



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Original

Implementación de un programa de cribado del malestar emocional en un servicio de cirugía torácica



Juan Antonio Cruzado ^{a,*}, Vanesa Martínez García ^a, Verónica Salas Gutiérrez ^a, José Ramón Jarabo Sarceda ^{b,c}, Carlos Alfredo Fraile Olivero ^{b,c}, Elena Fernández Martín ^c, Joaquín Calatayud-Gastardi ^{b,c}, Ana María Gómez-Martínez ^{b,c} y Florentino Hernando-Trancho ^{b,c}

^a Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Madrid, España

^c Departamento de Cirugía, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2018

Aceptado el 2 de enero de 2019

On-line el 20 de abril de 2019

Palabras clave:

Cirugía torácica

Ansiedad

Depresión

Cribado del malestar emocional

Cáncer de pulmón

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio es examinar la precisión diagnóstica de los test de cribado utilizados para detectar la necesidad de atención psicológica en pacientes remitidos para cirugía torácica.

Métodos: Se evaluó la presencia de malestar emocional en un total de 105 pacientes remitidos para cirugía torácica por medio de la entrevista clínica psicológica (variable criterio). Los métodos de cribado utilizados fueron: el juicio del médico (sí/no), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la pregunta única para evaluar depresión «¿se siente usted deprimido?» (ADEP) (1-5) y la pregunta única para medir ansiedad «¿se siente ansioso?» (AANA) (1-5).

Resultados: De acuerdo con la entrevista clínica psicológica, el 34% de los pacientes fueron casos clínicos que requerían intervención psicológica. La puntuación total de la escala HADS (punto de corte 10) mostró una sensibilidad del 0,89, especificidad del 0,75 y un ABC de 0,883; la ADEP (punto de corte 1) mostró una sensibilidad del 0,79, especificidad del 0,74 y ABC del 0,795; la AANA (>1) obtuvo una sensibilidad del 0,78, especificidad del 0,41 y ABC de 0,69 y el juicio del médico mostró una sensibilidad del 0,47 y especificidad del 0,86. **Conclusiones:** Un alto porcentaje de pacientes remitidos para cirugía torácica requirieron intervención psicológica. El mejor instrumento para identificar a aquellos pacientes con necesidades psicológicas, tomando la entrevista psicológica como variable criterio, fue la puntuación total del HADS. Este instrumento es simple y breve, bien aceptado por los pacientes, de fácil aplicación en un servicio de cirugía torácica y tiene buena capacidad diagnóstica.

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacruzad@ucm.es (J.A. Cruzado).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.01.002>

0009-739X/© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Implementing a distress screening program in a thoracic surgery service

ABSTRACT

Keywords:

Thoracic surgery
Anxiety
Depression
Distress screening
Lung cancer

Introduction: The aim of the present study was to examine the diagnostic accuracy of screening tests in detecting cases requiring psychological intervention among patients referred for thoracic surgery.

Methods: Emotional distress was evaluated in 105 patients referred for thoracic surgery by means of a diagnostic psychological interview (criterion variable). The screening ability of the following methods was analyzed: the physician's opinion (Yes/No), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), single-item interview: «Are you depressed?» (Depression Question, ADEP) (1-5) and the single-item interview: «Are you anxious?» (Anxiety Question, ANXQ) (1-5).

Results: According to the clinical interview, 34% of the patients were clinical cases requiring psychological intervention. The total HADS (cut-off point of 10) showed a sensitivity = 0.89, specificity = 0.75 and AUC = 0.883; the ADEP scale (>1) showed a sensitivity = 0.79, specificity = 0.74 and AUC = 0.795; the ANXQ scale (>1) showed a sensitivity = 0.78, specificity = 0.41 and AUC = 0.690; and the physician's opinion showed a sensitivity = 0.47 and specificity = 0.86.

Conclusions: A high percentage of patients referred for thoracic surgery required psychological intervention. The best instrument to identify those patients requiring psychological care, taking a psychological interview as the criterion variable, was the total HADS score. This test is brief, simple and well accepted by patients; it is easy to implement within a thoracic surgery service and has a good diagnostic accuracy.

© 2019 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cirugía mayor se asocia a altos niveles de estrés, depresión y ansiedad¹⁻³ que, a su vez, anticipan el aumento potencial de las complicaciones posquirúrgicas, prologan los períodos de hospitalización^{4,5}, incrementan la tasa de mortalidad^{1,6,7} y generan mayores limitaciones en la calidad de vida de los pacientes³.

