Banco de instrumentos
y metodologías en Salud Mental

www.cibersam.es/bancoinstrumentos

www.cibersam.es

cibersam | Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ORIGINALES

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

Localizador web
Artículo 41450

Antonio Lobo[a], Lorenzo Chamorro[b], Antonio Luque[c], Rafael Dal-Ré[c], Xavier Badia[d], Eva Baró[d] y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP)

[a]*Servicio de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.* [b]*Unidad de Psiquiatría, Hospital General Universitario. Guadalajara.* [c]*Departamento Médico. GlaxoSmithKline. Tres Cantos. Madrid.* [d]*Health Outcomes Research Europe. Barcelona.*

FUNDAMENTO: **Los trastornos del estado de ánimo (TEA) y los trastornos de ansiedad (TA) constituyen las alteraciones psiquiátricas más comunes en la población general. En este estudio se han evaluado, por primera vez, las propiedades psicométricas de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), ampliamente utilizadas en la práctica asistencial y en investigación clínica.**
PACIENTES Y MÉTODO: **Se diseñó un estudio de cohortes, observacional, prospectivo y multicéntrico en pacientes con TEA o TA, clínicamente estables o inestables. Las escalas se administraron en la visita de inclusión en el estudio y en una segunda visita realizada a la semana –en el caso de pacientes estables– o dos meses después –en pacientes inestables–. Se evaluaron la estructura factorial, la validez (convergente y discriminante), la fiabilidad (consistencia interna, estabilidad temporal y entre observadores) y la sensibilidad al cambio de ambas escalas.**
RESULTADOS: **Se incluyó a 108 pacientes con TEA y a 106 pacientes con TA en 10 centros de asistencia psiquiátrica con amplia distribución geográfica. Ambas escalas presentaron una adecuada: *a)* validez discriminante (MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0{,}001$); *b)* validez convergente (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0{,}05$ y 0,01, respectivamente; MADRS/HARS-EuroQoL 5D: $p < 0{,}05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p < 0{,}05$); *c)* consistencia interna (α de Cronbach: MADRS = 0,88; HARS = 0,89); *d)* fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclase: MADRS = 0,94 y 0,98, respectivamente; HARS = 0,92 y 0,92), y *e)* sensibilidad al cambio (tamaño del efecto: MADRS = 2,05; HARS = 1,36).**
CONCLUSIONES: **Las versiones en español de la MADRS y de la HARS presentan buenas propiedades psicométricas, similares a las de las escalas originales, por lo que resultan apropiadas para su uso en la práctica asistencial y en investigación clínica en España.**

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Propiedades psicométricas. Validez. Fiabilidad. Sensibilidad al cambio. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. Hamilton Anxiety Rating Scale.

Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety rating scales

BACKGROUND: **Affective and anxiety disorders (AfD & AnD) are the most common psychiatric diseases in the general population. This study's aim was to assess for the first time the psychometric properties of the Spanish translated versions of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), which are widely used both in medical care and clinical research.**
PATIENTS AND METHOD: **A cohort, observational, prospective and multicentre study was conducted in clinically stable or unstable patients with AfD and AnD. The scales were administered at baseline and in a second study visit one week or 2 months later (to stable or unstable patients, respectively). The internal consistency, temporary stability, inter-raters reliability, factorial structure, convergent and discriminant validity, and sensitivity to change were all assessed for both scales.**
RESULTS: **One hundred and eight AfD patients and 106 AnD patients were recruited in 10 psychiatry care centres from a wide geographical distribution. Both scales showed adequate properties in terms of: *a)* discriminant validity (MADRS/HARS-Clinical Global Impression: $p < 0.001$); *b)* convergent validity (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0.05$ and 0.01; MADRS/HARS-EuroQoL 5D: $p < 0.05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p < 0.05$); *c)* internal consistency (Cronbach's alpha: MADRS = 0.88; HARS = 0.89); *d)* test-retest and inter-raters reliability (intraclass correlation coefficient: MADRS = 0.94 and 0.98, respectively; HARS = 0.92 and 0.92), and, *e)* sensitivity to change (effect size: MADRS = 2.05; HARS = 1.36).**
CONCLUSIONS: **Spanish versions of MADRS and HARS scales showed good psychometric properties, similar to those of the original scales. Therefore, these scales are suitable for use in clinical practice and research in Spain.**

Key words: Anxiety. Depression. Psychometric properties. Validity. Reliability. Sensitivity to change. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. Hamilton Anxiety Rating Scale.

Los trastornos del estado de ánimo (TEA) y de la ansiedad (TA) constituyen las alteraciones psiquiátricas más comunes en la población general. Entre el 14 y el 18% de la población padece depresión y/o estados de ansiedad clínicamente significativos[1], aunque sólo el 3 o el 4% de los casos son correctamente diagnosticados[2]. Los TEA y los trastornos de ansiedad son enfermedades importantes no sólo porque inducen un deterioro en las esferas personal y familiar del paciente, así como una disminución de su calidad de vida, sino también por la implicación socioeconómica que comportan los costes asistenciales asociados y la disminución de la productividad por baja laboral[3]. Partiendo de los antecedentes clínicos y de la sintomatología del paciente, actualmente el diagnóstico sindrómico de los TEA y de los trastornos de ansiedad se realiza, en primer lugar, mediante la aplicación de los criterios contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV[4] o en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)[5] y, secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica. A pesar de su utilidad como elemento de apoyo al diagnóstico clínico, estas escalas se utilizan principalmente como instrumentos de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, por lo que alertan sobre la existencia de enfermedad depresiva (en el caso de los TEA) o ansiosa (en el trastorno de ansiedad) al mismo tiempo que establecen su gravedad, resultando útiles tanto en la práctica asistencial como en estudios clínicos[6]. Por este motivo es imprescindible que las escalas clínicas se hallen correctamente adaptadas al entorno cultural donde serán utilizadas y que dispongan de unas propiedades psicométricas robustas (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio)[7].

La Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)[8] y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)[9] son instrumen-

El presente estudio fue promovido por Smith-Kline Beecham S.A.

Correspondencia: Dr. A. Luque.
Departamento Médico. GlaxoSmithKline. PTM.
Severo Ochoa, 2. 28760 Tres Cantos. Madrid.
Correo electrónico: antonio.luque-serrano@gsk.com

Recibido el 26-6-2001; aceptado para su publicación el 3-1-2002.

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

tos ampliamente utilizados en la práctica asistencial y en investigación clínica[10-12]. Una revisión sobre la disponibilidad de versiones de la HARS en España mostró que existían hasta 5 traducciones distintas que estaban siendo utilizadas habitualmente en distintos hospitales de Barcelona[13], sin que hubieran sido sometidas al correspondiente proceso de adaptación cultural y validación formal. Por otra parte, hasta la fecha tampoco se tiene constancia de que se haya realizado estudio de validación alguno de la MADRS en nuestro medio.

El objetivo del presente estudio es validar en español las versiones originales de la MADRS y de la HARS, lo que permitirá disponer de versiones de las mencionadas escalas clínicas aptas para su uso en la práctica asistencial y en la investigación clínica en nuestro medio.

Pacientes y método

Diseño general del estudio

Se realizó un estudio observacional prospectivo multicéntrico de dos cohortes: una formada por pacientes con TEA (grupo TEA) y otra por pacientes con trastornos de ansiedad (grupo TA). En el estudio se incluyó consecutivamente a pacientes ambulatorios de uno u otro sexo, de edad comprendida entre los 18 y los 65 años, que provenían del Servicio de Psiquiatría de los diez centros que participaron en el estudio. De acuerdo con los criterios de diagnóstico del DSM-IV, los pacientes incluidos en el grupo TEA debían presentar uno de los siguientes diagnósticos: trastorno depresivo mayor de episodio único (código: 296.2) o recidivante (296.3); trastorno distímico (300.4), o trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo (309.0) cuya puntuación en la escala de Impresión Clínica Global (ICG) fuera de 4 puntos o mayor. El ICG consta de un ítem que evalúa la gravedad del estado clínico del paciente según el criterio clínico del psiquiatra; presenta 8 posibles opciones de respuesta (con puntuaciones que parten de 0 en los casos no evaluables o 1 en los casos leves, a 7 en los casos más extremos de enfermedad). Asimismo los pacientes del grupo TA debían presentar uno de los siguientes diagnósticos: trastorno de angustia sin agorafobia (300.01); trastorno de ansiedad generalizada (300.02), o trastornos adaptativos con ansiedad (309.24) cuya puntuación en la escala ICG fuera de 4 puntos o superior. En este último grupo podían ser incluidos también aquellos pacientes que presentaban cualquier trastorno de ansiedad que comportara crisis de angustia asociada. Los pacientes con diagnóstico de síndrome cerebral orgánico, retraso mental, esquizofrenia o cualquier otro tipo de trastorno psicótico fueron excluidos del estudio.

Los pacientes, con independencia del grupo de procedencia, TEA o TA, fueron clasificados como clínicamente estables (aquellos en los que no se preveían cambios en la gravedad del trastorno durante la semana siguiente a su inclusión en el estudio) o inestables (aquellos en los que, en función de la práctica clínica habitual, se hallaba indicado el inicio o un cambio en el tratamiento).

En la visita de inclusión en el estudio, un primer psiquiatra realizó el diagnóstico de TEA o trastorno de ansiedad del paciente y determinó la estabilidad clínica del trastorno. A continuación, un segundo psiquiatra registró las variables sociodemográficas basales (edad, sexo, nivel de educación, situación laboral), las variables de diagnóstico clínico (sintomatología, tiempo de evolución, ICG) y las escalas de evaluación (gravedad de los síntomas). En la segunda visita del estudio (realizada a los 7±2 días en los pacientes estables y a los 2 meses ±7 días en los pacientes inestables), el segundo psiquiatra administró de nuevo las escalas de evaluación del estudio con el fin de confirmar la estabilidad o el cambio en la gravedad de la sintomatología respecto a la primera visita. Un subgrupo de pacientes estables del grupo TEA y otro del grupo TA fueron evaluados simultáneamente por dos psiquiatras más con el fin de determinar la fiabilidad entre observadores. En este último caso, los investigadores administraron las escalas MADRS o HARS, según procediera, intercambiando por turno los papeles de entrevistador y observador.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario de Guadalajara. Con posterioridad, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología[14], el protocolo de estudio fue remitido a los comités de los otros nueve centros participantes. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito antes de ser incluidos en el estudio.

