

Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer

Tte. Cor. M.C. Psiqu. José de Jesús **Almanza-Muñoz**,* Dra. Ivonne Rosario **Juárez**,** Tte. Aux. Psic. Sonia **Pérez*****

Dirección General de Sanidad-Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Introducción. El cáncer genera sufrimiento emocional a los pacientes y sus familias, frente a la limitada capacidad de los médicos para su adecuado reconocimiento y abordaje. El desarrollo actual de la Psicooncología ofrece instrumentos clinimétricos para detectar el impacto emocional del cáncer y coadyuva a su manejo temprano y oportuno.

Objetivo. Traducir, adaptar y validar el termómetro de distrés (TD) en idioma español para su uso con fines clínicos y de investigación en el campo de la Psicooncología.

Método. En un total de 317 pacientes con cáncer, se exploró el distrés, previa traducción, retraducción y adaptación semántica del mismo, procediendo luego a la determinación de su validez convergente mediante análisis de la Curva de Operación Característica del Receptor o Análisis ROC, en comparación con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD).

Resultados. La versión en idioma español requirió mínimas adaptaciones semánticas y conservó el término distrés para efectos de claridad. La validación convergente a través del Análisis ROC mostró área bajo la curva de 0.631, sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90%, con un punto de corte de 4 o más, lo cual arroja una prevalencia del distrés de 61.8%.

Discusión. Los hallazgos del presente estudio son congruentes con lo reportado en la literatura internacional en el campo de la Psicooncología.

Conclusiones. El termómetro de distrés es un instrumento adaptado y validado con parámetros clinimétricos sólidos que lo hacen confiable para su uso clínico y de investigación del impacto emocional del cáncer. Es recomendable continuar con esta línea de investigación para confirmar estos hallazgos en futuros estudios.

Palabras clave: cáncer, distrés, termómetro, área bajo la curva, curva de operación característica del receptor, protocolo de traducción-retraducción, clinimetría.

Translation, adaptation and validation of the distress thermometer in a sample of Mexican patients

SUMMARY

Introduction. Cancer causes emotional suffering for patients and their families in the face of a limited capacity from physicians to appropriate recognition and approach. The current development of Psycho-oncology offers clinimetric instruments to detect the emotional impact of cancer and helps for their early and opportune management.

Objective. To translate, to adapt, and to validate the Distress Thermometer in Spanish language to apply with clinical and research purposes in the Psychooncology field.

Method. A total of 317 cancer patients was studied after translation, back translation, followed by convergent validity using Receiver-Operating Characteristics (ROC) Analysis as compared with the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results. The TD Spanish version have required minimal semantic adaptations and has maintained the term of Distress for clarity effects. Convergent validity using ROC analysis, showed area under curve of 0.631, Sensibility of 93%, Specificity of 76%, Positive Predictive Value of 82%; Negative Predictive Value of 90%, with a cut-off score of 4 or superior, which yields a Prevalence of Distress of 61.8%.

Discussion. The current features of this study are congruent with those reported at the international literature of the Psychooncology field.

Conclusions. The Spanish version of the Distress Thermometer is an adapted and validated instrument with solid clinimetric parameters which makes it reliable for its clinical and research use for the emotional impact of cancer. It is recommended to continue with this line of research to confirm these features as well as to perform future studies.

Key words: Cancer, distress, thermometer, area under curve, receiver-operating characteristics, translation-back translation protocol, clinimetry.

* Médico Cirujano, Psiquiatra de Enlace y Psicooncólogo, Jefe de Salud Mental, Dir. Gral. de Snd. Responsable Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar. ** Psicóloga Clínica y Psicooncóloga, Dra. en Investigación Psicoanalítica, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Secretario de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C. Asesora externa del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar. *** Psicóloga Clínica y Psicooncóloga, Miembro de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C. Coordinadora del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. José de Jesús Almanza-Muñoz

Dirección General de Sanidad, Sección de Salud Mental. Blvd. Manuel Ávila Camacho S/N, Esq. Av. Ejército Nacional, Campo Militar 1-J, Predio Reforma. Col. Irrigación. Deleg. Miguel Hidalgo. C.P. 11500. Correo electrónico: almanzaj@yahoo.com

Recibido: Octubre 4, 2008

Aceptado: Octubre 26, 2008

Introducción

La presencia de cáncer conlleva grados variables de impacto y sufrimiento emocional, lo cual ha sido ampliamente establecido por diversos autores, en el sentido de que prácticamente todos los pacientes experimentan algún grado de distrés asociado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer en varios estadios de la enfermedad.¹⁻⁵ Lamentablemente la habilidad para reconocer el distrés en los pacientes con cáncer es todavía limitada debido a diversos factores, entre ellos la carencia de habilidades de comunicación entre los clínicos, la falta de motivación para explorar síntomas emocionales y el poco tiempo disponible por médicos y enfermeras para la atención de sus pacientes.⁶⁻⁸