Por ello es importante de identificar lo antes posible a aquellos pacientes con altos niveles de malestar emocional, incluso antes de la cirugía, utilizando para ello los métodos de cribaje o screening adecuados, con el objetivo de proporcionar con rapidez la atención psicológica o psiquiátrica a aquellos pacientes que la necesitan. La causa más común de derivación a servicios de salud mental es la solicitud de ayuda psicológica de los pacientes y el criterio del médico con respecto a la necesidad de los pacientes de recibir dichos servicios. Sin embargo, la búsqueda de apoyo psicológico de los pacientes demuestra una baja correlación con la gravedad de sus síntomas de ansiedad, depresión o malestar^{8,9}. En muchos casos, los médicos infraestiman el número de casos que requieren atención psicológica⁹.

Las entrevistas de diagnóstico clínico estandarizadas pueden llevarse a cabo para la derivación a la atención psicológica. El inconveniente de estas entrevistas es que requieren mucho tiempo, son costosas y pueden ser desagradables para los pacientes. Dichos motivos dificultan su aplicación dentro de la práctica clínica diaria, dada la alta demanda del contexto hospitalario. Resultaría mucho más eficiente utilizar métodos de detección del malestar emocional sencillos, precisos, fiables y válidos para detectar aquellos pacientes que necesitan atención psicológica lo antes posible.

Los procedimientos y pruebas breves utilizados para detectar y medir la ansiedad, la depresión o el malestar emocional son la forma más simple, más rápida y menos intrusiva de identificar a las personas que necesitan atención psicológica. Algunas de las pruebas más utilizadas son la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)¹⁰, o las entrevistas de un solo ítem, como «¿está usted deprimido?»¹¹ o «¿está ansioso?»¹². Sin embargo, hasta la fecha, no contamos con los datos sobre la validez de estas pruebas de cribaje o screening en pacientes quirúrgicos.

El objetivo del presente estudio fue determinar el mejor instrumento de cribaje o screening para identificar a los pacientes intervenidos mediante cirugía torácica que pueden requerir atención psicológica, tomando como variable de criterio una entrevista clínica psicológica realizada por 2 psicólogas. Dicha entrevista evaluó el nivel de malestar emocional de los pacientes asociada a la enfermedad, considerándola como síntomas clínicos de ansiedad y depresión. Además, también evaluó la presencia de miedos y preocupaciones, el apoyo social percibido y los recursos de afrontamiento con los que los pacientes responden a la situación.

Métodos

Un total de 133 pacientes derivados al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid fueron evaluados durante el período preoperatorio. De estos, 15 pacientes se negaron a participar en el estudio y 13 de ellos no llegaron a cumplir con los criterios de inclusión, los cuales fueron: ser mayor de 18 años, poseer una buena comprensión y expresión en castellano y poseer una capacidad cognitiva

adecuada (score mínimo mental > 26)¹³. Los pacientes que, de acuerdo con su diagnóstico médico o psiquiátrico, mostraban un deterioro cognitivo severo o un trastorno psiquiátrico grave fueron excluidos de la muestra. La muestra final contó con un total de 105 pacientes.

Variables e instrumentos

Las pruebas se eligieron de acuerdo a su sencillez y rapidez de aplicación, así como por poseer las propiedades psicométricas adecuadas. El objetivo fundamental era servir de ayuda al médico que lleva a cabo la intervención quirúrgica para que detectara el malestar emocional sin que esto implique tener que dedicar tiempo añadido a su actividad habitual. Los instrumentos rápidos y efectivos que se utilizaron fueron las que se explican a continuación.

- La Escala de Ansiedad y Deresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond y Snaith, versión en español de Caro e Ibáñez)^{10,14}, que es un instrumento autoaplicado compuesto por 14 ítems. Con ella se evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión que han experimentado durante la semana anterior mediante 4 opciones de respuesta (0-3). Las puntuaciones altas en sus subescalas (ansiedad, HADS-A, y depresión, HADS-D, de 7 ítems cada una) indican una alta frecuencia de estos síntomas. La puntuación total de la escala (HADS-T) proporciona una medida válida de malestar emocional. Las revisiones sobre la precisión diagnóstica de HADS, basadas en entrevistas psicológicas diagnósticas, han mostrado que su sensibilidad se encuentra en el rango de buena-aceptable¹⁵⁻¹⁷.