Muestra del estudio

El tamaño muestral se calculó en función de los parámetros psicométricos que debían ser evaluados. Para detectar un coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre observadores (fiabilidad entre observadores) superior a 0,8 y entre observaciones (fiabilidad test-retest) superior a 0,6 –para un nivel de significación de 0,05 y un poder estadístico de 0,8– fueron necesarios dos grupos de 22 y 44 pacientes, respectivamente[15]. Por otra parte, la realización de un análisis de sensibilidad al cambio que permitiera detectar diferencias entre observaciones de 0,4 desviaciones estándar –para un nivel de significación de 0,05 y un poder estadístico de 0,8– exigió una muestra de 50 pacientes por grupo. Finalmente, la tasa de pérdidas del estudio se estimó en un 10%, por lo que la muestra total quedó fijada en 104 pacientes para cada uno de los grupos TEA y TA.

Escalas de evaluación objeto del estudio de validación

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (anexo 2). Es una escala heteroadministrada mediante entrevista, específicamente diseñada para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en adultos, así como los efectos del tratamiento antidepresivo[8]. Es un instrumento breve, formado por 10 item relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítemes es evaluado mediante una subescala tipo Likert con 7 grados de gravedad (0: ausencia del síntoma; 6: máximo nivel de gravedad del síntoma). Sumando las puntuaciones parciales de cada ítem se obtiene la puntuación global de la escala que oscila entre 0 puntos (ausencia de depresión) y 60 (máximo nivel de depresión). Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica ausencia de trastorno depresivo[16]. En los estudios de validación originales, la escala MADRS mostró unas buenas propiedades psicométricas[8].

La traducción del cuestionario MADRS al español[17] se llevó a cabo siguiendo un procedimiento de traducción-retrotraducción[18].

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (anexo 1). Es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítemes, puede oscilar en un rango de 0 puntos (ausencia de ansiedad) a 56 (máximo grado de ansiedad). En su versión original, la escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas[9,19] y es profusamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad[10,20,21].

La traducción del cuestionario HARS al español[22] se efectuó siguiendo un procedimiento de traducción-retrotraducción[18].

Otras medidas de evaluación

Las siguientes escalas son instrumentos previamente validados en español que han sido utilizados en el presente estudio para establecer comparaciones con las puntuaciones obtenidas en las escalas MADRS y HARS.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Es una escala heteroadministrada por entrevista. Su versión original consta de 21 ítems con tres y 5 opciones de respuesta ordinal. La escala evalúa la gravedad de los síntomas depresivos durante la semana previa a la entrevista. La puntuación total de la escala oscila entre 0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) y 66 (síntomas depresivos graves). Las propiedades psicométricas de la versión española han sido evaluadas en diversos estudios[23-25].

State Trait Anxiety Inventory (STAI). Es una escala autoadministrada que evalúa síntomas de ansiedad. Está constituida por dos subescalas, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, de 20 ítemes cada una. Cada ítem presenta 4 opciones de respuesta ordinal. En cada subescala se obtiene una puntuación-resumen que oscila entre 0 puntos (ausencia de ansiedad) y 60 (ansiedad grave)[26]. Las características de esta escala se encuentran ampliamente descritas en la bibliografía[27] y las propiedades psicométricas de la versión en español ya han sido evaluadas[28].

EuroQol-5D (EQ-5D). Es un cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud, autoadministrado, que consta de dos partes: el sistema descriptivo y la escala visual analógica (EVA). El sistema descriptivo evalúa 5 dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una de ellas con tres niveles de gravedad (ausencia de problemas, algunos/moderados problemas y muchos problemas). La EVA es una escala vertical y milimetrada, en forma de termómetro, de 20 cm de longitud, cuyos extremos aparecen etiquetados con «peor estado de salud imaginable» y «mejor estado de salud imaginable», con puntuaciones de 0 y 100, respectivamente. El individuo debe marcar el punto de la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el días de la administración. La versión española, recientemente validada, ha sido utilizada en estudios de diversa índole[29].

Análisis de datos

La validez de constructo de la MADRS y de la HARS se determinó mediante el análisis factorial de sus ítemes a partir de las puntuaciones obtenidas en la visita basal. Para la definición de las dimensiones se utilizó el procedimiento de extracción de factores con posterior rotación de los factores utilizando el método de rotación ortogonal Varimax. La determinación del número de factores se realizó a partir de la representación gráfica de sus valores propios utilizando un *screen plot*. Se evaluó la adecuación del análisis factorial mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Barlett. Se analizó también la asociación de la puntuación de cada escala con las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, situación laboral) y clínicas (tipo de diagnóstico, tiempo de evolución, impresión clínica de gravedad), utilizando el estadístico t de Student o el análisis de la variancia, según el tipo de variable. La validez convergente de ambas escalas se evaluó mediante análisis de regresión multivariante que permitió establecer la asociación entre la puntuación de la MADRS y las puntuaciones en las dimensiones de la HDRS y el EQ-5D, así como la asociación entre la HARS y las dimensiones del STAI y del EQ-5D. Por otra parte, en la evaluación de la validez longitudinal, tanto para la MADRS como para la HARS, se siguió un proceso similar al utilizado en el análisis de la validez convergente, evaluando la relación de los cambios en las puntuaciones de las escalas MADRS y HARS con el cambio en el resto de puntuaciones.