En este sentido, el desarrollo de guías clínicas prácticas para la detección y manejo de distrés es, sin duda alguna, una de las aportaciones más relevantes de los últimos años que en el campo de la Psicooncología se ha hecho al cuidado de los pacientes con cáncer.^{1-3,9,10} Dichas guías contribuirán a modificar el hecho, aún vigente, de que solamente 10% de entre 20 y 40% de pacientes con cáncer que cursan con distrés sean reconocidos y referidos para recibir ayuda psicológica.^{5,11,12}

Distrés en pacientes con cáncer

La medición del distrés en pacientes con cáncer, partió de su reconocimiento a nivel clínico y se consolidó con el desarrollo del termómetro de distrés por los doctores Holland, Roth y cols. en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York.¹³ Un avance crucial para su reconocimiento a nivel global, fue su adopción dentro de la Guía Práctica de Oncología para el Manejo del Distrés de la Red Nacional Integral de Cáncer de los Estados Unidos de América (The National Comprehensive Cancer Network).^{1,2,9,10} A partir de ello, el TD se ha constituido como un instrumento clinimétrico útil y ampliamente aceptado para la detección temprana y efectiva del distrés psicológico en pacientes con cáncer de distintos subtipos,¹³⁻¹⁶ lo cual se ha proyectado mediante diversos estudios en distintos países, lenguas y culturas.¹⁷⁻²⁰

Validación del termómetro de distrés (TD)

Además de la validación clínica y empírica, diversos investigadores han aplicado distintos abordajes metodológicos para la validación convergente del TD, tales como la metodología ROC (Receiving Operating Characteristics). Por ejemplo, Jacobsen y cols. (2005) la compararon con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (EHAD), y reportaron un área bajo la curva (area under the curve) de 0.80, para un punto de corte de 4, mismo que mostró una óptima sensibilidad y especificidad;¹⁵ Ransom y cols. (2006) reportaron con la misma metodología, en una muestra de pacientes con trasplante de médula ósea, un área bajo la curva de ROC estimada en 0.75, para un punto de corte de 4.¹⁶ En

estudios más recientes, Dolbeault (2008), en Francia, recomienda un punto de corte de 3 para una sensibilidad de 76% y una especificidad de 82%.²⁰ Tuinman, en Holanda (2008), reportó un valor predictivo positivo de 39% y un valor predictivo negativo de 95%, para un punto de corte de 5 en el TD.²¹

Para familiares de pacientes con cáncer, Zwahlen y cols., de Suiza (2008), reportaron para el TD, un área bajo la curva de 0.88 para la subescala de ansiedad y de 0.84 para la subescala de depresión, asimismo, precisaron que un punto de corte de entre 4 y 5 maximiza la sensibilidad (86.2% para la subescala de ansiedad y 88.2% para la subescala de depresión), y la especificidad (71.2% para la subescala de ansiedad y 67.6% para la subescala de depresión); sin embargo, el punto de corte alternativo de 3 a 4, incrementa la sensibilidad hasta 94.1% para ambas subescalas.²²

Otros reportes recientes reportaron una sensibilidad de 79% y especificidad de 81%, para el TD, según Gessler y cols. (2008), en el Reino Unido;²³ y de 0.75, con una sensibilidad de 0.83 y una especificidad de 0.59 en Corea, de acuerdo con el estudio de Shim (2008).²⁴

Prevalencia de distrés con el TD

La prevalencia de distrés ha mostrado un rango muy amplio que va de 5 a 61% dependiendo del sitio del cáncer y de los instrumentos de detección.^{20,25-27} Aplicando el TD, Hegel encontró en 236 paciente recientemente diagnosticados con cáncer una prevalencia de 41% con un nivel significativo de distrés (> 5, en escala de 0-10), de los cuales, 11% tuvieron depresión mayor, y 10% presentaron trastorno por estrés post-traumático.²⁶

El termómetro de distrés en México

A partir del desarrollo de la Psicooncología en México desde hace ya algunas décadas,^{28,29} el interés por la atención psicológica del paciente con cáncer se ha ido incrementando. Con base en ello, así como con el conocimiento directo del instrumento por parte del primer autor en su entorno original en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, se formuló el presente proyecto para validar el TD en idioma español, a partir de su aplicación clínica en forma empírica y contrastándolo con la entrevista clínica psiquiátrica semiestructurada y con la EHAD.

Con base en lo anterior, el objetivo de este estudio fue desarrollar la versión del termómetro de distrés en idioma español y determinar su validez convergente en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer a partir de su comparación con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, con la meta final de poner a disponibilidad de la comunidad médica y oncológica tanto del medio médico militar como del médico y oncológico general, un instrumento adecuado para medir el distrés psicológico y contribuir a su detección oportuna y manejo temprano.

