



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**“EVALUACION DEL DISTRES EMOCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CANCEROLOGÍA”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CARLOS ALEJANDRO GARCIA BENITEZ

DIRECTOR DEL REPORTE:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

REVISOR:

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

DRA. SILVIA ALLENDE PEREZ

MTRA. LETICIA ASCENCIO HUERTAS

DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

MÉXICO, D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*A mi madre cuya vida es un ejemplo de tenacidad,
muchas gracias por siempre creer en mí y sentirte orgullosa.*

TE AMO MAMÁ

*A mi padre quien siempre ha estado presente
y me ha ayudado a crecer como persona.*

TE AMO PAPÁ

*A mi hermana quien es parte fundamental en mi vida
y me ha enseñado a ser mejor persona.*

TE AMO HERMANA

*A mi areña por haber llegado a mi vida y darle sentido a éste y otros logros,
muchas gracias por todo tu apoyo mi vida, sin ti no lo hubiera logrado.*

TE AMO SRA. OREJONA

A TODOS USTEDES MI AMOR Y AGRADECIMIENTO POR EXISTIR

AGRADECIMIENTOS

Gracias Mtra. Ascencio, Dra. Allende, Dr. Jurado, Dra. Riveros, Dra. Valencia quienes compartieron conmigo su sabiduría, conocimiento y experiencia en el campo de la psicología.

*Gracias Caro, Jess, Gabriel, Mariana y Poncho por su amistad y hacer tan divertida esta etapa de mi vida
LOS QUIERO ELLOS.*

Gracias Cintía y Centli por ese año juntos, por escucharme y aconsejarme en los momentos necesarios.

Gracias compañera Nancy, por todo tu apoyo para la realización de éste trabajo, por escucharme y guiarme cuando fue necesario.

A TODOS USTEDES MUCHAS GRACIAS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	---

MARCO TEÓRICO

• Psicología y Salud.....	4
• Psicología y Cáncer	5
• Distrés Emocional y Cáncer	6
• Distrés Emocional en Cuidado Paliativos	9

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

• Descripción de la sede.....	13
• Ubicación del residente en la sede.....	13
• Descripción de las actividades diarias	14
• Actividades académicas.....	15
• Productividad.....	16
• Competencias profesionales alcanzadas.....	18
• Protocolo realizado.....	19
• Evaluación final del servicio.....	20
• Conclusión	20
• Sugerencias.....	20

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

• Descripción de la sede.....	21
• Ubicación del residente en la sede.....	22
• Descripción de las actividades diarias	23
• Productividad.....	24
• Competencias profesionales alcanzadas.....	26
• Protocolo realizado.....	26
• Evaluación final del servicio.....	27

- Conclusión 27
- Sugerencias..... 27

PROTOCOLO

- Objetivo general 28
- Objetivos específicos 28
- Método 28
- Resultados 30
- Discusión..... 37
- Conclusión 39
- Referencias 40

INTRODUCCION

Según la National Comprehensive Cancer Network el distrés emocional en pacientes oncológicos se define como toda experiencia emocional displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional) social y/o espiritual que pueda interferir en la capacidad de los pacientes para afrontar efectivamente la enfermedad oncológica, sus síntomas y tratamientos. Se calcula que en el mundo durante el 2008, 7.6 millones de personas (13% de las defunciones generales) fallecieron a causa de algún tipo de cáncer y más del 70% de estas defunciones se registraron en países de ingresos bajos y medianos como México, donde durante el 2008 más de 30 mil personas murieron a causa de algún tipo de cáncer. El distrés emocional es una reacción normal en personas que padecen algún tipo de enfermedad oncológica.

Entre el 40 y 45% de los pacientes oncológicos experimentan diversas alteraciones emocionales y de estos más del 90% no reciben tratamiento psicológico alguno durante el transcurso de su enfermedad oncológica. El distrés emocional representa un gran problema para el paciente y su médico pues varios estudios han encontrado una relación significativa entre los niveles elevados de distrés con: poca satisfacción del tratamiento, dificultad para afrontar la enfermedad, complicaciones en la adhesión al tratamiento de los pacientes, disminución en el entendimiento de la enfermedad y su pronóstico, aumento del número de visitas al médico y al servicio de urgencias. En el 2007 Jacobsen y Ransom concluyeron que una de las principales razones por las cuales no se brinda tratamiento para el distrés emocional es que se encuentra sub-diagnosticado por el personal de salud al no contar con métodos de evaluación adecuados que permita identificar a aquellos pacientes oncológicos con niveles de distrés merecedores de atención psicológica profesional.

