,83, respectivamente. Com a amostra de acompanhantes, a medida do alfa de Cronbach foi de 0,84 e 0,79 (ansiedade e depressão) (Tabela 1).

Foi medida a correlação de Spearman entre cada item e as pontuações finais nas subescalas de ansiedade e depressão da HACS (Tabela 2).

No estudo de validade de critério para a amostra de pacientes, a correlação de Spearman entre a HACS-A e a BAI foi de 0,88 e entre a HACS-D com a BDI foi de 0,87. A correlação de pontuação total da amostra com a BAI foi de 0,88 e com a

Tabela 1 – Alfa de Cronbach (Consistência Interna) das Subescalas de Ansiedade e Depressão

Subescala	Pacientes	Acompanhantes
HACS-A	0,84	0,84
HACS-D	0,83	0,79

HACS-A: escala hospitalar de ansiedade
HACS-D: escala hospitalar de depressão

Tabela 2 – Correlação de Spearman entre Cada Item da HACS e a Pontuação Total nas Subescalas de Ansiedade e de Depressão

Item	Correlação com HACS-A		Correlação com HACS-D		Correlação com HACS-T	
	P	A	P	A	P	A
Ansiedade						
1) Sentir-se tenso ou contrariado	0,77**	0,62**	0,60**	0,52**	0,69**	0,61**
2) Medir, algo ruim para acontecer	0,74**	0,74**	0,58**	0,60**	0,72**	0,74**
3) Cheio de preocupações	0,77**	0,76**	0,52**	0,54**	0,72**	0,72**
7) Não ficar à vontade no hospital	0,68**	0,68**	0,51**	0,48**	0,64**	0,62**
8) Ficar na cama, sem fazer nada	0,52**	0,72**	0,42**	0,67**	0,55**	0,72**
11) Sentir-se ansioso	0,76**	0,69**	0,47**	0,42**	0,68**	0,68**
13) Sentir-se ansioso em público	0,69**	0,77**	0,42**	0,50**	0,64**	0,71**
Depressão						
2) Não sentir prazer pelas coisas	0,66**	0,58**	0,61**	0,72**	0,68**	0,68**
4) Não ir a não se divertiu mais	0,50**	0,60**	0,71**	0,76**	0,67**	0,72**
6) Não se sentir alegre	0,64**	0,71**	0,62**	0,75**	0,71**	0,79**
8) Estar lento para pensar	0,41**	0,42**	0,61**	0,58**	0,52**	0,50**
10) Sem interesse pela aparência	0,54**	0,44**	0,72**	0,60**	0,68**	0,58**
12) Não se animar com a vida	0,40**	0,31**	0,72**	0,69**	0,62**	0,64**
14) Não ter prazer com TV, rádio	0,58**	0,44**	0,68**	0,60**	0,57**	0,58**

** $p < 0,01$

HACS-A: escala hospitalar de ansiedade; HACS-D: escala hospitalar de depressão; HACS-T: escala hospitalar de ansiedade e depressão; P: paciente; A: acompanhante

Tabela III - Coeficientes de Validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

	HANS-A		HANS-D	
	Parâmetros	Acompanhantes	Parâmetros	Acompanhantes
Sensibilidade	81,2%	78,2%	75,8%	75,8%
Especificidade	85,2%	85,2%	85,2%	75,2%

HANS-A: escala hospitalar de ansiedade
 HANS-D: escala hospitalar de depressão

BDI foi de 0,68. Para os acompanhantes a correlação de Spearman entre a HANS-A com a BDI foi de 0,70 e entre a HANS-D com a BDI foi de 0,68. A correlação de pontuação total de HANS com a BDI foi de 0,65 e com a BDI-O foi de 0,65. O estudo de desempenho de HANS em relação às outras escalas de ansiedade e depressão teve por base o cálculo de sensibilidade e a especificidade para instrumentos que categorizam indivíduos como tendo um transtorno ou não. Para a determinação de sensibilidade e de especificidade de HANS foi considerado padrão o diagnóstico feito pelas escalas de Beck. Os resultados de sensibilidade e especificidade para os pacientes e acompanhantes podem ser encontrados na Tabela III.

