

Herramientas para la detección precoz del malestar emocional en personas adultas con cáncer

Resumen de: Gómez Salgado P, Triñanes Pego Y, Casal Acción B, Faraldo Vallés MJ. Herramientas para la detección precoz del malestar emocional en personas adultas con cáncer. Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS.

Disponible en: <https://runa.sergas.gal/xmlui/handle/20.500.11940/17941>

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención a las personas con cáncer se está reformulando hacia un enfoque integral de la salud. Esto conlleva tener en cuenta que sus necesidades van más allá de los aspectos físicos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, e incluyen un amplio abanico de implicaciones emocionales, interpersonales o sociales.

En este marco, la Red Nacional Integral sobre el Cáncer de EE.UU. (NCCN®) define el malestar o distrés emocional como una experiencia multifactorial desagradable de naturaleza psicológica, social, espiritual o física que puede interferir en la capacidad de afrontar de forma efectiva el cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. Este malestar se extiende a lo largo de un continuo que comprende desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y temor hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes como la depresión, la ansiedad, el pánico, el aislamiento social y las crisis existenciales o espirituales.

Estudios recientes estiman que la prevalencia de distrés en población oncológica adulta oscila entre un 25 % y un 52 %. Conscientes de esta realidad prevalente, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (2021), dentro de la línea estratégica sobre el modelo asistencial, plantea como uno de sus objetivos utilizar en la atención oncológica una herramienta estandarizada para la detección precoz del malestar emocional (distress) validada al español.

OBJETIVO

Proporcionar una evaluación de las características y las propiedades psicométricas de las herramientas para la detección precoz del malestar emocional en población oncológica adulta validadas en el contexto español que puedan utilizarse en el contexto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

MÉTODOS

Tras una búsqueda bibliográfica preliminar de guías de práctica clínica (GPC) e informes de evaluación de tecnologías sanitarias (realizada en octubre de 2021), se diseñaron dos estrategias de búsqueda específicas en las principales bases de datos biomédicas: la primera, para localizar guías de práctica clínica que aborden el malestar emocional en pacientes oncológicos (noviembre 2021) y, la segunda, para localizar los estudios primarios de elaboración y validación de herramientas en el contexto español, así como aquellos de adaptación transcultural y validación de herramientas al contexto español (diciembre de 2021).

Todo este proceso se completó mediante la creación de alertas en las principales bases de datos (Medline, Embase y WoS) con el fin de recuperar todos los estudios relevantes que pudiesen publicarse durante la redacción del informe. Las alertas se mantuvieron activas hasta la fecha de edición del informe. Tras la lectura de los títulos y los resúmenes de los artículos resultantes de la búsqueda, se realizó una selección de estudios conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Tanto la selección de estudios como la extracción de datos y el proceso de síntesis de la evidencia se ejecutó por pares. La información se sintetizó en tablas de evidencia elaboradas con la herramienta FLC 3.0 y adaptadas a los objetivos específicos de este informe. La calidad de la evidencia de los estudios se valoró mediante la herramienta QUADAS-2 para estudios de eficacia diagnóstica. Asimismo, se llevó a cabo una valoración global de cada una de las escalas teniendo en cuenta la fiabilidad, el tipo de medida criterio empleada, el tamaño de las muestras y la validez de cada escala. La valoración sobre los sesgos y la aplicabilidad de los estudios, así como la valoración global de las escalas, se efectuó por pares. El método de resolución de desacuerdos establecido en todas las fases fue el consenso.