Método

Entorno clínico

El presente estudio se llevó a cabo en los meses de abril a agosto de 2008 como parte de las actividades clínicas y de investigación del recientemente creado Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar. Su diseño incluyó dos fases, la primera enfocada a la traducción y adaptación semántica, y la segunda a la validación clinimétrica del termómetro de distrés.

Participantes

Entre abril y agosto del año 2008, 329 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Central Militar, dentro del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología. Como parte de su atención, se les aplicó el termómetro de distrés, previo consentimiento informado, así como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, además de un cuestionario breve de datos sociodemográficos y clínicos.

Procedimiento

Fase 1. Fase de traducción y adaptación semántica:

Consistió en la aplicación del protocolo estándar de traducción-retraducción, conforme lo descrito por Brislin (1970),³⁰ a partir de la versión original en idioma inglés del termómetro de distrés para su revisión idiomática y adaptación semántica, aplicándose la determinación de Kappa en un grupo piloto para determinar la concordancia contra la aplicación de una entrevista psiquiátrica semiestructurada.

Fase 2. Fase de validación clinimétrica: Consistió en la determinación de la validez convergente entre el TD y la EHAD mediante la aplicación del Análisis de las Curvas de Operación Característica del Receptor, o Receiver-Operating Characteristic Analysis, mejor conocido como Análisis ROC, técnica originalmente desarrollada en ingeniería y telecomunicaciones y aplicada a los radares durante la Segunda Guerra Mundial, que ha sido aplicada exitosamente en el área epidemiológica como un marco de referencia para la determinación de errores tipo 1 y tipo 2 y es útil para el análisis de decisión en el ámbito clínico. Su representación gráfica se efectúa ubicando en eje vertical los verdaderos positivos y en el eje horizontal los falsos positivos.³⁰⁻³² Por otra parte, se llevó a cabo una correlación lineal de Pearson entre los puntajes obtenidos con ambos instrumentos. Tanto el análisis ROC como la correlación de Pearson han sido ampliamente aplicados en la validación de instrumentos clinimétricos en el ámbito particular de la investigación psiquiátrica.^{30,31}

Instrumentos de medición

Termómetro de distrés (TD): Es una escala análoga visual del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro, originalmente creada en idioma inglés (Figura 1) y traducida y adaptada para este proyecto

(Figura 2). Tiene dos partes, la primera incluye un reactivo que textualmente expresa la siguiente instrucción: *Por favor encierre en un círculo, el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.* La segunda parte, pide que de una lista de problemas, se señale la existencia o no de los mismos, bajo la siguiente instrucción: *Por favor, indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.* Esta lista es susceptible de explorarse en forma más amplia por los clínicos. El TD fue creado por Roth, en 1998,¹³ y los reportes de validez aplicando el Análisis ROC muestran un área bajo la curva en promedio de 0.75 a 0.80,^{15,16} con sensibilidad de 76 a 84%, y especificidad de 81 a 88%.^{20,24}

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Es una escala clinimétrica que consta de 14 reactivos, siete de ellos exploran depresión y los otros siete exploran ansiedad, encontrándose intercalados. Su respuesta es de tipo Likert (de 0, 1, 2 o 3). Al aplicarla, se indica al paciente lo siguiente: *Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.* Fue diseñado por Zigmond (1983)³⁴ y ha sido validada en México por López-Alvarenga y cols (2002), señalando una consistencia interna de 0.64 a 0.71, concluyendo que dicho instrumento es válido y consistente en la población mexicana.³⁵

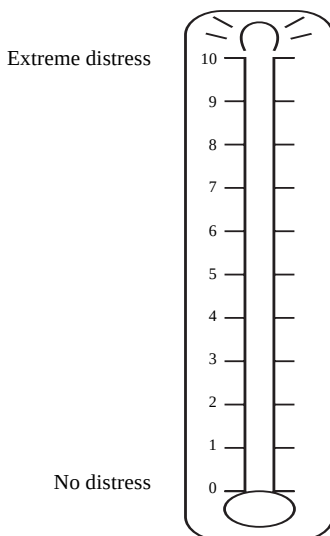
Análisis estadístico

Para la fase 1 se determinó la Kappa de Cohen como medida de acuerdo entre el TD y una entrevista clínica semiestructurada. Asimismo, se efectuó la discusión y adaptación semántica para establecer la versión final del TD en idioma español.