- La entrevista de un solo ítem para medir el estado de ánimo depresivo a través de la pregunta «¿está usted deprimido?» (ADEP) fue desarrollada por Chochinov et al.¹¹. Esta pregunta tiene una respuesta dicotómica (sí/no) y se complementa con 5 opciones de respuesta tipo Likert de 1 a 5. Esta puede ser un instrumento altamente recomendado debido a la brevedad de su aplicación. Los valores reportados de sensibilidad (SE) y especificidad (EP) fueron del 100%¹². El metaanálisis realizado por Mitchell concluyó que la SE de esta prueba es 0,72 y la EP es 0,8317.

- La entrevista de un solo elemento: «¿está usted ansioso?», que evalúa la ansiedad (AANS), fue desarrollada por Davey et al.¹². Los pacientes responden en una escala tipo Likert de 1 a 5. Mitchell resumió la investigación sobre entrevistas de un solo ítem sobre la ansiedad en relación con el HADS e informó una SE ponderada de 0,79 y una EP ponderada de 0,7117.

El juicio médico fue emitido por el especialista tras una consulta personal con el paciente. Cada médico completó un formulario en el que emitió un juicio sobre la idoneidad del paciente para recibir atención psicológica o no; en el caso de que fuera afirmativo, se describieron los motivos de la remisión.

La necesidad de atención psicológica se ha determinado mediante la comparación de cada uno de estos instrumentos con la variable criterio: la entrevista clínica psicológica, similar a la realizada por Bonachi et al.¹⁸. Esta entrevista fue realizada por una psicóloga, con una hora de duración. Al final de la entrevista, la psicóloga evaluó si el paciente necesitaba atención psicológica o no, según lo indicado por al menos una de las siguientes variables evaluadas durante la entrevista:

- Presencia e intensidad de los síntomas ansioso-depresivos, así como de los temores y preocupaciones relacionados con la posible enfermedad y otras áreas vitales.
- La presencia de psicopatología actual o previa y el consumo de drogas psicoactivas.
- La presencia o ausencia de apoyo familiar o social percibido.
- La presencia de estrategias de afrontamiento del paciente, es decir, recursos internos y externos con los que el paciente afronta su situación.
- La situación vital en el que el paciente se encuentra, independientemente del causado por la posible enfermedad.

Cada entrevista fue grabada y, posteriormente, escuchada por otro psicólogo que evaluó de forma independiente, sin conocer el criterio del entrevistador, si el paciente era un caso clínico o no. En los casos en que se producía algún desacuerdo entre ambos psicólogos, se llevaba a cabo una discusión con un tercer psicólogo clínico, para emitir así un juicio final.

Los pacientes que esperaban para una cirugía torácica fueron informados por el médico durante la consulta acerca del protocolo planteado y la entrevista previa a la cirugía con un psicólogo del servicio. Los pacientes se reunieron con el psicólogo, quien les proporcionó información sobre el estudio y, en caso de aceptar participar, se procedió a firmar el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de los datos. Fue entonces cuando se incluyó en el estudio la evaluación del médico sobre la necesidad de atención psicológica del paciente y se administraron las pruebas psicométricas (HADS, ADEP y AANS). Posteriormente, y sin que la psicóloga conociese los resultados de las pruebas de detección, se realizó la entrevista clínica psicológica. Al final de esta entrevista, se emitió juicio sobre si ese paciente era un caso clínico o no, dependiendo de si requería atención psicológica especializada. Posteriormente, se llevó a cabo el acuerdo entre observadores.

Análisis estadístico

Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, así como las medias, las desviaciones típicas y los intervalos de confianza para las variables cuantitativas. El coeficiente kappa de Cohen entre los entrevistadores fue igualmente calculado para verificar su concordancia.

Usando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se verificó la distribución no normal de las variables en estudio. Se realizaron pruebas U de Mann-Whitney, con la corrección de Bonferroni, para verificar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las escalas HADS, ADEP y AANS para los casos clínicos y no clínicos.