La consistencia interna de la MADRS y de la HRSA se evaluó mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach, que puede considerarse adecuado cuando se obtienen valores superiores a 0,7 de acuerdo con los criterios estándar propuestos por Nunnally[30]. La fiabilidad test-retest de las puntuaciones de la MADRS y de la HARS fue evaluada mediante el Coeficiente de correlación intraclase (CCI) sólo en el subgrupo de pacientes estables de los grupos TEA y TA. Asimismo, para evaluar la fiabilidad entre observadores se calculó el CCI de las puntuaciones de los dos psiquiatras que evaluaron al subgrupo de pacientes estables de ambos grupos.

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

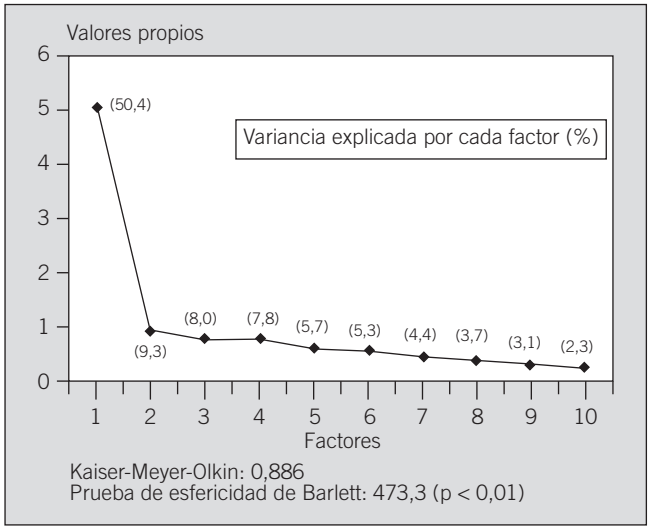

Fig. 1. Valores propios y porcentaje de la variancia explicada por los factores extraídos en el análisis factorial de la versión en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

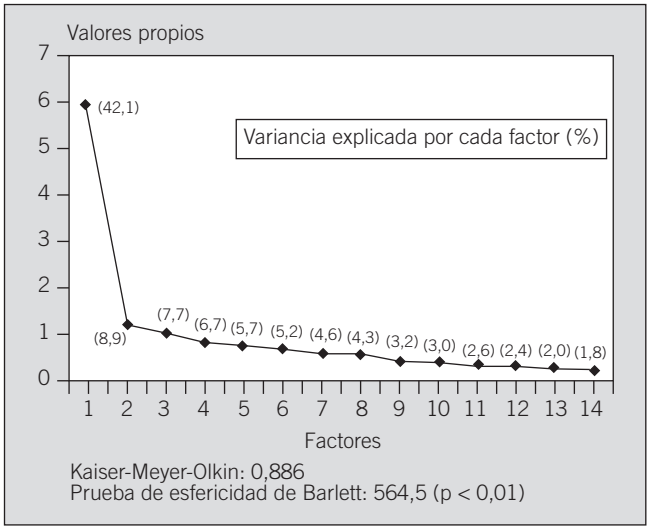

Fig. 2. Valores propios y porcentaje de la variancia explicada por los factores extraídos en el análisis factorial de la versión en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS).

Para evaluar la sensibilidad al cambio de la MADRS y de la HARS se comparó la puntuación media de la primera y de la segunda visitas solamente en el grupo de pacientes inestables de cada cohorte. Con este fin, se obtuvo el estadístico tamaño del efecto (*effect size*), definido como el cambio medio en las puntuaciones entre visitas dividido por la desviación estándar de la puntuación total de la visita inicial[31]. Para valores del estadístico de 0,2 se considera que la intervención clínica tiene un efecto pequeño, moderado para valores de 0,5 y grande para valores ≥ 0,8.

Resultados

Las características basales de los 214 pacientes que fueron incluidos en el estudio (108 en el grupo TEA; 106 en el grupo TA) se describen en la tabla 1. En ambos grupos los pacientes incluidos fueron en su mayoría mujeres (83 y 73%, respectivamente), de edades comprendidas entre los 40 y los 50 años. En el grupo TEA, el segmento de población predominante fue el de amas de casa (35%), y en el TA, el de población laboralmente activa (59%). El diagnóstico más frecuentemente observado en el grupo TEA fue el trastorno depresivo mayor recidivante (39%), mientras que casi la mitad de los pacientes del grupo TA presentó ansiedad generalizada (47%). En ambos grupos, la mayoría de los pacientes presentó una duración del trastorno superior a un año (52 y 43%, respectivamente) y la gravedad del trastorno, en función de la impresión clínica, se consideró moderada en más del 60% de los casos.

En las figuras 1 y 2 se ilustra la distribución de los valores propios obtenidos en el análisis factorial de la MADRS y la HARS, respectivamente. Los gráficos mostraron la unidimensionalidad de las dos escalas dado que en ambos casos el segundo factor explicaba un bajo porcentaje de la variabilidad en comparación con el primero, que fue del 50% en la MADRS y del 42% en la HARS. Las medidas utilizadas para evaluar la bondad de ajuste de los modelos (Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Barlett) demostraron la adecuación de la estructura factorial obtenida por ambas escalas.