Para la fase 2 se aplicó el análisis de las características operativas del receptor o Análisis ROC (Receiving Operating Characteristics), para determinar el Área Bajo la Curva/ABC (Area Under the Curve/AUC),^{31,32} así como la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo, tomando como base los principios de Medicina Basada en Evidencia.³³ Adicionalmente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre el TD y la EHAD global, así como con las subescalas de depresión (EDAH-D) y de ansiedad (EDH-D). Para establecer la significancia, se postuló *a priori* un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5%. Para el procesamiento de datos y la ejecución del análisis estadístico, se utilizaron los programas Microsoft Office Excel® 2007 v. 12.0 (Microsoft Corp Redmond WA) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v. 12.0 (Statistical Package for Social Sciences, v 12.0/SPSS® Inc., 1989, Chicago IL).

Screening tools for measuring distress

Instruction: First please circle the number (0-10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week including today.



Second, please indicate if any of the following has been a problem for you in the past week including today. Be sure to check YES or NO for each.

YES NO Practical Problems

- ☐ ☐ Child care
☐ ☐ Housing
☐ ☐ Insurance/financial
☐ ☐ Transportation
☐ ☐ Work/school

Family Problems

- ☐ ☐ Dealing with children
☐ ☐ Dealing with partner

Emotional Problems

- ☐ ☐ Depression
☐ ☐ Fears
☐ ☐ Nervousness
☐ ☐ Sadness
☐ ☐ Worry
☐ ☐ Loss of interest in usual activities

- ☐ ☐ Spiritual/religious concerns

YES NO Physical Problems

- ☐ ☐ Appearance
☐ ☐ Bathing/dressing
☐ ☐ Breathing
☐ ☐ Changes in urination
☐ ☐ Constipation
☐ ☐ Diarrhea
☐ ☐ Eating
☐ ☐ Fatigue
☐ ☐ Feeling Swollen
☐ ☐ Fevers
☐ ☐ Getting around
☐ ☐ Indigestion
☐ ☐ Memory/concentration
☐ ☐ Mouth sore
☐ ☐ Nausea
☐ ☐ Nose dry/congested
☐ ☐ Pain
☐ ☐ Sexual
☐ ☐ Skin dry/itchy
☐ ☐ Sleep
☐ ☐ Tingling in hands/feet

Other Problems: _____

Version 1.2008, 11/08/07 © 2007 National Comprehensive Cancer Network, Inc. All rights reserved.

These guidelines and this illustration may not be produced in any form without the express written permission of NCCN.

DIS-A

Fuente: Red Nacional Integral de Cáncer de los Estados Unidos de América (The National Comprehensive Cancer Network)⁹

Figura 1. Termómetro de distrés.⁹

Resultados

Características de la muestra

Se estudio a un total de 329 pacientes con diagnóstico establecido de cáncer, atendidos dentro del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar. De dichos pacientes, 12 rehusaron participar en el estudio manifestando sentirse fatigados o próximos a su egreso hospitalario, lo cual representó 3.6%. La edad promedio fue de 45.1 años, con una desviación estándar (DE) de 18.8. Las características clínicas, diagnósticas y sociodemográficas se describirán en otro estudio de publicación ulterior, limitándose el presente reporte a describir la validación del TD.

Traducción y adaptación semántica

Sólo por lo que respecta al TD, y considerando su origen en idioma inglés, se aplicó el protocolo de traducción retra-

ducción, de acuerdo con lo señalado por Brislin (1970),³⁰ lo cual involucró a dos traductores bilingües (inglés-español) e independientes, el primero de ellos hizo la traducción de la versión original del instrumento en idioma inglés (*Figura 1*) al idioma español y el segundo efectuó la retraducción del español al idioma original, comparándose entonces las discrepancias y efectuando las adaptaciones necesarias para que estas discrepancias fuesen mínimas. Para la revisión semántica se consideraron otras versiones del TD en idioma español.

La aplicación de la perspectiva psicooncológica y el consenso de los autores convergió en conservar la palabra *distrés* para referirse a la original *distress* del idioma inglés. Ello en razón de la inexistencia de una palabra en castellano que la defina en forma específica, asimismo, tomando como base su aplicación como tal en otros idiomas, además del español, y siguiendo también lo señalado por la Red Nacional Integral de Cáncer de los Estados Unidos de América,

Termómetro de distrés*

Distrés: Experiencia displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer sus síntomas físicos y/o su tratamiento.

Instrucciones:

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto distrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.
2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.