Con el fin de verificar la precisión diagnóstica de las pruebas de detección con respecto a la entrevista se calcularon: los índices de SE y EP, el Valor Predictivo Positivo (PPV) y el Valor Predictivo Negativo (VPN) y los índices recomendados por Mitchell¹⁹. Los índices recomendados de Mitchell fueron: el índice de Utilidad Clínica Positiva (IUC+) = SE × PPV, que muestra la utilidad de la prueba para detectar casos problemáticos, y el índice de Utilidad Clínica Positiva (IUC-), que se utiliza para determinar la utilidad de la prueba como instrumento para descartar los casos considerados como no clínicos: IUC- = EP × NPV. Además, se extrajo

el índice de Valoración Global para el IUC+ y el IUC-, esta es una medida única que determina la validez de cada prueba de detección. Los rangos de valores cualitativos para estos índices son los siguientes: excelente: $\geq 0,81$; bueno: 0,64-0,80; justo: 0,49-0,63; pobre: 0,37-0,48; muy pobre $< 0,37$ (ver: <http://www.pscho-oncology.info/IUC.html>). Los puntos de corte que mostraron mejores niveles de SE y EP se seleccionaron para cada una de las pruebas de cribaje o screening.

Además, la precisión diagnóstica de cada prueba se evaluó utilizando la Característica Operativa del Recepto(ROC). El Area Bajo la Curva (COR) indica el rendimiento global un COR mayor refleja una mejor actuación que refleja un mejor desempeño (excelente: 1-0,90; bueno: 0,80-0,89; regular: 0,70-0,79; pobre: $< 0,70$). En aquellos casos en los que el valor de COR fue $< 0,70$ o en aquellos en los que el valor general arrojó un nivel muy bajo, no se presenta la curva ROC correspondiente.

Resultados

Los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra final de pacientes se presentan en la [tabla 1](#).

En la entrevista psicológica especializada, se detectaron 36 casos clínicos (34,29%) y 69 casos no clínicos (65,7%). El coeficiente Kappa de Cohen fue de 0,89 (excelente). La frecuencia de casos clínicos con cáncer de pulmón de células grandes fue de 36,8% y para pacientes sin cáncer, de 29,7%, sin que se detectaran diferencias significativas en la prueba de χ^2 ($p = 0,47$).

La [tabla 2](#) muestra las medias y las desviaciones típicas para cada una de las pruebas de cribaje para los casos clínicos, no clínicos y en total. Como se puede observar, se encontraron diferencias claramente significativas entre los casos clínicos y no clínicos.

Los resultados de la precisión diagnóstica de cada instrumento de cribaje de trastornos emocionales se muestran en la [tabla 3](#). Se puede observar que la derivación médica tuvo una SE muy baja (0,47) pero una EP alta (0,86). El HADS-T (punto de corte = 10) presentó nivel alto de SE (0,89) y de EP moderado (0,75); además, el Valor Global fue bueno (0,80). La subescala HADS-A presentó su mejor punto de corte con 4 y mostró una EP baja (0,58). En el caso de la subescala HADS-D, también con el mejor punto de corte en 4, se observaron

Tabla 1 – Datos sociodemográficos y médicos de la muestra (N = 105)

Sexo n (%)	Femenino / masculino	56 (53,3) / 49 (46,7)	
Estado civil n (%)	Casado (y pareja de hecho)	77 (73,3)	
	Viudo	13 (12,4)	
	Divorciado	8 (7,6)	
	Soltero	7 (6,7)	
Educación n (%)	Primaria	34 (32,4)	
	Secundaria	30 (28,6)	
	Nivel superior/tercer nivel	41 (39,0)	
Diagnóstico n (%)	Adenocarcinoma	31(29,5)	
	Epidermoide/escamoso	11(10,5)	
	Carcinoma	5 (4,8)	
	Metástasis	8 (7,6)	
	Otros tumores cancerígenos	9 (8,6)	
	Benignos/sin neoplasia	41 (39,0)	
Tratamiento quirúrgico n (%)	Lobectomía	32 (30,5)	
	Timectomía	5 (4,8)	
	Pleurodesis	5 (4,8)	
	Pleurectomía	11 (10,5)	
	Segmentectomía atípica	30 (28,6)	
	Segmentectomía típica	8 (7,6)	
	Resección mediastinal	9 (8,6)	
	Otros	5 (4,8)	
	Tipo de cirugía	Toracotomía	73 (69,5)
		VATS	32 (30,5)

VATS: cirugía torácica vídeo asistida.

niveles discretos para SE (0,72) y EP altos (0,81). Los AANS con el punto de corte superior a 1 mostraron un nivel aceptable de SE (0,78), pero su EP fue muy baja (0,41). El ADEP también tuvo un punto de corte superior a 1, con una SE aceptable (0,79) y una EP (0,74).