En la figura 3 se observa que ambas escalas discriminaron adecuadamente entre pacientes con distintos grados de gravedad del trastorno, de manera que la impresión clínica de mayor o menor gravedad se asoció, respectivamente, con unas mayores o menores puntuaciones

TABLA 1

Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del estudio

Variables	Grupo TEA N = 108 [n (%)]	Grupo TA N = 106 [n (%)]
Edad (años): media (DE)	47,6 (12,0)	41,6 (12,1)
Sexo		
Varones	18 (16,7)	28 (26,4)
Mujeres	90 (83,3)	78 (73,6)
Nivel de educación		
Sin estudios	21 (19,4)	12 (11,3)
Estudios primarios	43 (39,8)	40 (37,7)
Estudios secundarios	30 (27,8)	29 (27,4)
Estudios universitarios	14 (13,0)	25 (23,6)
Situación laboral		
Trabaja fuera de casa	36 (33,3)	62 (58,5)
Jubilado	13 (12)	10 (9,4)
Parado	5 (4,6)	3 (2,8)
Incapacidad laboral o invalidez permanente	15 (13,9)	9 (8,5)
Ama de casa	38 (35,2)	20 (18,9)
Estudiante	1 (0,9)	2 (1,9)
Diagnóstico (código DSM-IV)		
Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)	23 (21,3)	
Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)	42 (38,9)	
Trastorno distímico (300.4)	25 (23,1)	
Trastorno adaptativo con depresión (309.0)	18 (16,7)	
Trastorno adaptativo con ansiedad (309.24)		17 (16)
Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)		35 (33)
Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)		50 (47,2)
Otro trastorno de ansiedad con crisis de angustia		4 (3,8)
Tiempo de evolución del trastorno		
De 0 a 3 meses	27 (25)	37 (34,9)
De 4 meses a 1 año	25 (23,1)	23 (21,7)
Más de 1 año	56 (51,9)	46 (43,4)
Gravedad del trastorno		
Normal	5 (4,7)	
Frontera de lo normal con lo patológico	2 (1,9)	4 (3,8)
Un poco enfermo	1 (0,9)	4 (3,8)
Levemente enfermo	6 (5,6)	19 (17,9)
Moderadamente enfermo	67 (62,6)	67 (63,2)
Gravemente enfermo	24 (22,4)	12 (11,3)
Entre los casos más graves de la enfermedad	2 (1,9)	

TEA: trastorno del estado de ánimo; TA: trastorno de ansiedad.

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

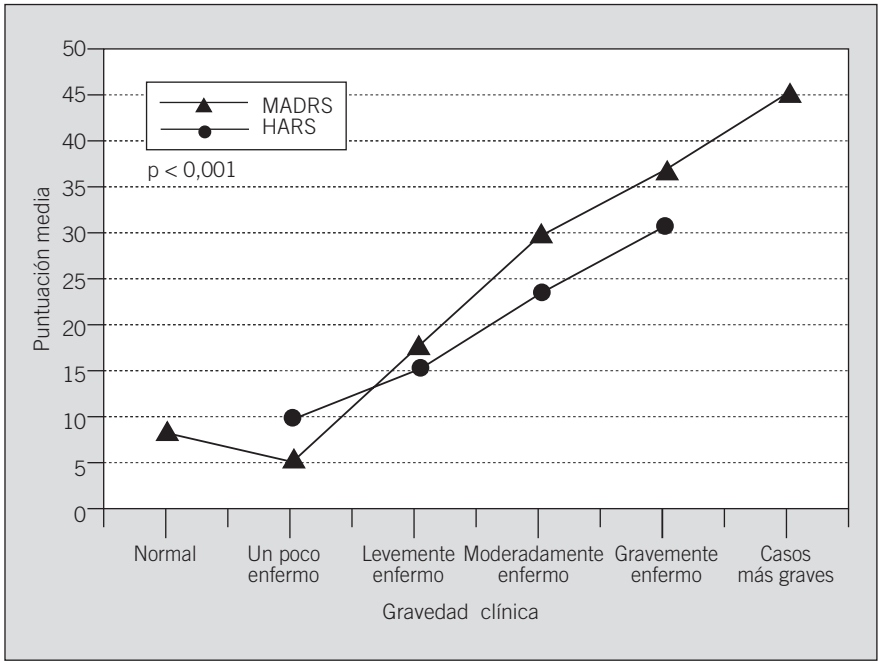

Fig. 3. Puntuación media de las versiones en español de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) según la gravedad clínica. En la HARS no se incluyó a los pacientes de las categorías «normal» o «casos más graves».

de las escalas de evaluación ($p < 0,001$). Ninguna otra variable sociodemográfica o clínica presentó una relación estadísticamente significativa con dichas puntuaciones (datos no expuestos).