Distrés extremo

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

0

Sin distrés

SÍ	NO	Problemas prácticos	SÍ	NO	Problemas físicos
☐	☐	Cuidados de los hijos	☐	☐	Apariencia
☐	☐	Casa	☐	☐	Baño/vestido
☐	☐	Seguridad financiera	☐	☐	Respiración
☐	☐	Transporte	☐	☐	Cambios en la orina
☐	☐	Escuela/trabajo	☐	☐	Constipación
SÍ	NO	Problemas familiares	☐	☐	Diarrea
☐	☐	Relación de pareja	☐	☐	Alimentación
☐	☐	Relación con los hijos	☐	☐	Fatiga
			☐	☐	Sensación de debilidad
SÍ	NO	Problemas emocionales	☐	☐	Fiebre
☐	☐	Depresión	☐	☐	Movilidad
☐	☐	Miedo	☐	☐	Indigestión
☐	☐	Nerviosismo	☐	☐	Memoria/Concentración
☐	☐	Tristeza	☐	☐	Dolor en boca
☐	☐	Preocupación	☐	☐	Náusea
☐	☐	Pérdida de interés en las actividades habituales	☐	☐	Nariz seca/congestión
☐	☐	Preocupaciones religiosas o espirituales	☐	☐	Dolor
			☐	☐	Problemas sexuales
			☐	☐	Piel seca/comezón
			☐	☐	Problemas para dormir
			☐	☐	Hormigueo en manos o pies

Otros problemas: _____

* Fuente: Protocolo de traducción-retraducción del TD para el presente trabajo.

Figura 2. Termómetro de distrés, versión en idioma español.

REV SANID MILIT MEX 2008; 62(5): 209-217

213

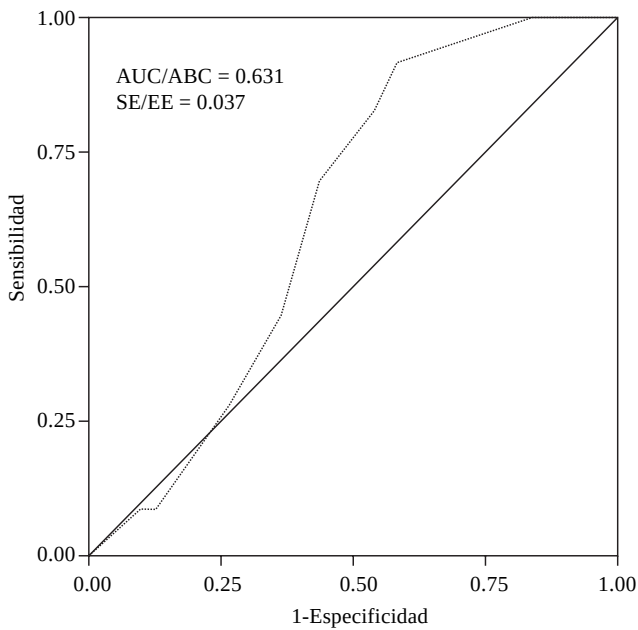


Figura 3. Análisis ROD para el TD en comparación con la EHAD.

en el sentido de utilizar una palabra no estigmatizante y que favorezca la aceptación y al mismo tiempo la detección temprana del distrés en el campo específico de la Oncología.

La revisión semántica mostró consenso total respecto al reactivo de la primera parte del TD; sin embargo, requirió de precisiones y reconsideraciones para la lista de problemas, para la cual se obtuvo un porcentaje de acuerdo inicial de 77%, mismo que se elevó hasta 97% luego de las adecuaciones semánticas. Esto dio como resultado la versión 1.0 en idioma Español, misma que se aplicó a un grupo piloto de 32 pacientes, con quienes se llevó a cabo una entrevista psiquiátrica semiestructurada efectuada por el Psiquiatra de Enlace el equipo de Investigación (JJAM), para confirmar la presencia de depresión y de ansiedad, con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002).³⁶

Al comparar ambos procedimientos (la aplicación del TD y la entrevista psiquiátrica) la exactitud para la depresión fue de 89% (Kappa = 0.73, IC 95%) y para la ansiedad fue de 91% (Kappa = 0.78, IC 95%). Con base en que el valor de concordancia (kappa) fue relativamente alto, no se hicieron cambios adicionales en la estructura idiomática ni semántica de las preguntas. Cabe subrayar que se optó por mantener el uso de la palabra distrés para el original en idioma inglés de *distress* en la versión 1.2 en español (Figura 1), del instrumento, además de la inclusión de la definición de distrés como parte del mismo como se muestra en la figura 2, para efectos de mayor claridad.

Validación clinimétrica

El termómetro de distrés (TD) a nivel global reportó en escala de 0 a 10, un puntaje promedio de 5.2 ± 2.7 con una mediana de 5.0. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión reportó un puntaje promedio de 13.7 ± 7.0 . Para el TD, un total de 31 sujetos (9.8%) mostró el puntaje máximo de 10, en tanto que ocho individuos (2.5%) obtuvieron como puntaje cero.

La validez convergente se obtuvo aplicando el análisis ROC, tomando como referencia la EHAD con un punto de corte de 15, como ha sido recomendado por los autores originales,¹⁹ así como por otros investigadores en cáncer y distrés.^{13,34} A partir de ello, el análisis ROC mostró un Área Bajo la Curva/ABC (Area Under de Curve/AUC), de 0.631 (Error estándar de 0.037 y $p < 0.011$) (Figura 3). Con base en lo descrito por Sackett,³³ se determinó la sensibilidad, encontrando un valor de 93%, y una especificidad de 76%, lo cual coincide con lo determinado por el análisis ROC, y determina como el punto de corte óptimo para el termómetro de distrés de 4 o mayor, ello con base en un punto de corte de 15 o más, para la EHAD, como ya se mencionó.

La correspondencia entre el TD y la EDAH, muestra que del total de 317 sujetos, ambos instrumentos coinciden en detectar a 162 (51.1%) con presencia de distrés psicosocial significativo (mayor o igual a 4 puntos) y con ansiedad y/o depresión (punto de corte de 15 o mayor). Por otro lado, en 110 individuos (34.7%) se descartó la existencia de distrés, ansiedad y/o depresión, por haber tenido puntajes menores a los puntos de corte referidos, todo lo cual tiene significancia estadística ($\chi^2=163.3$; $p > 0.001$) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Correspondencia entre el termómetro de distrés y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes con cáncer.

		EHAD				Totales	
		Punto de corte ≥ 15		Punto de corte ≤ 14			
		No.	%	No.	%	No.	%
Termómetro de distrés	Punto de corte ≥ 4	162	93.6%	34	23.6%	196	61.8%
	Punto de corte ≤ 3	11	6.4%	110	76.4%	121	38.2%
	Totales	173	54.5%	144	45.5%	317	100%

$$\chi^2 = 163.3; p > 0.001$$

Cuadro 2. Relación entre el nivel de distrés (TD) y la EHAD, con la lista de problemas del termómetro de distrés.

Lista de Problemas	Termómetro de Distrés					Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión				
	≥ 4		≤ 3		Sig. <i>p</i>	≥ 15		≤ 14		Sig. <i>p</i>
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
Problemas prácticos	138	55.2	47	44.8	0.05*	123	58.0	89	42.0	0.05 *
Problemas familiares	92	64.8	50	35.2	0.195	83	58.5	59	41.5	0.128
Problemas emocionales	159	64.1	89	35.9	0.075	139	56.0	109	44.0	0.194
Preocupaciones religiosas o espirituales	57	69.5	25	30.5	0.062	56	68.3	26	68.3	0.003 *
Problemas físicos	163	62.5	98	37.5	0.364	141	54.0	120	46.0	0.392
Problemas de relación Médico-Paciente	76	56.3	59	43.7	0.05*	66	48.9	69	51.1	0.05 *

* $p = 0.05$

Para un punto de corte de 4 en el TD, se obtuvieron los siguientes valores predictivos: valor predictivo positivo de 82% y valor predictivo negativo de 90%. Asimismo, el cálculo del radio de probabilidad para un test positivo (Likelihood ratio for a positive test result) arrojó un valor de 3.8; y el cálculo del radio de probabilidad para un test negativo (Likelihood ratio for a negative test result) arrojó un valor de 0.25.

Correlación entre el TD y la EHAD

La correlación global entre el TD y la EHAD mostró un coeficiente de Pearson de 0.718 ($p < 0.0001$); para la subescala de ansiedad fue de $r = 0.535$ ($p < 0.0001$); y para la subescala de depresión fue de $r = 0.379$ ($p < 0.0001$).

Prevalencia del distrés en pacientes con cáncer del Hospital Central Militar

Considerando los resultados de adaptación semántica y validez convergente y correlacional del TD, se encontró que con un punto de corte de 4 o mayor, la prevalencia de distrés en la muestra estudiada es de 61.8%, que representa a 196 pacientes de un total de 317 (*Cuadro 1*). Por otra parte, se encontró una correlación significativa entre los problemas prácticos y problemas de relación médico-paciente, para la presencia de distrés; asimismo, entre los problemas prácticos, preocupaciones religiosas o espirituales y problemas de relación médico-paciente ($p \geq 0.05$) (*Cuadro 2*).

Discusión

La aceptación de la atención integral que proporciona el recientemente creado Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología en el Hospital Central Militar, se refleja en el hecho de que únicamente 3.6% de los pacientes que fueron invitados a participar en el presente estudio, declinó dicha invitación. Dolbeault, en un estudio reciente,²⁰ reportó en una muestra de pacientes franceses una declinación de 6%, por lo que se pudo considerar que el factor de atrición del presente estudio es mínimo y en todo caso menor al re-

portado por otros autores.^{13,15,20} No se revisan ni discuten aquí las características demográficas y clínicas, ya que serán objeto de otra comunicación científica ulterior.