Para analizar los aspectos relacionados con la visión de los y las pacientes, se analizó la información correspondiente tanto en las GPC como en los estudios primarios incluidos. Además, este informe fue revisado por 3 representantes de pacientes de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

RESULTADOS

Como resultado de la estrategia de búsqueda de guías, se tuvieron en cuenta 6 GPC para abordar los dominios relativos a la descripción del problema de salud, la descripción y las características técnicas de la tecnología, así como para analizar las consideraciones de implementación (aspectos organizativos, éticos y sociales, y relacionados con la visión de los y las pacientes). Como resultado de la búsqueda de estudios, se incluyeron 15 validaciones de herramientas de detección precoz del malestar emocional en pacientes en edad adulta con cáncer. Se evaluaron 7 escalas: las Escalas Visuales Analógicas (EVA) de ansiedad y depresión, el Termómetro de distrés (DT), el Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME), el Inventario Breve de Síntomas-18 (BSI-18), el Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton, versión revisada (ESAS-r), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el Instrumento de Evaluación de Necesidades Psicosociales y Espirituales del Enfermo al Final de la Vida (ENP-E). Según la longitud de la escala, 3 de las herramientas evaluadas (EVA de ansiedad y depresión, DT y DME) son ultracortas (concretamente, entre 1 o 2 ítems), y 4 de ellas (BSI-18, ESAS-r, HADS y ENP-E), cortas (específicamente, entre 10 y 18 ítems). Con respecto a la muestra de validación, 3 escalas (DT, BSI-18 y HADS) fueron validadas por tres o más estudios, contando con muestras heterogéneas de pacientes oncológicos en diferentes fases de la enfermedad; mientras que 4 escalas (EVA de ansiedad y depresión, DME, ESAS-r y ENP-E) fueron validadas a través de un único estudio para cada escala con pacientes oncológico-paliativos.

Según la herramienta QUADAS-2 para la evaluación de la calidad de los estudios de precisión diagnóstica, el estudio de validación de las EVA de ansiedad y depresión, cuatro de los cinco estudios de validación del DT, dos de los tres estudios de validación del BSI-18 y uno de los tres estudios de validación de la HADS no generan preocupaciones sobre sus riesgos de sesgo o sobre la aplicabilidad de sus resultados. El resto de los estudios genera ciertas preocupaciones, ya sea respecto al riesgo de sesgo o la aplicabilidad de sus resultados.

En lo que concierne a las propiedades psicométricas analizadas, los estudios de validación del DT no calculan ni su consistencia interna ni su estructura factorial, dado que está formado por un solo ítem. Por su parte, la validez convergente del test se evalúa en todos los estudios de validación, informando de correlaciones positivas moderadas con otras medidas como el BSI-18, los problemas emocionales recogidos en la Lista de Problemas, o la HADS.

El estudio de validación de las EVA de ansiedad y depresión no informa ni de su consistencia interna ni de su estructura factorial, entendiéndolas como medidas complementarias pero no pertenecientes a una misma escala. No obstante, sí analiza su validez convergente a través del cálculo de correlaciones positivas del Distrés Emocional Global (DEG) o la puntuación obtenida de la suma de las puntuaciones de las EVA con la puntuación total de la HADS, así como entre la EVA de ansiedad y la subescala de la HADS de ansiedad, y entre la EVA de depresión y la subescala de la HADS de depresión. Con respecto al DME, su consistencia interna ($\alpha = 0,685$) resulta baja, aunque dicho valor se aproxima al mínimo aceptable ($\alpha = 0,7$), sobre todo teniendo en cuenta que el instrumento está formado solo por dos ítems. El estudio de validación de esta herramienta informa de su validez convergente a través del cálculo de coeficientes de correlación intraclase (con el DT, la HADS y sus subescalas, así como con una valoración psicológica clínica), que resultan positivos. Por su parte, los estudios de validación del BSI-18 informan de una consistencia interna aceptable (α entre 0,82 y 0,91), aportan evidencias de validez convergente y confirman una estructura jerárquica con tres factores de primer orden (subescalas de ansiedad, depresión y somatización) y un factor de segundo orden como medida de distrés emocional (el Índice Global de Severidad -GSI-). El ESAS-r también cuenta con una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,86$), pero no analiza ni la validez de constructo ni la validez convergente de la escala. Con referencia a la HADS, los valores aportados por los estudios de validación sobre su consistencia interna son aceptables ($\alpha > 0,80$) y la estructura subyacente encontrada en dos de los estudios es bifactorial, formada por las subescalas de ansiedad y depresión. El otro estudio de validación encuentra una solución jerárquica con dos factores de primer orden (ansiedad y depresión), y un factor de segundo orden (puntuación total) como medida de distrés emocional. Asimismo, uno de los estudios también aporta evidencias de validez convergente de cada subescala. En el caso del ENP-E, el estudio de validación informa de una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0,75$) y de una estructura cuatrfactorial subyacente, formada por las subescalas de bienestar emocional, apoyo social, espiritualidad e información. Con respecto a la validez convergente de la escala, resultan positivos los coeficientes de correlación calculados con la HADS y el DT. La capacidad discriminativa de cualquiera de las herramientas de detección precoz analizadas resultó ser buena (tomando el área bajo la curva valores superiores a 0,80 en todos los casos). En el caso del BSI-18 y el ESAS-r, no se calculó la capacidad discriminativa por falta de prueba de referencia.