En la tabla 2 se recoge la relación de la MADRS con la HDRS y el EQ-5D y de la HARS con la STAI y el EQ-5D. Al evaluar la validez transversal, la puntuación de la MADRS mostró una relación estadísticamente significativa con las dimensiones de «ansiedad/somatización», «peso», «alteración cognitiva» y «decaimiento» del HDRS y de «actividades cotidianas», «dolor/malestar» y «ansiedad/depresión» del EQ-5D; siendo dicha relación más importante (estadístico «t» superior) con las dimensiones de «decaimiento» del HDRS y de «ansiedad/depresión» del EQ-5D. En cuanto a la HARS, sus puntuaciones presentaron una relación estadísticamente significativa con las dos puntuaciones del STAI y con las tres dimensiones citadas anteriormente del EQ-5D. En este caso la relación más importante se observó en la subescala de estado del STAI y en la dimensión «ansiedad/depresión» del EQ-5D. Por otra parte, el análisis de la validez longitudinal, mostró resultados similares a los obtenidos en el análisis de la validez transversal: el cambio en las puntuaciones de las dimensiones de la MADRS y de la HARS entre las visitas de seguimiento presentó una relación estadísticamente significativa con el cambio en las puntuaciones de las dimensiones anteriormente mencionadas de la HDRS, del STAI y del EQ-5D (tabla 2).

TABLA 2

Relación entre las versiones en español de las escalas MADRS y HARS y las dimensiones del HDRS, STAI y EQ-5D. Valor del estadístico obtenido en el análisis de la variancia

Escalas estandarizadas	Validez transversal		Validez longitudinal	
	MADRS	HARS	MADRS	HARS
HDRS				
Ansiedad/somatización	3,505**	2,458*		
Peso	2,302*	2,526*		
Alteración cognitiva	3,073**	3,683**		
Variación diurna	0,250	1,431		
Decaimiento	6,453**	9,369**		
Alteraciones del sueño	0,730	1,127		
STAI				
STAI-Estado		7,680**		6,968**
STAI-Rasgo		4,146**		3,107**
EQ-5D				
Movilidad	–0,900	–1,789	0,788	–1,476
Cuidado personal	–1,446	–1,616	0,126	0,788
Actividades cotidianas	4,112**	2,504*	3,405**	2,608**
Dolor/malestar	2,327*	2,513*	0,008	2,516**
Ansiedad/depresión	6,703**	4,345**	7,199*	2,789**

*p < 0,05; **p < 0,01. MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; STAI: State Trait Anxiety Inventory; EQ-5D: EuroQol-5D.

Los coeficientes de fiabilidad de ambas escalas se exponen en la tabla 3. Los valores α de Cronbach para la MADRS y la HARS fueron de 0,88 y 0,89, respectivamente. Por otro lado, los valores del CCI obtenidos para evaluar la fiabilidad test-retest y la fiabilidad entre observadores fueron superiores a 0,9 en ambos casos. En la tabla 3 también se reproducen los resultados obtenidos para el estadístico tamaño del efecto, que mostró valores de 2,05 y de 1,36 para la MADRS y la HARS, respectivamente.

Discusión

Como indican los resultados del estudio, las versiones en español de la MADRS y de la HARS, profusamente utilizadas tanto en la práctica asistencial como en investigación clínica, presentan unas buenas cualidades psicométricas.

El análisis factorial de ambas escalas puso de manifiesto su unidimensionalidad. Esta arquitectura factorial coincide con la versión original de la MADRS[8,32], pero no sucede lo mismo con la HARS[9,33], de la que se han identificado diversas estructuras factoriales[34]. En este estudio, el factor de la HARS explicó por sí solo el 42% de la variancia, explicando con el segundo factor hasta un 51% de la variancia. Los dos factores hallados en la versión original[9,33] y los tres factores hallados en un estudio posterior[34], explicaron el 45 y 44%, respectivamente. Estas divergencias podrían deberse a diferencias metodológicas entre los tres estudios. Por una parte, el tamaño muestral fue inferior en la versión original ($n = 35$)[9] en comparación con estudios posteriores ($n = 4.184$[34] y $n = 214$ en el presente estudio). Por otro lado, conviene resaltar la variabilidad en el tipo de TEA o trastorno de ansiedad seleccionado, así como las diferencias en la gravedad clínica basal de los pacientes incluidos en los distintos estudios.

Aunque las puntuaciones de las escalas no presentaron una relación estadísticamente significativa con las características basales sociodemográficas o clínicas de los pacientes, sí lo hicieron con la impresión clínica de gravedad del trastorno, lo que indica que ambas escalas son capaces de discriminar adecuadamente entre los distintos grados de gravedad de los síntomas, como también sucede en las versiones originales[11,33]. Estos resultados concuerdan con los hallados en la ver-

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

TABLA 3

Fiabilidad y sensibilidad al cambio de las versiones en español de las escalas MADRS y HARS

Propiedades	MADRS	HARS
Fiabilidad		
Consistencia interna		
α de Cronbach	0,88	0,89
Número	108	102
Fiabilidad test-retest		
Puntuación media test (DE)	25,64 (12,6)	19,42 (9,45)
Puntuación media retest (DE)	24,70 (13,46)	18,22 (9,03)
CCI	0,94	0,92
Número	47	50
Fiabilidad entre observadores		
Puntuación media observador 1 (DE)	26,36 (10,53)	14,50 (6,18)
Puntuación media observador 2 (DE)	27,27 (10,61)	14,86 (6,33)
CCI	0,98	0,92
Número	22	22
Sensibilidad al cambio		
Puntuación media basal (DE)	32,61 (7,33)	24,69 (8,38)
Puntuación media a los 2 meses (DE)	7,56 (1,85)	12,29 (8,16)
Effect size	2,05	1,36
Número	54	49

CCI: coeficiente de correlación intraclase.

sión original de la MADRS por otros autores[35,36], aunque difieren, en el caso de la HARS, donde parece haberse establecido cierta asociación con la variable sexo[34].