DISCUSSÃO

As subescalas de HANS apresentaram índices de confiabilidade interna, medidas pelo Alfa de Cronbach, adequadas para instrumentos de triagem. Segundo Nunnally¹⁷ a confiabilidade que esse valor seja pelo menos 0,8 e que deve estar acima de 0,8. Os dados encontrados nesse estudo foram superiores aos encontrados em pesquisa realizada por Botega e col.¹⁸ Nunnally¹⁷ recomendou de literatura realizada por Spilford e col.¹⁹ em 11 estudos de validação, a correlação de HANS variou de 0,67 a 0,85, o que confirma a validade a medida das duas formas de instrumentos.

O uso de HANS diferenciaram-se positivamente e significativamente com a presença de ansiedade, tanto para a subescala de ansiedade quanto para a de depressão. Nesse estudo também foi encontrada correlação significativa entre as duas formas de teste com o teste alternativo, embora com valores de menor magnitude, isso sugere a possibilidade de que as subescalas apresentem validades convergentes, devendo de distinguir ansiedade de depressão. Esse achado também foi encontrado no estudo de Botega e col.¹⁸

A distinção entre ansiedade e depressão é muito útil na prática clínica. Pode orientar melhor a abordagem terapêutica com o uso de psicofármacos específicos para os sintomas. Sob o ponto de vista teórico, a distinção entre a ansiedade e a depressão pode ser controversa. Existe uma discussão se a ansiedade e a depressão seriam transtornos distintos, se distintos em categoria ou em dimensão²⁰. Estudos populacionais demonstraram a correlação entre os dois

distúrbios²¹. Sob o ponto de vista da correlação entre as duas condições ser correlacionadas, quando calculada a partir de pesquisas de um mesmo transtorno mental de ansiedade e depressão²².

Alguns autores têm criticado a utilização de soma de todos os 14 itens de HANS produzindo uma medida única de morbidade²³. Outros têm demonstrado o valor positivo de se considerar as duas dimensões. Estudo utilizando análise fatorial realizado com 300 pacientes com câncer, por exemplo, mostrou as duas formas que correspondiam às duas escalas de HANS²⁴. A medida realizada por Spilford e col.¹⁹ também aponta a estrutura de duas formas. A correlação de validade para teste entre a HANS-A e a HANS-D encontrada neste estudo pode estar relacionada com a correlação entre ansiedade e depressão. Burns e Eckman²⁵ argumentam que a correlação entre qualquer medida válida e confiável de depressão e de ansiedade deveria ser pelo menos 0,70, não por haver sintomas que são compartilhados e sim porque apresentam um fator causal comum.

Para o clínico que utiliza a HANS, continua útil o relatório que encara a ansiedade e a depressão como conceitos separados. Sob o aspecto fenomenológico, a ansiedade envolve sentimentos de medo, preocupação e apreensão, enquanto a depressão é dominada pela tristeza, pesar e desesperança.

Para a avaliação de validade de critério, as subescalas de HANS foram validadas contra a BDI e a BDI-O consideradas como padrão-ouro. Nesse caso, a sensibilidade, que representa a capacidade que a escala estudada tem de identificar a proporção de indivíduos doentes em relação ao critério pelo padrão-ouro, variou de 75,8% a 81,2%. A especificidade, capacidade que a escala estudada tem de identificar os indivíduos saudáveis em relação ao definido pelo padrão-ouro, variou de 85,2% a 85,2%.

Quando a HANS foi comparada com outros instrumentos para avaliação de ansiedade e de depressão usados com frequência, como as escalas de depressão e ansiedade de Beck, a correlação de HANS variou de 0,6 a 0,7, o que poderia ser caracterizado como uma correlação de média para forte. No estudo de validação realizado por Spilford e col.¹⁹, a correlação entre a HANS e a BDI variou de 0,8 a 0,75. De acordo com esse dado, é concluído é que nesse estudo a validade de critério de HANS pode ser considerada de boa para muito boa.

Este estudo confirmou a presunção de que a HADS é um instrumento que desempenha bem o papel de triagem para separar ansiedade e depressão e os casos de ansiedade e de depressão entre os pacientes cirúrgicos internados. A utilização de um instrumento simples como a HADS pode ser usada para casos de triagem de tumor que podem passar despercebidos pela equipe assistencial.

ADVERTIMENTOS

Este estudo foi realizado como parte do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) concedido pela Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo para o título 2002/0204.