La ROC para la HADS y los valores COR para cada prueba se muestran en la [figura 1](#). Se observa que la escala HADS-T obtuvo un buen resultado (0,883). La HADS-D y la HADS-A presentaron resultados satisfactorios (0,837 y 0,831, respectivamente). El resultado del HADS-T la revela como una óptima prueba.

El valor de las ROC y COR para el HADS se muestra en la [figura 2](#). El ADEP presentó resultados aceptables, mientras que el AANS mostró los peores resultados. La ROC para la escala de AANS no se muestra porque su COR era demasiado baja (0,690) y su Valor Global era, igualmente, muy bajo (0,53).

Tabla 2 – Síntomas de ansiedad, depresión y conflicto emocional medido por las HADS, AANS y ADEP para los casos con y sin necesidad de tratamiento psicológico según la entrevista (pruebas U de Mann-Whitney)

	Casos no clínicos: 69 Media (DE)	Casos clínicos: 36 Media (DE)	p	Total (N = 105) Media (DE)
HADS-A	4,32 (3,19)	8,64 (3,40)	<0,001	5,80 (3,84)
HADS-D	2,70 (2,26)	6,80 (2,68)	<0,001	4,11 (3,43)
HADS-T	7,20 (4,87)	15,44 (5,64)	<0,001	9,91 (6,51)
AANS	1,75 (1,74)	2,42 (2,00)	<0,001	1,98 (1,89)
ADEP	1,29 (0,52)	2,17 (0,81)	<0,001	1,59 (1,76)

AANS: Pregunta de ansiedad; ADEP: Pregunta de depresión; HADS-A: Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-D: Subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-T: puntuación total de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Tabla 3 – Precisión diagnóstica de las pruebas de cribado

Prueba	Puntos de corte	DE (IC 95%)	EP (IC 95%)	PPV (IC 95%)	NPV (IC 95%)	IUC+ (IC 95%)	IUC- (IC 95%)	Valor O
Remisión médica	Sí/no	0,47 (0,31-0,64)	0,86 (0,77-0,94)	0,61 (0,45-0,81)	0,76 (0,66-0,85)	0,30 (0,09-0,51)	0,67 (0,57-0,72)	0,72
HADS-A	>4	0,97 (0,92- 1)	0,58 (0,46-0,70)	0,55 (0,43-0,77)	0,98 (0,93- 1)	0,53 (0,39-0,68)	0,57 (0,46-0,68)	0,71
HADS-D	>4	0,72 (0,58-0,87)	0,81 (0,72-0,90)	0,68 (0,52-0,82)	0,85 (0,76-0,94)	0,48 (0,30-0,66)	0,69 (0,76-0,94)	0,78
HADS-T	>10	0,89 (0,79-0,99)	0,75 (0,65-0,86)	0,63 (0,52-0,79)	0,93 (0,86-1)	0,58 (0,43-0,74)	0,70 (0,62-0,78)	0,80
AANS	>1	0,78 (0,64-0,91)	0,41 (0,29-0,52)	0,41 (0,29-0,52)	0,78 (0,64-0,91)	0,32 (0,15-0,48)	0,32 (0,19-0,44)	0,53
ADEP	>1	0,79 (0,64-0,91)	0,74 (0,64-0,84)	0,61 (0,47-0,75)	0,86 (0,78-0,95)	0,47 (0,30-0,65)	0,64 (0,55-0,73)	0,75

AANS: Pregunta de ansiedad; ADEP: Pregunta de depresión; HADS-A: Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-D: Subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-T: puntuación total de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; EP: especificidad; IUC+: índice de Utilidad Clínica Negativa; IUC-: índice de Utilidad Clínica Negativa; SE: sensibilidad; Valor O: Valor Global; VPN: Valor Predictivo Negativo; VPP: Valor Predictivo Positivo.

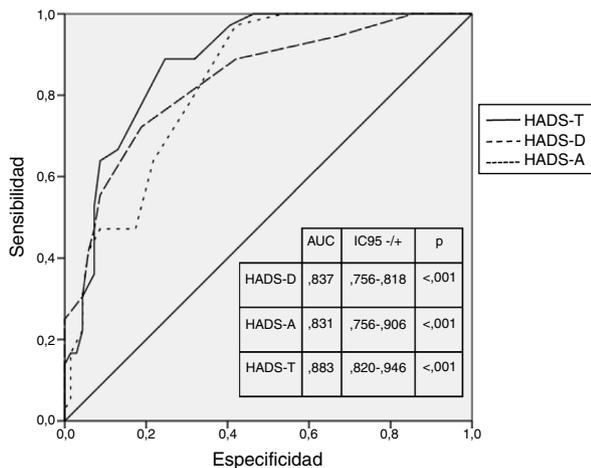


Figura 1 – Característica operativa del receptor (ROC) para HADS. COR: área bajo la curva; HADS-A: Subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-D: Subescala de depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; HADS-T: puntuación total de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

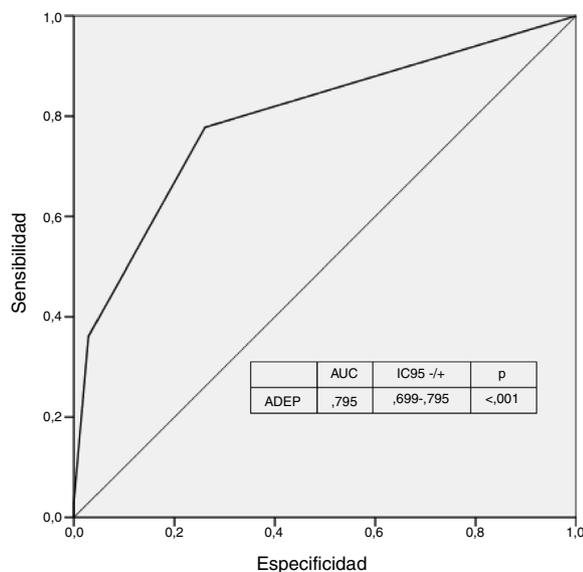


Figura 2 – Característica Operativa del Receptor (CFR) para ADEP (asuntos de depresión). ABC: área bajo la curva.

En resumen, los resultados demostraron lo siguiente:

- Más de un tercio de los pacientes necesitaban atención psicológica;
- Las puntuaciones de los casos clínicos en cada una de las pruebas diagnósticas fueron muy superiores a las de los casos no clínicos ($p < 0,001$);
- El HADS-T demostró ser una buena prueba de detección y fue la mejor;
- El HADS-A, HADS-D y ADEP han demostrado ser pruebas de detección satisfactorias.

Discusión

El presente estudio demuestra la importante prevalencia de pacientes intervenidos mediante cirugía torácica que requieren tratamiento psicológico. Esto puede deberse al hecho de que la evaluación psicológica se llevó a cabo aproximadamente 3 semanas antes de la cirugía pulmonar, cuando todos los participantes afrontaban un estresor muy intenso. Por otra parte, la prevalencia en el presente estudio de pacientes con necesidad de atención psicológica previamente diagnosticada también es consistente con los resultados encontrados en pacientes con cáncer de pulmón²⁰⁻²³. La similitud con estos estudios puede deberse a que la mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico de malignidad o posible malignidad, ya que el diagnóstico definitivo se obtendría después de la cirugía.

Los niveles de malestar emocional evaluados en las pruebas de detección para casos clínicos fueron bastante altos y diferían significativamente de aquellos pacientes reconocidos como casos no clínicos, lo que demuestra la validez discriminante de nuestro estudio.

El juicio médico mostró poca sensibilidad para detectar adecuadamente a los pacientes que requerían tratamiento psicológico, aunque su EP demostró ser óptima. Los resultados de nuestro estudio confirman los hallazgos previos, que demuestran la tendencia de los médicos a infraestimar el número de casos clínicos con malestar emocional. Por este motivo, el criterio médico no se puede considerar un método satisfactorio para la derivación psicológica de los pacientes con cáncer^{8,9}. La atención de los médicos hacia el paciente se

centra principalmente en los aspectos diagnósticos y en los procedimientos terapéuticos médicos. Por tanto, concluimos que, para que un médico capte la necesidad de atención psicológica del paciente, este debe mostrar niveles bastante intensos de malestar emocional que hagan obvia y posible la atención psicológica necesaria. Sin embargo, este hecho posee la ventaja de evitar los falsos positivos.