Por otro lado, ambas escalas se asociaron con las dimensiones «ansiedad/depresión», «actividades cotidianas» y «dolor/malestar» del cuestionario EQ-5D, aspectos habitualmente afectados en este tipo de pacientes. Además, tanto la MADRS como la HARS se asociaron con las dimensiones de los otros instrumentos utilizados en el estudio para evaluar la validez convergente (HDRS y STAI, respectivamente). Cuatro de las 6 dimensiones de la HDRS (en particular la dimensión «decaimiento»), se asociaron de modo estadísticamente significativo con la MADRS. De igual manera, la HARS se asoció con ambas dimensiones de la STAI, en especial con la subescala de ansiedad-estado. Esta asociación es del todo coherente, ya que el contenido de la HARS se corresponde con el trastorno de ansiedad generalizada[37]. Estos resultados coinciden con los de estudios previos donde se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la MADRS y la HDRS[32], entre la HARS y varias escalas de ansiedad social[38], y entre la HARS y el Inventario de Ansiedad de Beck[20], lo que corrobora la validez convergente de las escalas en estudio.

Por último, en la evaluación de la validez longitudinal y la sensibilidad al cambio de ambas escalas se observaron resultados satisfactorios, de forma que, a medida que mejoraba la sintomatología del trastorno en pacientes inestables debido a las intervenciones terapéuticas, las puntuaciones de la MADRS y de la HARS experimentaban cambios consistentes y similares a los de las otras escalas utilizadas en el estudio.

En relación con la consistencia interna de estas escalas de evaluación, los valores del coeficiente α de Cronbach fueron superiores al estándar psicométrico exigido (0,7), lo que indica que poseen una elevada homogeneidad interna. Asimismo tanto la fiabilidad entre observadores –aspecto especialmente importante en una escala administrada mediante entrevista– como la fiabilidad test-retest de ambas escalas presentaron CCI superiores a los mínimos requeridos[30]. Estos resultados son similares a los obtenidos en los estudios de validación de las escalas originales[8-10,19,32].

Como limitación del estudio cabe destacar la restricción de la validación de la MADRS o la HARS al ámbito de pacientes con diagnóstico primario de TEA o trastornos de ansiedad respectivamente.

En resumen, los resultados expuestos permiten concluir que las versiones en español de las escalas MADRS y HARS utilizadas en este estudio para la evaluación de los síntomas de los TEA y de los trastornos de ansiedad, respectivamente, presentan unas propiedades psicométricas robustas, similares a las de las versiones originales y, por tanto, resultan adecuadas para su uso en la práctica asistencial y en estudios de investigación clínica.

La versión española de la HADRS y la HARS y los informes de adaptación cultural de las mismas están disponibles previa solicitud a los autores.

Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas:

Concepción Lacámara, Gemma González-Castro, Alfredo Gurrea-Escajedo (Servicio de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza); Nélida Elices-Urbano (Unidad de Psiquiatría. Hospital General Universitario. Guadalajara); Luis San-Molina, Carlos Ganoza-García, Rosa M.a Dueñas-Herrero (Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat); José Ramón Gutiérrez-Casares, Fernando Galán, Javier Bustos (Servicio de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina. Badajoz); Diego Palao-Vidal, Myriam Cavero-Álvarez (CSM-Fundació Hospital de Mollet. Mollet del Vallés); Sonia Mañá-Alvarenga (Unidad de Admisiones. Hospital Psiquiátrico de la Diputación Provincial. Alicante); José Vicente Baeza, Mónica Godrid (Unidad de Psiquiatría. Hospital General Universitario. Elche); Luis Sánchez-Planell, Crisanto Díez-Quevedo (Unidad de Psiquiatría. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona); José Luis Santos, Juan Carlos Guillén (Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca); Jaime de la Torre, José Ramón Domenech (Servicio de Psiquiatría y Psicosomática. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona); Judith Martínez-Mesas (Health Outcomes Research Europe. Barcelona).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Golberg D, Huxley P. Common mental disorders. London: Rountledge, 1992.
2. Ayuso JL. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. Psiquiatría.com [Revista electrónica] 1997 Mar [consultado 28/11/2000]; 1: [15 screens]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num1/art-2.htm.
3. Ayuso JL, Álvarez E. Depresión. Psiquiatría en Atención Primaria 2000;5:6-11.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor, 1994.
6. Salvador L, Romero C, González F. Guías para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, De Larrinoa PF, editores. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson, 2000; p. 15-33.
7. Heyland DK, Guyatt G, Cook DJ. Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. Crit Care Med 1998; 26:591-8.
8. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatr 1979;134:382-9.
9. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychiat 1959;32:50-5.
10. Riskind JH, Beck AT, Brown G, Steer RA. Taking the Measure of Anxiety and Depression. Validity of the Reconstructed Hamilton Scales. J Nerv Mental Dis 1987;175:474-9.
11. Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, Riley SA, Shaw SP, Snaith RP. A comparision of Depression Rating Scales. Br J Psychiatr 1982; 141:45-9.
12. Tison P. Structured interview guide for evaluating depression in elderly patients, adapted form DSM-IV and the GDS, HDRS and MADRS scales. Encephale 2000;26:33-43.
13. Badia X. Sobre la adaptación cultural de medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Med Clin (Barc) 1995;105:56-8.
14. Tormo Díaz MJ, Dal-Ré R, Pérez Albarracín G. Ética e investigación epidemiológica: principios, aplicaciones y casos prácticos. Sociedad Española de Epidemiología, 1998.
15. Walter SD, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. Stat in Med 1998;17:101-10.
16. Levine S, Deo R, Mahadevan K. A comparative trial of a new antidepressant, fluoxetine. Br J Psychiatry 1987;150:653-5.
17. Badia X, Carbonell M. Cultural adaptation into Spanish of the MADRS [informe disponible previa solicitud a los autores].
18. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993;12:1417-32.
19. Sheehan DV. The Anxiety Disease. New York: Bantan, 1983.