La valoración global de cada escala se basó en una evaluación combinada de su fiabilidad, el tipo de medida criterio empleada, el tamaño de las muestras y la validez de cada escala (valor medio de su sensibilidad y especificidad). Siguiendo esta valoración multicriterio, tres escalas fueron valoradas como pobres (EVA de ansiedad y depresión, BSI-18 y ESAS-r), una escala fue valorada como aceptable (ENP-E) y tres escalas obtuvieron una valoración moderada (DT, DME y HADS).

El impacto organizativo de la introducción de herramientas de detección precoz del malestar emocional podría ser sustancial, especialmente si se introduce como parte de un programa de cribado o evaluación sistemática. Distintas GPC recomiendan la creación de equipos de trabajo que coordinen y lideren su implementación, teniendo entre sus miembros la figura de algún psicólogo o alguna psicóloga. Desde el punto de vista ético, el uso de una herramienta de detección precoz del malestar emocional cumple el requerimiento de que el beneficio supere los posibles efectos secundarios. También se han de tener en cuenta otras consideraciones éticas como el respeto a la autonomía, el derecho a la intimidad y la confidencialidad y la equidad en el acceso.

En cuanto a la visión de los y las pacientes, apenas se ha identificado información sobre la aceptabilidad, la satisfacción o las perspectivas de las y los pacientes en las GPC recuperadas ni en los estudios analizados.

DISCUSIÓN

En términos generales, la capacidad discriminativa de cada una de las herramientas analizadas es buena, aunque cabría matizar que los resultados coinciden con lo planteado por estudios previos, que apuntan que las medidas ultracortas suelen poseer una menor precisión diagnóstica, pues, aun teniendo adecuados niveles de sensibilidad, los valores de especificidad suelen ser de bajos a moderados. No obstante, estas medidas representan una ventaja en el ámbito sanitario, ya que son más sencillas de implementar dentro de la atención rutinaria.

A nivel general, el empleo de una u otra herramienta podrá diferir según el contexto y el tipo de pacientes con quienes vayan a ser empleadas. Para la elección, también ha de contemplarse la calidad de la evidencia de los estudios de validación de cada uno de los instrumentos, el número de estudios de validación que respalda cada herramienta y la valoración global de cada escala.

Teniendo en cuenta los resultados en su conjunto, encontramos 3 medidas ultracortas: dos para población paliativa (EVA de ansiedad y depresión, y cuestionario DME), y una para población oncológica general (Termómetro de distrés). En el caso de las EVA, la valoración de la calidad del único estudio de validación no genera preocupaciones, aunque la valoración global de la escala resulta pobre dado su reducido tamaño muestral. Al respecto del cuestionario DME, la valoración global de la escala resulta moderada y la valoración de la calidad del estudio revela riesgo de sesgo respecto del dominio prueba índice. Con relación al DT, es la herramienta que cuenta con un mayor número de estudios de validación. Su valoración global es moderada, y en cuatro de los cinco estudios no se estima riesgo de sesgo.