El HADS-T, con un punto de corte > 10 , presentó una buena SE, y el VPN para esta variable se mostró muy alto, lo que indica que la prueba arrojó un número bajo de falsos positivos (casos sin problemas diagnosticados por la prueba como casos clínicos). Además, el COR para dicha prueba fue relativamente bueno. La variable HADS-A (>4) no fue una herramienta adecuada para el cribaje de pacientes con trastornos emocionales en este estudio, por presentar una gran cantidad de casos de falsos positivos. Esto puede deberse al hecho de que, en el momento de la evaluación (unas pocas semanas antes de la cirugía), el paciente tenía altos niveles de ansiedad, por lo que el HADS-A tendía a sobrestimar la necesidad de atención psicológica del paciente. La subescala HADS-D (>4) tuvo una precisión diagnóstica aceptable, pero fue inferior a la mostrada por el cuestionario HADS-T (>10).

Los resultados del HADS-T fueron similares a los informados por Schellekens et al. en pacientes con cáncer de pulmón. Ellos utilizaron como variable criterio la entrevista SCID, con el punto de corte de 15 para el HADS-T, se observó una SE de 0,75 y EP de 0,87²³. En la revisión de Vordermaier y Millman, la mejor herramienta para la cribaje de trastornos emocionales fue la escala HADS-T con un límite de 10 u 11 (SE = 0,80 y EP = 0,74)¹⁶. Los resultados obtenidos por la revisión de Mitchell con respecto a la precisión diagnóstica del cuestionario HADS mostraron SE de 0,62 y la EP de 0,77¹⁷.

La entrevista de un solo ítem para evaluar la depresión (ADEP) mostró los mejores resultados, con un punto de corte mayor a 1. Tuvo un COR de cerca de 0,80 (aceptable) y unas adecuadas SE y EP, similar a los datos encontrados en otros estudios¹⁷. De cualquier modo, esto no es suficiente para considerarla una herramienta de cribado satisfactoria.

La entrevista de un solo ítem que evaluó la ansiedad (AANS) (>1) obtuvo niveles muy deficientes de EP y un valor discreto para el COR. En general, se ha de considerar que es una mala prueba de cribado. Los resultados son más bajos que los encontrados en el meta-análisis de Mitchell, que informó una SE de 0,72 y una EP de 0,83¹⁷.

Una de las limitaciones del estudio está relacionada con el hecho de que la muestra consta de pacientes con diferentes enfermedades y tipos de cirugía, tanto en neoplasias con diagnóstico maligno como no, de igual modo que en no neoplasias; pero la pequeña muestra de pacientes no permite estudiar las diferencias en la precisión diagnóstica de las pruebas de cribado para cada tipo de enfermedad. Otra de sus limitaciones es que, en el momento de la evaluación, los pacientes no tenían la confirmación del diagnóstico, fuese oncológico con signos de malignidad o benignos. Dicha incertidumbre explicaría el hecho de que los pacientes presentaban altos niveles de ansiedad preoperatoria y, por tanto, el número de personas calificadas como casos clínicos mediante pruebas de detección AANS y HADS-A han sido muy altos, mientras la EP era muy baja.

De cualquier modo, la principal contribución del presente estudio es la evaluación de la muestra total de pacientes al mismo tiempo del proceso de la enfermedad: 3 semanas antes de la cirugía pulmonar. De igual modo, este estudio también es el primero en mostrar cómo detectar la necesidad de intervención psicológica eficaz en pacientes con enfermedad pulmonar en los momentos previos a la cirugía, utilizando una entrevista clínica psicológica extensa como criterio.

El mejor instrumento para identificar a pacientes que van a ser intervenidos mediante cirugía torácica y que necesitaban atención psicológica, tomando como criterio una entrevista psicológica especializada, fue el HADS-T (punto de corte = 10). Un alto porcentaje (34%) de estos pacientes presentó un alto nivel de malestar emocional, lo que indicó la necesidad de detectarlos lo antes posible y remitirlos a atención psicológica. El HADS-T es una prueba de cribado corta que es simple y bien aceptada por los pacientes, fácil de implementar en un servicio de cirugía torácica y que tiene una buena precisión diagnóstica, por lo que es útil para una adecuada derivación.