Con respecto a la adaptación semántica, en el presente estudio se observó y aplicó lo recomendando por Brislin,³⁰ en relación con las características de un protocolo de traducción-retraducción, de manera similar a cómo se ha llevado a cabo por autores de idiomas como el turco,¹⁹ el francés,²⁰ el inglés británico²³ y el coreano,²⁴ entre otros. Cabe señalar que en términos generales se describen las mismas dificultades y consideraciones respecto al debate de utilizar o no la palabra distrés, partiendo de su acepción original en inglés, concluyendo prácticamente como regla general la adopción en las distintas lenguas, con base fundamentalmente en las razones que la Red Nacional Integral de Cáncer de los Estados Unidos de América aplicó para adoptar dicho término en sus guías clínicas.

Adicionalmente, conviene puntualizar que el porcentaje de acuerdo de 97% luego de las adecuaciones semánticas, confirmado luego en el grupo piloto y con la exploración clínica, así como los valores Kappa (0.73 y 0.71) se consideran elevados y son similares a los que son reportados por otros autores; sin embargo, reportes culturalmente cercanos como el de Gil, Grassi y cols. (2005), en España,¹⁸ no profundizan en dichos datos.

La validación clinimétrica del TD señala, en un primer término, puntajes globales similares a los reportados por diversos autores, existiendo también congruencia con respecto a los grupos que mostraron puntajes elevados de distrés o bien puntajes bajos o nulos,^{10,11,13,15,17,24} lo cual, en un primer momento, confirma el abordaje metodológico y la universalidad del dolor emocional que el cáncer causa a los pacientes de diversas latitudes, culturas y lenguajes.

La validez convergente se confirmó con el análisis ROC, obteniéndose un valor para el Área Bajo la Curva (ABC/AUC), de 0.631, valor similar a lo reportado por autores como Ozalp,¹⁹ quien describe un valor de 0.66; y discretamente menor que otros reportes como el de Jacobsen,¹⁵ quien encontró una AUC de 0.80, o el de Hoffman.³⁸

Los valores de sensibilidad y especificidad, así como los valores de predicción positivos o negativos mostraron similitud con lo que ha sido reportado por Jacobsen,¹⁵ Ozalp,¹⁹ Dolbeault,²⁰ y Akizuki,¹⁷ si bien autores como Hoffman³⁷ no lo incluyen en su reporte. El punto de corte de 4 o mayor encontrado en este estudio como el más óptimo para el TD coincide con lo descrito por autores como Gil y cols.¹⁸

Para un punto de corte de 4 en el TD, se obtuvieron los siguientes valores predictivos: valor predictivo positivo de 82% y valor predictivo negativo de 90%. Asimismo, el cálculo del radio de probabilidad para un test positivo (Likelihood ratio for a positive test result) arrojó un valor de 3.8; y el cálculo del radio de probabilidad para un test negativo (Likelihood ratio for a negative test result) arrojó un valor de 0.25. Estos datos han sido reportados con valores muy cercanos por varios autores.¹⁵⁻²⁰

La validación del TD ha sido efectuada estableciendo una comparación con la EHAD en numerosos casos,^{14-16,18-20} reportándose en dichos estudios resultados similares al nuestro, que señalan coeficientes de Pearson elevados, mismos que indican una correlación estrecha entre ambos instrumentos, coincidiendo sin embargo, el hecho de que la correlación para con la subescala de ansiedad suele ser más alta que la existente con la subescala de depresión. Esto probablemente corresponda a que el distrés conceptualizado como una experiencia multifactorial displacentera que interfiere con la habilidad de afrontamiento se acerca más a la definición de ansiedad, que de depresión. De cualquier modo, ambos instrumentos confirman una vez más su complementariedad que recomienda por sí misma su uso combinado en la atención a los pacientes con cáncer.

Por lo que respecta a la prevalencia de distrés con nuestro TD ya validado es de 61.8%, dicho valor es más elevado que el 38% reportado por Dolbeault,²⁰ que el 50% publicado por Trask,³⁸ que el 59% descrito por Ozalp,¹⁹ y un poco superior al 61.6% reportado por Graves.²⁷ Tal diferencia puede explicarse por las distintas muestra estudiadas en los reportes mencionados, asimismo, un factor a considerar es que por regla general los entornos clínicos de dichos estudios reflejan la detección de distrés en comunidades clínicas que ya están habituadas a la detección de distrés, que inclusive cuentan con recursos comunitarios y médicos para la anticipación del mismo y diversas modalidades de intervención que se aplican en países como Estados Unidos de América, Francia, España, Corea, Reino Unido, etc., de manera rutinaria y establecida. Ello sin duda habrá tenido un efecto de disminuir la prevalencia de distrés. En contraste, el programa de Psicooncología y por ende la medición de distrés en nuestro medio es relativamente nueva y señala la necesidad de atención existente en nuestra comunidad clínica, y al mismo tiempo la apertura para abordar este importante problema.

Por último, es preciso resaltar que el TD ha demostrado en este estudio como en muchos otros su bondad, merced a la facilidad y rapidez en su aplicación y calificación, como dichos estudios lo han señalado.^{9,10,15,17-20,37}

Conclusiones

El termómetro de distrés en idioma español fue desarrollado conforme con la metodología recomendada, resaltando la conservación del término de distrés y la adición de la definición como parte del instrumento en su versión final, que se incluye en la *figura 2*.

El proceso de validación convergente ha mostrado que el TD es un instrumento confiable y válido con sólidos parámetros clinimétricos, resaltando el Área Bajo la Curva de 0.631, sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90%, y radio de probabilidad para un test positivo (Likelihood ratio for a positive test Result) de 3.8; y finalmente radio de probabilidad para un test negativo de 0.25. Todo ello con un punto de corte recomendado de 4 o más.

La prevalencia de distrés en pacientes mexicanos con cáncer del Hospital Central Militar es de 61.8%, lo cual constituye un punto de partida en la exploración de el impacto emocional del cáncer en la vida de los pacientes, lo cual nos conduce a las líneas futuras de trabajo en el sentido de continuar con la perspectiva de investigación clínica para mantener y consolidar esta línea de investigación de modo que se confirmen los hallazgos encontrados en muestra poblacionales más amplias para estar en condiciones de recomendar la mejor estrategia de abordaje de esta importante problemática al equipo de Oncología y médico en general, basados en la evidencia de nuestra propias investigaciones.

Referencias

- Holland JC. NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13(5A): 113-47.
- Holland JC, Anderson B, et al. NCCN Guidelines for Distress Management. *JNCCN* 2007; 5: 66-98.
- Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55(5): 403-9.
- Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al. (eds.). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998, p. 653-61.
- Carroll BT, Kathol R, Noyes R, et al. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69-74.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologist's recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16: 1594-600.
- Sollner W, DeVries A, Steixner E, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *British Journal of Cancer* 2001; 84: 179-85.
- Sollner W, Maislinger S, König A, et al. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psychooncology* 2004; 13: 893-7.
- National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. *J Natl Comp Cancer Network* 2003; 1: 344-74.
- Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004; 13(11): 792-9.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19-28.
- Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 2005; 104(12): 2872-81.

13. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 1904-8.
14. Patrick-Miller LJ, Broccoli TL, Much JK, Levine E. Validation of the Distress Thermometer: A single item screen to detect clinically significant psychological distress in ambulatory oncology patients. *J Clin Oncol* (Meeting Abstracts) 2004; 22(Suppl. 14): 6024.
15. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494-502.
16. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology* 2006; 15(7): 604-12.
17. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97: 2605-13.
18. Gil F, Grassi L, Travado L, et al. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among southern European cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 2005; 13: 600-6.
19. Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16(4): 304-11.
20. Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, Mandereau L, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliat Support Care* 2008; 6(2): 107-17.
21. Tuinman MA, Gazendam-Donofrio SM, Hoekstra-Weebers JE. Screening and referral for psychosocial distress in oncologic practice: use of the Distress Thermometer. *Cancer* 2008; 113(4): 870-8.
22. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Recklitis CJ, Buchi S. Screening cancer patients' families with the distress thermometer (DT): a validation study. *Psychooncology* 2008; 17(10): 959-66.
23. Gessler S, Low J, Daniells E, Williams R, Brough V, Tookman A, Jones L. Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psychooncology* 2008; 17(6): 538-47.
24. Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology* 2008; 17(6): 548-55.
25. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology* 2004; 15: 1243-9.
26. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, Clay KF, Ahles TA. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer* 2006; 107(12): 2924-31.
27. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55(2): 215-24.
28. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revi Instit Nac Cancerol* 2000; 46(3): 196-206.
29. Alvarado AS. Psicooncología en México (perspectiva histórica). Instituto Nacional de Cancerología de México. *GAMO* 2004 (3): 3.
30. Brislin R. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychiatry* 1970; 1: 185-216.
31. Murphy JM, Berwick DM, Weinstein MC, Borus JF, Budman SH, Klerman GL. Performance of screening and diagnostic test. Application of receiver operating characteristics analysis. *Arch Gen Psychiatr* 1987; 44: 550-5.
32. Domínguez-Alonso E, González-Suaréz R. Análisis de las curvas Receiver-Operating Characteristic: un método útil para evaluar procedimientos diagnósticos. *Rev Cubana Endocrinol* 2002; 13(2): 169-76.
33. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Harcourt Publishers Limited; 2000.
34. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361-70.
35. López-Alvarenga JC, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martínez D, Sierra-Ovando AE, González-Barranco J, Salín-Pascual RJ. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Rev Invest Clin* 2002; 54(5): 403-9.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed. Text Revised (DSM-IV-TR) Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
37. Trask PC, Paterson A, Riba M, Brines B, Griffith K, Parker P, et al. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002; 29(11): 917-25.
38. Vitek L, Rosenzweig MQ, Stollings S. Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11(3): 413-8.