Por otra parte, localizamos 4 medidas cortas: dos para población paliativa (ESAS-r y ENP-E) y dos para población oncológica general (BSI-18 y HADS). La utilización del ESAS-r no estaría respaldada ni por la valoración global de la escala (pobre) ni por la valoración de la calidad de la evidencia, pues su único estudio de validación suscita preocupaciones tanto a nivel de riesgo de sesgo como de aplicabilidad. Con respecto al ENP-E, su valoración global resulta aceptable, mientras que la valoración de la calidad de la evidencia sugiere riesgo de sesgo incierto en la selección de pacientes y la prueba de referencia. En lo que concierne al BSI-18, la calidad de los estudios no plantea apenas preocupaciones sobre riesgo de sesgo y aplicabilidad, pero su valoración global resulta pobre, ya que no estima su precisión diagnóstica frente a una prueba de referencia. En cuanto a la HADS, su valoración global se considera moderada, mientras que la calidad de la evidencia de los estudios presenta riesgos de sesgo en dos de los tres estudios.

El compendio de todos los índices analizados indica que el Termómetro de distrés (con un punto de corte ≥ 5) destaca como herramienta de detección precoz del malestar emocional, por su brevedad (1 ítem), por haber sido validado en cinco estudios (de los cuales cuatro cuentan con bajo riesgo de sesgo) cuyas muestras provienen de población oncológica en diferentes estadios de la enfermedad, así como por contar con una valoración global de la escala moderada.

Para refinar el proceso de detección precoz del malestar emocional en pacientes con cáncer y superar los inconvenientes derivados de emplear una medida de un solo ítem, el uso del Termómetro de distrés podría emplearse en un primer estadio del propio cribado, y combinarse posteriormente con una escala de mayor longitud, lo que contribuiría a que la especificidad del cribado en su conjunto mejorase. La valoración conjunta de todos los índices analizados hace destacar a la escala HADS para este fin.

Cabe resaltar la importancia de emplear estas herramientas de detección precoz del malestar emocional dentro de un programa estructurado que asegure la atención psicosocial posterior a las y los pacientes que la necesiten, puesto que la evidencia no permite asegurar el efecto beneficioso del cribado de manera aislada.

CONCLUSIONES

- Para la elección de una u otra herramienta de detección precoz del malestar emocional en personas adultas con cáncer, deben considerarse aspectos como el objetivo de la detección precoz, la longitud de la escala, la fase de la enfermedad en la que se encuentran las y los pacientes, la valoración de riesgo de sesgos de los estudios y la valoración global de la escala.
- Considerando todo ello en su conjunto, destaca el Termómetro de distrés (con un punto de corte ≥ 5) como herramienta de detección precoz del malestar emocional por su brevedad (1 ítem), por haber sido validado en estudios con bajo riesgo de sesgo y cuyas muestras provienen de población oncológica en diferentes estadios de la enfermedad, así como por contar con una valoración global de la escala moderada. Esta medida de un solo ítem cuenta con una alta sensibilidad y una baja especificidad, por lo que podría considerarse como un primer estadio de cribado útil para descartar distrés clínico, y combinarse posteriormente con una escala de mayor longitud, lo que contribuiría a que la especificidad del cribado en su conjunto mejorase. Para este fin, destacaría la escala HADS.
- Cabe subrayar la relevancia de emplear las herramientas de detección precoz del malestar emocional en el marco de un programa de cribado estructurado y coordinado por un equipo multidisciplinar que cuente con la figura de un o una profesional de la psicología, así como con un protocolo de derivación que asegure la atención psicosocial especializada a las y los pacientes que la necesiten.
- Sería recomendable poner en marcha estudios que evalúen de manera completa la calidad psicométrica y la precisión diagnóstica de las herramientas de detección precoz del malestar emocional, ya que el número de estudios es reducido y, en algunos casos, resultan incompletos al no incluir prueba de referencia, siendo particularmente necesario en el caso del BSI-18. Asimismo, sería necesario que futuras investigaciones presten mayor atención a cuestiones relacionadas con la implementación y la aceptabilidad de las herramientas por parte de los y las pacientes, sobre todo teniendo en cuenta la diversidad social y cultural, y las peculiaridades de grupos desfavorecidos o de población con discapacidad.