Hospital Anxiety and Depression Scale: A Study on the Validation of the Criteria and Reliability on Preoperative Patients

José Álvaro Marques Marcolino, M.D., Liga Andrade de sa Telles Moraes, TSA, M.D., Lúcia Pizzoni Filho, M.D., Dina de Artur Guarato, TSA, M.D., Fernando Mito Saito, M.D., Luis Augusto Cunha de, M.D.

INTRODUCTION

The overall frequency of mood disorders in patients admitted to hospitals varies from 20% to 50% depending on the population (sociodemographic characteristics and type, severity, and chronicity of the disorder) and methodological definitions (inclusion criteria, research tools, cutting point, "case" definition, and others). Despite the suffering they cause to patients and their clinical implications, mood disorders are not recognized as such by physicians and they affect at least one third of the patients¹.

Patients who undergo surgical procedures are frequently under stress ("preoperative distress"). The extension of this distress can be increased by the presence of prior psychiatric disorders, such as depression, anxiety, and other minor psychiatric disorders.² It has been described that the incidence of preoperative anxiety varies from 11% to 80% in adults.³

Preoperative anxiety and depression can also cause reactions that result in an increase in the intraoperative consumption of anesthetics and in a greater postoperative demand for analgesia.⁴ Besides, preoperative anxiety and depression seem to have a profound influence on the immune system and on the development of infections, and facilitates the development of other changes on the long range.⁵

There are reports on the literature on several tools to assess anxiety and depression, such as the Hamilton Anxiety Scale,⁶ the State Trait Anxiety Inventory (STAI)⁷ and ST, Beck Anxiety and Depression Inventories,⁸ and the Hospital Anxiety and

Depression Scale (HADS).^{9,10} Most of them were created to be used by patients with psychiatric disorders. Beck Anxiety and Depression Inventories is probably the anxiety and depression self-evaluation tool used more often in research and clinical settings. Their 21 items form a questionnaire designed to evaluate the presence and severity of depression symptoms.¹¹

The Hospital Anxiety and Depression Scale was developed initially to identify anxiety and depression symptoms in patients admitted to clinical and non-psychiatric hospitals, followed by its use with other groups of patients,¹² in subjects,¹³ and in healthy individuals.^{14,15} To prevent the interference of somatic symptoms on the scale, anxiety and depression symptoms related with physical diseases were excluded, which is an important difference between HADS and other tools. It does not have items, such as weight loss, insomnia, nervousness, fatigue, a gloomy outlook on the future, loss of interest, distress, etc. that could also be caused by other diseases. If there are comorbidities, the psychological symptoms, more so than somatic symptoms, determine the mood disorders present in other clinical diseases. Since this is a study with patients who had been admitted to the hospital for surgery, the presence of somatic symptoms of anxiety and depression could be misinterpreted as signs and symptoms of the underlying disease or its treatment. Besides, the scale is easy and fast to apply and can be done by the patient (which was the case in this study) or by the interviewer (patients who cannot read or who present visual or motor deficits).

The notion of measurement is an essential component of scientific research. In social sciences, measurement is more commonly seen as a process that articulates abstract concepts with empirical indicators. In general, there are two basic properties indispensable for empiric measurements: validity and reliability.¹⁶ The validation of the Portuguese translation of HADS had already been done in patients admitted to a medical ward,¹⁷ but it had not been used to validate the presence of preoperative anxiety and depression.

The aim of this study was to study and validate the criteria and reliability of the Portuguese translation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients admitted to the surgical ward.

METHODS

This study was approved by the Ethics Commission of the Hospital Central de Inimidade de Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (CCMSP). Eighty patients admitted to the Surgical Ward of CCMSP, older than 18 years, physical status ASA I and II, who were going to small and medium elective surgeries were included. Patients with malignancies, psychiatric disorders, hearing, visual, and speaking deficits, and patients taking psychoactive drugs were excluded. Eighty companions of these patients were asked to be part of the control group.

Patients were asked, always by the same researchers (two 3rd year Medical students), to sign an informed consent. Those who agreed to take part in the study were asked to answer the following tools the day before the surgery, prior to the pre-anesthetic evaluation:

- a) Sociodemographic questionnaire;
- b) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADSD) ¹, which has 14 items, 7 of which are aimed at evaluating anxiety (HADSD-A) and seven for depression (HADSD-D). Each

item receives a score that ranges from zero to three, achieving a maximal score of 21 points for each scale (Chart 1).