Conflicto de intereses

No se declara ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Ghoneim MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications: An overview. *BMC Surg.* 2016;16:5. <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-016-0120-y>.
- Kim S, Duncan PW, Groban L, Segal H, Abbott RM, Williamson JD. Patient-Reported Outcome Measures (PROM) as a preoperative assessment tool. *J Anesth Perioper Med.* 2017;28:274-328. <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-016-0120-y>.
- Anagnostopoulou M, Stroumpoulis K, Baltayiannis N, Voyagis G, Haniotis D, Iacovidou N, et al. Quality of life and pre-operative anxiety level in patients scheduled to undergo thoracic surgery. *J BUON.* 2011;16:522-7.
- Kitagawa R, Yasui-Furukori N, Tsushima T, Kaneko S, Fukuda I. Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: A preliminary study. *Psychosomatics.* 2011;52:428-32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2011.03.010>.
- Kerper L, Spies C, Buspavanich P, Balzer F, Salz A, Tafelski S, et al. Preoperative depression and hospital length of stay in surgical patients. *Minerva Anesthesiol.* 2014;80:984-91.
- Vordermaier A, Lucas S, Linden W, Olson R. Anxiety after diagnosis predicts lung cancer specific and overall survival in patients with stage III non-small cell lung cancer: A population-based cohort study. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53:1057-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.338>.
- Stenman M, Holzmann MJ, Sartipy U. Association between preoperative depression and long-term survival following coronary artery bypass surgery. A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2016;222:462-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.07.216>.
- Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Theuns P. Systematic screening for distress in oncology practice using the Distress Barometer: The impact on referrals to psychosocial care. *Psychooncology.* 2014;23:804-11. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3484>.

9. Söllner W, De Vriss A, Steixner E, Lukas P, Sprinzl P, Rumpold G, et al. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *J Cancer*. 2001;84:179-85. <http://dx.doi.org/10.1054/bjoc.2000.1545>.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
11. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. «Are you depressed?». Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1997;154:674-6. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.5.674>.
12. Davey HM, Barratt AL, Butow PN, Deeks JJ. A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:356-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.07.015>.
13. Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo ZARADEMP. MMSE. Examen Cognoscitivo Mini-Mental: Traducción y adaptación al español. Madrid: TEA Ediciones. 2002.
14. Ibáñez E, Caro I. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud [The Hospital Anxiety and Depression Scale. Its practical usefulness in Health Psychology]. *Bol Psicol*. 1992;36:43-69.
15. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (EADH) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *J Affect Dis*. 2010;126:335-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.067>.
16. Vodermaier A, Millman RD. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2011;12:1899-908. <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1251-4>.
17. Mitchell AJ. Screening and assessment for distress. En: Holland J, Breitbart W, Butow PN, Jacobsen PB, Loscalzo M, McCorkle R, editores. *Psycho-Oncology*. 3.ª ed Nueva York: Oxford University Press; 2015. p. 384-95.
18. Bonacchi A, Rossi A, Bellotti L, Franco S, Toccafondi A, Miccinesi G, et al. Assessment of psychological distress in cancer patients: A pivotal role for clinical interview. *Psychooncology*. 2010;19:1294-302. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1693>.
19. Mitchell AJ. Sensitivity × PPV is a recognized test called the clinical utility index (IUC+). *Eur J Epidemiol*. 2011;26:251-2. <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-011-9561-x>.
20. Oh S, Miyamoto H, Yamazaki A, Fukai R, Shiomi K, Sonobe S, et al. Prospective analysis of depression and psychological distress before and after surgical resection of lung cancer. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;55:119-24. <http://dx.doi.org/10.1007/s11748-006-0084-4>.
21. Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, Akizuki N, Nagai K, Nishiwaki Y, et al. Depression after successful treatment for non-small cell lung carcinoma. *Cancer*. 2000;89:1172-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(20000901\)89:5<1172::AID-CNCR27>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1172::AID-CNCR27>3.0.CO;2-U).
22. Park S, Kang CH, Hwang Y, Seong YW, Lee HJ, Park IK, et al. Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016;49:e16-21. <http://dx.doi.org/10.1093/ejcts/ezv336>.
23. Schellekens MP, van den Hurk DG, Prins JB, Molema J, van der Drift MA, Speckens AE. The suitability of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Distress Thermometer and other instruments to screen for psychiatric disorders in both lung cancer patients and their partners. *J Affect Disord*. 2016;203:176-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.044>.