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

20. Beck A, Brown G, Epstein N, Teer RA. An inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. J Consulting Clin Psychol 1988;56:893-7.
21. Ballenger JC. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1999;60 (Suppl 22): 29-34.
22. Badia X, Carbonell M. Cultural adaptation into Spanish of the HARS. Mimeografía, 1999.
23. Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986;14:324-34.
24. Ramos-Brieva JA, Cordero A, Yánez R. Nuevos datos sobre la validez y fiabilidad de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. An Psiqui 1994;10:146-51.
25. Marcos T, Salamero M. Factor study of the Hamilton Rating Scale for Depression and Beck Melancolia Scale. Acta Psychiatr Scand 1990; 82:178-81.
26. Spielberger CD. The measurement of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. Emotions: their Parameters and Measurement 1976;2:713-25.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: manual. Madrid: TEA, 1982.
28. Bermúdez J. Análisis funcional de la ansiedad. Rev Psicol Gral Apl 1978;153:617-34.
29. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud: Guía de las escalas de medición en español. 2.ª ed. Barcelona: Edimac, 1999.
30. Nunally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1978.
31. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. Med Care 1989;27(Suppl):178-89.
32. Davidson J, Turnbull CD, Stricland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1986;73:544-8.
33. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. Br J Psychiat 1969;3:76-9.
34. Beneke M. Methodological investigations of the Hamilton Anxiety Scale. Pharmacopsychiatry 1987;20:249-55.
35. Maier W, Philipp M. Comparative analysis of observer depression scales. Acta Psychiatr Scand 1985;72:239-45.
36. Scmidtke A, Fleckenstein P, Moises W, Beckman H. Studies of the reliability and validity of the German version of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. (MADRS). Schweiz Arch Neurol Psychiat 1988;139:51-65.
37. Echeburúa E. Medición clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: Bulbena A, Berrios GE, De Larrinoa PF, editores. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson, 2000; p. 15-33.
38. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré R. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999;112: 530-8.

ANEXO 1

Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítemes deben ser puntuados

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial	0	1	2	3	4
Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados					

Documento descargado de http://www.doyma.es el 08/06/2007. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

ANEXO 2

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).
Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

1. Tristeza observada

Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse

☐ 0. Sin tristeza
☐ 1.
☐ 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad
☐ 3.
☐ 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo
☐ 5.
☐ 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a

2. Tristeza declarada por el paciente

Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos

☐ 0. Tristeza esporádica según las circunstancias
☐ 1.
☐ 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad
☐ 3.
☐ 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas
☐ 5.
☐ 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable

3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo

☐ 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera
☐ 1.
☐ 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido
☐ 3.
☐ 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad
☐ 5.
☐ 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible

4. Sueño reducido

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien

☐ 0. Duerme como siempre
☐ 1.
☐ 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado
☐ 3.
☐ 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h
☐ 5.
☐ 6. Menos de 2 o 3 h de sueño

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer

☐ 0. Apetito normal o aumentado
☐ 1.
☐ 2. Apetito ligeramente reducido
☐ 3.
☐ 4. Sin apetito. La comida es insípida
☐ 5.
☐ 6. Necesita persuasión para comer algo

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante

☐ 0. Ninguna dificultad para concentrarse
☐ 1.
☐ 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos
☐ 3.
☐ 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación
☐ 5.
☐ 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad

7. Lasitud

Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias

☐ 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía
☐ 1.
☐ 2. Dificultades para empezar actividades
☐ 3.
☐ 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo
☐ 5.
☐ 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida

☐ 0. Interés normal por el entorno y por otras personas
☐ 1.
☐ 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan
☐ 3.
☐ 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos
☐ 5.
☐ 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos

9. Pensamientos pesimistas

Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina

☐ 0. Sin pensamientos pesimistas
☐ 1.
☐ 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio
☐ 3.
☐ 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro
☐ 5.
☐ 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables

10. Pensamientos suicidas

Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación

☐ 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene
☐ 1.
☐ 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros
☐ 3.
☐ 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico
☐ 5.
☐ 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio