

Original

Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos

Joaquín T. Limonero^{a,*}, Dolors Mateo^b, Jorge Maté-Méndez^{a,c,d}, Jesús González-Barboteo^{c,d}, Ramón Bayés^a, Montserrat Bernaus^e, Carme Casas^b, Montserrat López^e, Agustina Sirgo^f y Silvia Viel^g

^a Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

^b Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^c Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Grup de Cures Pal·liatives, IDIBELL, Barcelona, España

^e Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^f Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

^g Fundació Hospital-Residència Sant Camil, Sant Pere de Ribas, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de abril de 2011

Aceptado el 3 de julio de 2011

On-line el 26 de octubre de 2011

Palabras clave:

Tests psicológicos

Psicometría

Malestar emocional

Cuidados paliativos

Neoplasias

RESUMEN

Objetivo: Con el fin de valorar y aliviar el malestar emocional al final de la vida, se necesitan instrumentos de cribado sencillos, de fácil uso por los sanitarios y comprensibles por los enfermos. En el presente estudio multicéntrico se analiza la utilidad clínica del cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME) en enfermos hospitalizados con cáncer avanzado.

Métodos: Para determinar las propiedades psicométricas de la escala se administró, a la vez que otros instrumentos y procedimientos, a 105 pacientes con enfermedad oncológica avanzada ingresados en unidades de cuidados paliativos de cinco hospitales de Cataluña.

Resultados: Se observó que el 58,3% presentaba malestar emocional moderado muy intenso, similar al objetivado con otras escalas, como el termómetro emocional. El análisis estadístico de las curvas ROC sugiere que el punto de corte para la detección de malestar emocional que muestra el DME equivale a una puntuación ≥ 9 puntos, con una sensibilidad y una especificidad superiores al 75%.

Conclusiones: El DME es útil y de fácil manejo para la identificación del malestar emocional en los enfermos oncológicos avanzados ingresados en unidades de cuidados paliativos. Se sugiere que esta escala también se podría aplicar a otros enfermos y ámbitos de la atención sanitaria, por ejemplo la atención domiciliar o la atención primaria en enfermos crónicos.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Assessment of the psychometric properties of the Detection of Emotional Distress Scale in cancer patients

ABSTRACT

Objective: To evaluate and alleviate the emotional distress suffered by advanced cancer patients, simple screening methods that can be easily used by health staff and easily understood by patients are required. The objective of this multicenter study was to analyze the psychometric properties and clinical utility of the Detection of Emotional Distress (DED) scale in advanced cancer patients attending a palliative care unit.

Methods: The DED scale was administered to 105 advanced cancer patients attended in five palliative care units in Catalonia (Spain).

Results: A total of 58.3% of the patients had moderate to severe emotional distress, a result similar to those of other scales such as the emotional thermometer. Statistical analysis of ROC curves suggested that the cutoff for the detection of emotional distress by the DED scale was equivalent to a score of ≥ 9 points, with a sensitivity and specificity above 75%.

Conclusions: The DED scale is useful and easy to use in the identification of emotional distress in advanced cancer patients attended in palliative care units. This scale could also be applied in other patients and health care fields, such as patients with chronic diseases, home care, and primary care.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Psychological tests

Psychometrics

Psychological distress

Palliative care

Neoplasms

Introducción

Según Callahan¹, los fines de la medicina del siglo XXI son dos: 1) la prevención y la lucha contra las enfermedades; y 2) cuando, a pesar de todos los esfuerzos, se aproxime la muerte, aliviar el sufrimiento de enfermos y familiares, y ayudar a las personas a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.limonero@uab.cat (J.T. Limonero).

morir en paz. El artículo de Callahan constituye una buena síntesis del denominado Informe Hastings², que a su vez podría resumirse en una frase de Cassell³: «Los que sufren no son los cuerpos, son las personas».

La Organización Mundial de la Salud⁴ estima que alrededor del 80% de los 7,5 millones de personas que mueren cada año de cáncer podrían beneficiarse de los cuidados paliativos, pudiendo prevenir y aliviar su sufrimiento al final de la vida y ayudar a sus allegados tras la pérdida. El Ministerio de Sanidad y Consumo define enfermedad en fase avanzada/terminal como aquella enfermedad incurable, avanzada, progresiva, con pronóstico de vida limitado, escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, que presenta una evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades, y que provoca un intenso impacto emocional y familiar con repercusiones sobre la estructura cuidadora que condicionan una alta demanda y uso de recursos⁵.

Los cuidados paliativos constituyen, en este momento, el mejor tratamiento posible del paciente en esta situación, mediante una asistencia global e integral que abarca las necesidades biomédicas, psicológicas, sociales y espirituales del enfermo, su familia y cuidadores⁶.

En el final de la vida, el elemento clave para comprender las respuestas emocionales de los enfermos no es sólo la presencia de síntomas de naturaleza biomédica, social, psicológica o espiritual, sino también el significado que el paciente les atribuye según el grado de amenaza que cada uno de ellos, o su conjunto, genera^{7–9}. Las causas de malestar o sufrimiento son múltiples y cambiantes en su naturaleza, lo cual comporta la necesidad de evaluar la situación del enfermo, de manera holística y continuada⁸. De hecho, los factores que contribuyen a conseguir una muerte digna¹⁰ o una muerte en paz^{11,12} pueden cambiar a medida que ésta se aproxima^{13,14}.

Diversos modelos han intentado explicar el proceso de adaptación de las personas al final de la vida¹⁵. En nuestro ámbito destaca el denominado «amenazas-recursos» de Bayés et al⁷, según el cual el enfermo percibe diferentes síntomas de naturaleza interna o externa, y si son valorados como amenazantes para su integridad somática o psicológica analizará los recursos que tiene para afrontarlos. Si considera que carece de ellos o que no son eficaces para reducir esa potencial amenaza, experimentará impotencia ante ellos por no poder hacerles frente, y eso le generará sufrimiento. Este sufrimiento se halla modulado por el estado de ánimo que presenta el paciente. Se trata de una situación dinámica y cambiante en función de la evolución de la enfermedad. Esta variabilidad temporal condiciona la necesidad de disponer de instrumentos fiables y no invasivos que detecten y monitoricen los cambios para actuar de manera adecuada.

Estos instrumentos de evaluación deben cumplir^{16–18} los siguientes requisitos: 1) sencillez y facilidad de aplicación; 2) preguntas adecuadas al lenguaje habitual de los enfermos; 3) administración capaz de generar efectos terapéuticos y nunca yatrogénicos; 4) que evalúen aspectos relevantes para el enfermo en su situación; 5) tiempo de aplicación breve; 6) que monitoricen la evolución del malestar emocional en el tiempo; y 7) que faciliten su derivación, si fuera necesario, a un profesional especializado para una evaluación e intervención específicas.

Dada la complejidad inherente a la enfermedad oncológica avanzada-terminal, son escasos los instrumentos desarrollados hasta el momento para analizar las necesidades de los enfermos o evaluar su sufrimiento. A nuestro entender, ninguno podría considerarse como auténtico instrumento de referencia porque ninguno de ellos cumple los criterios antes mencionados. Sin embargo, algunas escalas satisfacen varios de los aspectos indicados^{19–26}.

Ante la carencia de instrumentos adecuados para la población oncológica-paliativa, la demanda explícita realizada por el Pla Director Sociosanitari del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos fue

la de elaborar un instrumento, adaptado a las necesidades de la práctica clínica diaria, capaz de evaluar el grado de malestar emocional en este tipo de enfermos, y delegó dicha tarea en un grupo multidisciplinario de profesionales expertos en cuidados paliativos, clínicos y académicos. Fruto del trabajo realizado durante el período 2007–2008 se propuso un instrumento de detección en enfermos con cáncer avanzado: el cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME)¹⁶.

El objetivo específico del presente trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del cuestionario DME y confirmar su posible validez clínica.

Métodos

Se realizó un estudio transversal multicéntrico de marzo a junio de 2010, en el cual se administró el DME a pacientes con cáncer avanzado ingresados en unidades de cuidados paliativos en cinco hospitales de Cataluña donde trabajan algunas de las personas encargadas de desarrollar el proyecto (Consorci Sanitari de Terrassa, Institut Català d'Oncologia, Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Hospital Universitari Sant Joan de Reus y la Fundació Hospital-Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes). Los criterios de inclusión fueron: pacientes con enfermedad oncológica avanzada hospitalizados, mayores de 18 años, y haber facilitado el consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que no cumplían estos criterios o que, cumpliéndolos, estuvieran en situación clínica que impidiera responder el cuestionario, presentar deterioro cognitivo según la escala Pfeiffer (≥ 2 errores)²⁷ o no fueran capaces de mantener una conversación o comprender las preguntas del cuestionario. Los pacientes fueron seleccionados por el equipo médico responsable. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa.

Instrumentos y procedimiento

Además de registrarse variables relacionadas con la enfermedad, variables sociodemográficas y antecedentes psicopatológicos, se administraron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de detección de malestar emocional (DME)¹⁶ en enfermos al final de la vida, que consta de dos partes. La primera contiene tres preguntas dirigidas al enfermo, dos de ellas en formato de escala visual numérica de 0 a 10, en las que se evalúa el estado de ánimo y la percepción de afrontamiento de la situación, y otra que registra la presencia o ausencia de preocupaciones. La segunda parte consiste en una observación, por parte del profesional sanitario, de la presencia de signos externos de malestar emocional, en donde se registra su existencia (fig. 1). El DME otorga una puntuación total (0 a 20) formada por la suma de las puntuaciones de las respuestas a las preguntas referentes a la valoración del estado de ánimo y a la de cómo lleva la situación. Las preguntas sobre preocupaciones o signos externos de malestar emocional permiten a los profesionales sanitarios llevar a cabo una atención más específica.
- Entrevista clínica: mediante una entrevista semiestructurada realizada de forma independiente por un psicólogo con experiencia en cuidados paliativos se evaluaba globalmente el malestar emocional del enfermo con una escala tipo Likert de cinco puntos, en la cual 1 indica «Ningún malestar» y 5 indica «Malestar emocional máximo». La entrevista tenía una duración que oscilaba entre 15 y 20 minutos.

Para analizar la validez convergente del DME se administraron los siguientes instrumentos:

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1073858>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1073858>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)