The answers to HADSD were used to assess the frequency of anxiety and depression. Zigmund and Snaith's ⁷ cutting points were adapted for both subscales:

- HAD-anxiety: without anxiety, from 0 to 5, with anxiety > 6;
- HAD-depression: without depression, from 0 to 5, with depression > 6.

Chart 1 - Hospital Anxiety and Depression Scale

The questionnaire will help your physician to know how you are feeling. Read every sentence. Place an 'X' in the answer that best describes how you have been feeling during the LAST WEEK. You do not have to think too much to answer. In this questionnaire, appearance answers are more important.

<p>A 1) I feel nervous or wound up</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 2) I feel calm or relaxed</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 3) I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen</p> <p>0) I Not at all 1) Very definitely and quite badly 2) Yes, but not so badly 3) A little, but it doesn't worry me 4) I Not at all</p> <p>A 4) I can laugh and see the funny side of things</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 5) Worrying thoughts pass through my mind</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 6) I feel cheerful</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 7) I can get up and do most of the things I want to do</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 8) I feel as if I am slowed down</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p>	<p>A 9) I get a sort of tired feeling as if I have done too much</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 10) I feel that I am not as attractive as I used to be</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 11) I feel that I have lost interest in my appearance</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 12) I feel that I have lost interest in my life</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 13) I feel that I have lost interest in my work</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 14) I feel that I have lost interest in my hobbies</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 15) I feel that I have lost interest in my family</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 16) I feel that I have lost interest in my friends</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 17) I feel that I have lost interest in my life</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p> <p>A 18) I feel that I have lost interest in my life</p> <p>0) I Not at all 1) A bit of the time 2) A fair bit of the time 3) From time to time 4) I Not at all</p>
--	--

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE: A STUDY ON THE VALIDATION OF THE INSTRUMENT AND RELIABILITY ON PREOPERATIVE PATIENTS

(3) Beck Depression Inventory (BDI)¹⁶: Composed of 21 items, each one with four possibilities in ascending order of severity of depression.

(4) Beck Anxiety Inventory (BAI)¹⁷: Composed of 21 items, each one with four possibilities that reflect, in ascending order, the severity of each symptom.

Beck Depression and Anxiety Inventories were considered the gold standard to determine the sensibility and specificity of HADS¹⁸⁻²¹. We adopted a cutting point of 11 for BDI and 12 for BAI.

Before the beginning of the procedures, both medical students were trained on how to use the HADS.

The results were submitted to a descriptive analysis. To determine the reliability, the measure of the internal consistency of patients' answers was assessed by Cronbach's alpha index and Spearman correlation among HADS items. For the validity of the criteria, the indexes obtained by the answers to HADS were compared with those obtained with BAI and BDI, scales that were considered the gold standard, to determine the sensibility and specificity.

A difference was considered statistically significant when $p < 0.05$. The tests used are part of the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 12[®].

RESULTS

The study population was composed of 79 patients, 43 females (54.4%) and 36 males (45.6%). The control group was composed of 58 comparisons, 42 females (72%) and 16 males (28%).

In the evaluation of the reliability for the patients, the anxiety and depression HADS subscales had a Cronbach's alpha index (internal consistency) of 0.84 and 0.85, respectively. For the control group, Cronbach's alpha index was of 0.84 and 0.79 (anxiety and depression, respectively).

The Spearman correlation between each item and total scores of the subscales of anxiety and depression of HADS was measured (Table 1).

Table 1 - Cronbach's Alpha Index (Internal Consistency) of Anxiety and Depression Subscales

Subscale	Patients	Control Group
HADS-A	0.84	0.84
HADS-D	0.85	0.79

HADS-A: hospital anxiety scale

HADS-D: hospital depression scale

Table 2 - Spearman Correlation Among Each Item of HADS and Total Score of the Anxiety and Depression Subscales

Items	Correlation with HADS-A		Correlation with HADS-D		Correlation with HADS-T	
	P	C	P	C	P	C
Anxiety						
1: Feeling tense or wound up	0.77*	0.82*	0.82*	0.82*	0.80*	0.81*
2: Fear, something bad might happen	0.76*	0.76*	0.80*	0.80*	0.72*	0.76*
3: Worried	0.77*	0.79*	0.82*	0.84*	0.72*	0.72*
7: Does not feel comfortable or relaxed	0.80*	0.80*	0.81*	0.80*	0.84*	0.80*
8: Butterflies or the stomach churning or the chest or the chest	0.77*	0.72*	0.82*	0.82*	0.80*	0.72*
11: Restless	0.76*	0.80*	0.82*	0.82*	0.80*	0.80*
12: Fidgety	0.80*	0.77*	0.80*	0.80*	0.84*	0.77*
Depression						
2: Does not enjoy the things that used to	0.80*	0.80*	0.81*	0.72*	0.80*	0.80*
4: Doesn't laugh and doesn't have fun	0.82*	0.82*	0.71*	0.76*	0.82*	0.72*
6: Not happy	0.80*	0.71*	0.82*	0.72*	0.71*	0.76*
8: Slow thinking	0.81*	0.82*	0.81*	0.80*	0.82*	0.82*
10: Does not pay attention to own appearance	0.80*	0.80*	0.72*	0.80*	0.80*	0.80*
12: Has no interest in the future	0.82*	0.81*	0.72*	0.80*	0.82*	0.80*
14: Does not enjoy TV, radio	0.80*	0.80*	0.80*	0.80*	0.82*	0.80*

* $p < 0.05$

HADS-A: hospital anxiety scale; HADS-D: hospital depression scale; HADS-T: hospital anxiety and depression scale; P: patients; C: control group

Table III - Validity Coefficients of the Hospital Anxiety and Depression Scale

	HADS-A		HADS-D	
	Patients	Control Group	Patients	Control Group
Sensitivity	88.8%	78.2%	75.8%	75.8%
Specificity	88.3%	88.3%	88.3%	75.0%

HADS-A: Hospital anxiety scale

HADS-D: Hospital depression scale

When evaluating the validity of the criteria, Spearman correlation between HADS-A and BDI was 0.68, and between HADS-D and BDI was 0.67. The correlation between HADS total score and BDI was 0.66 and with BDI was 0.68 in the control group. Spearman correlation between HADS-A and BDI was 0.70, and between HADS-D and BDI was 0.68. The correlation of HADS total score with BDI was 0.65 and with BDI was 0.68. The study of HADS performance as compared to the other anxiety and depression scales was based on the sensitivity and specificity of the tools that categorize the individuals as having a disorder or not.

To determine HADS sensitivity and specificity, the diagnosis provided by Beck scales was considered as the standard. Table III shows the results of the sensitivity and specificity patients and control group.

DISCUSSION

The subscales of HADS presented values of internal consistency, as measured by Cronbach's alpha index, recommended for screening tools. According to Strecher ¹¹, this value should be at least 0.8 and a score above 0.8. The data of this study were higher than those of Strecher et al. ¹¹. On a review of the literature on validity studies, Spilford et al. ¹² demonstrated that HADS internal consistency ranged from 0.87 to 0.93, which increases and strengthens the cohesion of the items in the test.

The items of the HADS had a positive and significant correlation with the total score, both for the anxiety and depression scales. This study also found a significant correlation between the items in each scale and the alternative, but with lower scores. This suggests the possibility that the subscales have convergent validities and do not discriminate anxiety and depression. Budge et al. ¹³ obtained similar results.

The distinction between anxiety and depression is very useful in clinical practice. It can guide the therapeutic approach with the use of drugs specific for the symptoms. In theory, the distinction between anxiety and depression can be controversial. There is an ongoing discussion on whether anxiety and depression are separate entities, belong to different categories, or different dimensions ¹⁴. Population studies demonstrated the correlation between both dimensions ¹⁵. It is also known that the correlation between scales can be

increased when it is calculated based on a population that has mixed disorders of anxiety and depression ¹⁶.

Some authors have proposed using the sum of all 14 items of HADS, producing an measure of morbidity ¹⁷. Others have demonstrated the practical value of using two subscales. A study with 108 cancer patients using factorial analysis identified two factors that corresponded to both HADS scales ¹⁸. A revision by Spilford et al. ¹² also supports the two-factor structure. The moderate to strong correlation between HADS-A and HADS-D found in this study may be related to the comorbidity between anxiety and depression. Burns and Edelman ¹⁹ argued that the correlation between any valid and reliable measure of depression and anxiety should be at least 0.70, not for the presence of shared symptoms but because they share a common cause.

For the physician who uses HADS, the thought that anxiety and depression are separate concepts is still useful. Anxiety involves feelings of fear, worries, and apprehension, while depression is dominated by sadness, sorrow, and hopelessness.

To assess the validity of the criteria, HADS subscales were compared with BDI and BDI, considered the gold standards. In this case, sensitivity, which represents the capacity of the scale to identify a proportion of sick individuals compared with the gold standard, ranged from 75.8% and 88.8%. Specificity, or the capacity of the scale to identify healthy individuals when compared with the gold standard, ranged from 88.3% to 88.3%.

When HADS was compared with other tools frequently used to assess anxiety and depression, such as Beck's depression and anxiety scales, HADS correlation ranged from 0.8 to 0.7, what can be considered a medium to strong correlation. In the review undertaken by Spilford et al. ¹², the correlation between HADS and BDI ranged from 0.8 to 0.75. According to this data, the conclusion is that in this study the validity of HADS criteria can be considered good to very good.

This study confirmed the assumption that HADS is a good screening tool to distinguish anxiety and depression and to detect cases of anxiety and depression among surgical patients. Using a simple tool such as HADS can uncover cases of mood disorders that would go unnoticed by the supporting team.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was part of the Programa Institucional de Bolsas de Investição Científica do Conselho Nacional de Pesquisas (PBOC - CNPq) awarded by the Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo for the 2009/2010 semester.

REFERÊNCIAS - REFERENCES

21. Mahoney A, Fitzgerald D - Personality and surgical recovery: a review. *Br J Clin Psychol*, 1981;20:245-250.

22. Clark DA, Cook A, Stone D - Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. *J Nervous Psychol*, 1988;127:26-30.

23. Macintosh J, Bain JN - Preoperative anxiety and intraoperative analgesic requirements. *Anaesth Analg*, 1989;69:1346-1351.

24. Paris ML, Mal D, Jansen MA et al - Anxiety and postoperative recovery in ambulatory surgery patients. *Anaesth Proc*, 1988;24:21-24.

25. Coombs W, Schmidt MP, Schneider DN et al - Postoperative preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2001;45:266-271.

26. Liu SH, Liu MM, Wang MS - Effects of preoperative anxiety on surgical outcome. *Psychosom Med*, 1989;51:10-15.

27. Andrade L, Guimarães C - Escalas de Ansiedade e Depressão Hospitalares e Psicofarmacologia. São Paulo: Elsevier Científica, 2005;136.

28. Zigmond AS, Snaith RP - The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand*, 1983;67:373-377.

29. Kubak S, Hahn M, Tancos W et al - Correlation between self-rated subjective and thermal feeling of the hand in patients undergoing forearm flexion (1) - a report of the German Working Group. *2002*; 17:500-502.

30. Wang Y, Sahng JH, Kim Y et al - Self-rated depression and health-related quality of life in patients with Crohn's disease: a 20-year follow-up study of 203 patients. *Gastroenterology*, 2002;123:158-163.

31. McFadden A, Williams J, Way J et al - The effect of anxiety and quality of life among coronary artery disease patients who have bypass surgery. *Chest Surg*, 2004;12:12-16.

32. Brandão M, de Moraes L, Jackson R - Preoperative psychological features and quality of life among women with an increased risk of breast cancer who are considering a prophylactic mastectomy. *Psychooncology*, 2004;13:603-614.

33. Wang Y, Zhou L, van der Graaf P et al - Quality of life after treatment of asymptomatic intracranial aneurysms by neurosurgical clipping or endovascular coiling: a prospective, observational study. *Stroke*, 2004;35:144-152.

34. Christensen TD - Lumbar spinal fusion. Outcome in relation to surgical methods, choice of implant and postoperative rehabilitation. *Acta Orthop Scand*, 2004;73(Suppl 274).

35. Keller M, Sommerfeld S, Fischer C et al - Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol*, 2004;15:1269-1280.

36. Brady S, Thomas S, Natar R et al - Percutaneous aortic bypass graft: resources and enrollment in cardiac rehabilitation. *J Cardiovasc Rehabil*, 2005;25:343-349.

37. Kelly A, Verhaegh R, Miller P - The effect of psychological disturbance on symptoms, self-reported disability and surgical outcome in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Br*, 2005; 87:138-140.

38. Gustafson M, Aronson D - Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2006;43:527-535.

39. Johnson M, Tuck A, Nishi L et al - Postoperative clinical trial of diclofenac versus over-the-counter acetaminophen/ibuprofen. *Br J Surg*, 2006;93:42-45.

40. Muehlen K, Gumbel K, Bange G et al - Validation of the Portuguese translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res*, 2006;15:161-166.

41. Kessler J, Almeida-Saiz T, Torres B et al - The level of anxiety, depression and self-esteem in nurses and their life and job satisfaction. *Work*, 2007;26:461-468.

42. Wang Y, Sahng JH, Chung J et al - Anxiety, depression, and quality of life in patients with Crohn's disease with self-reported depression. *Psychosom Med*, 2007;69:107-111.

43. Andrade L, Guimarães C, Wing J - Student anxiety and depression: the comparison of questionnaire and interview methods. *Psychiatry*, 2008; Jun 9 (Epub ahead of print).

44. Guzman C, Miller RM - Reliability and validity assessment. In: *Handbook of research synthesis on quantitative applications in the behavioral sciences*. Beverly Hills and London: Sage publications, 1997; 2-17.

45. Guzman C, de Melo J, Zunguan MM et al - Transições de humor em enfermagem de clínica médica e enfermagem de saúde de família (PNE) de um hospital e de um centro de diagnóstico. São Paulo: FAPESP, 1999;28:933-943.

46. Guimarães C, Andrade L - Invenário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas de versão em português. *Rev Psiq Clin*, 1999;27:245-250.

47. Costa JM - Manual de versão em português das Escalas Beck. Casa de Psicologia, Psychological Corporation, 2001.

48. Norusis MJ - SPSS for windows. Professional statistics. Release 6.0. Chicago, 1993.

49. Nunnally JC - Psychometric Theory. New York, McGraw Hill, 1978.

50. Spitzer RL, Gibbon M, First MB et al - The validity of the hospital anxiety and depression scale: an updated literature review. *J Psychosom Res*, 2002;52:98-111.

51. Bernstein C, Hays R - The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *Br J Psychiatry*, 1988; 153: 7-16.

52. Ross S, Baker SC - Explaining to the uninitiated: What is a test? (Defining or confining?) *Br Med J*, 1979;2:873-874.

53. Smith MP, Taylor CB - Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *Br J Clin Pharmacol*, 1985; 19(Suppl):117S-20S.

54. Wilkinson MG, Barcock P - Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *J R Coll Gen Pract*, 1989; 39:211-215.

55. Murray S, Green S, Watson W et al - The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry*, 1991;158:259-268.

56. Burns JD, Gibson R - Why are depression and anxiety correlated? A test of cognitive models. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56:471-475.

RESUMO

Resumo: Este estudo avaliou a validade e a confiabilidade do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em um instrumento para a avaliação de la ansiedade y de

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS Este estudo avaliou a validade e a confiabilidade do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) em um instrumento para a avaliação de la ansiedade y de

de depresión. El objetivo de este trabajo fue el de estudiar la validez de criterio y la confiabilidad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en pacientes que están en el Preoperatorio.

MÉTODOS: Se evaluaron 79 pacientes, internados en el Departamento de Cirugía de la Santa Casa de Misericórdias de São Paulo y 50 acompañantes como grupo control. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos, Inventario de Ansiedad y de Depresión de Beck y la HADS.

RESULTADOS: La consistencia interna de la HADS varió de 0,79 a 0,91. Los ítems de la HADS se correlacionaron positivamente con la puntuación total de las respectivas subescalas. La correlación de Spearman entre la HADS-A y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y HADS-D con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) varió

de 0,6 a 0,7. La sensibilidad y la especificidad variaron de 88,0% a 92,0%.

CONCLUSIONES: Las subescalas de la HADS presentaron índices de consistencia interna recomendables para instrumentos de screening. Los ítems de la HADS se correlacionaron positivamente con la puntuación total en las subescalas de ansiedad y de depresión. La correlación de mediana para fuerte entre la HADS-A y la HADS-D puede estar relacionada con la correlación entre ansiedad y depresión. Para mejorar el índice de HADS, continúa siendo útil el reconocimiento que tiene la ansiedad y la depresión como constructos separados y el uso de un instrumento específico como la HADS para evaluar casos de trastorno del humor que pueden tener responsabilidades por el equipo asistencial.

LARTIGO RETRATADO