Por otro lado, se ha observado que un tercio de los pacientes que se encuentran recibiendo cuidados paliativos sufren de niveles elevados de distrés emocional y que esta prevalencia incrementa 50% en pacientes con cáncer avanzado y pobre pronóstico. La adecuada detección y la implementación de tratamientos eficaces en esta población es de

suma importancia pues se ha encontrado que aún con una expectativa de vida de 4 a 6 semanas los pacientes se pueden beneficiar, mejorar su calidad de vida, disminuir el deterioro físico, mejorar su desempeño psicosocial y disminuir el impacto emocional en los familiares.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el estudio del distrés emocional en pacientes fuera de tratamiento oncológico es la falta de instrumentos de medición adecuados que permitan identificar y conocer el impacto emocional y psicológico que sufren los pacientes durante esta última etapa de su enfermedad pues la mayoría de los instrumentos se enfocan en los síntomas físicos como origen del distrés emocional y no toman en cuenta las variables psicosociales como posibles causas. Otro problema al que se enfrenta el estudio del distrés emocional en pacientes paliativos es que muchas de las escalas que se utilizan para este fin no se realizaron ex profeso para este tipo de población en quienes los síntomas físicos, resultado del avance de la enfermedad y/o de los efectos secundarios de algunos medicamentos, pueden confundirse con síntomas de alteraciones emocionales.

Por lo tanto, el poder identificar los factores psicosociales y problemas cotidianos que influyen en los niveles de distrés en los pacientes paliativos es de suma importancia pues permitiría un diagnóstico temprano y preciso de distrés emocional elevado, así como un tratamiento enfocado y dirigido a disminuir o eliminar aquellas fuentes de distrés emocional para mejorar el ajuste psicológico de cada paciente. El presente estudio tuvo como objetivos el determinar la prevalencia de distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INcan), así como identificar las características sociodemográficas, los factores de riesgo y los problemas cotidianos asociados al distrés emocional elevado de dichos pacientes. Se realizó una investigación cuantitativa descriptiva y correlacional donde a partir de la referencia de pacientes para consulta de primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan se les realizó la valoración

clínica inicial como parte de la ruta de atención establecida. Los resultados sobre la presencia de distrés emocional elevado fueron consistentes con otras investigaciones de pacientes paliativos además de concordar con lo mencionado en la Guía para Manejo del Distrés de la NCCN en la cual se afirma que la falla en el tratamiento, la progresión o recurrencia de la enfermedad, el cáncer avanzado y el final de la vida son momentos donde el distrés emocional incrementa. El estar casado, tener hijos pequeños, acceso limitado y ser madre de familia son los factores de riesgo asociados al aumento del nivel de distrés emocional en los pacientes evaluados. Respecto a los problemas cotidianos, fueron los emocionales (depresión, miedo, nerviosismo, tristeza y preocupación) los que obtuvieron asociaciones importantes con la presencia y el nivel de distrés emocional elevado.

PSICOLOGIA Y SALUD

De acuerdo con la Organización de Mundial de la Salud (OMS) actualmente las enfermedades crónico-degenerativas (ECD) son la principal causa de muerte en el mundo, padecimientos cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer encabezan la lista. Los factores de riesgo responsables del 75% de la presencia de estas enfermedades a nivel mundial son: consumo de alcohol, hiperglucemia, consumo de tabaco, hipertensión arterial, Índice de masa corporal elevado, hipercolesterolemia, baja ingesta de frutas/verduras, y falta de actividad física (OMS, 2009). Algunos de ellos referentes a estilos de vida poco saludables.

Igualmente, en el caso de México las enfermedades que se presentan en la población y las razones por las cuales las personas fallecen han ido modificándose quedando las enfermedades crónico-degenerativas en primer término pues según estimaciones de la Secretaría de Salud, en la actualidad casi el 80% de las muertes en el país se deben a estas enfermedades. Lo anterior ha sido explicado por dos aspectos: primero al envejecimiento poblacional pues en los últimos 60 años la esperanza de vida pasó de 49.6 años a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres; el segundo aspecto se refiere a los estilos de vida poco saludables dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, las prácticas sexuales de alto riesgo, el inadecuado manejo del estrés, entre otros (Secretaria de Salud, 2007). Este cambio epidemiológico y la relación observada de las enfermedades físicas con los estilos de vida han hecho inexcusable la implementación de estrategias multidisciplinarias e interdisciplinarias para el abordaje del proceso de salud-enfermedad de la población mexicana.

En el caso específico de la psicología, la Medicina Conductual se ha interesado en la relación existente entre la salud física y diversas variables psicológicas (Rodríguez, 2010) como: estilos de afrontamiento, redes de apoyo, alcoholismo, estilos de crianza, género, depresión, locus de control, autoestima, impulsividad, estrés y su relación con

enfermedades cardiovasculares (Vaschillo, Lehrer, Rische & Konstantinov, 2000; Reyes del Paso & González, 2004; Yucha et al., 2001; Virtanen, Jula, Kuusela, Helenius & Voipio-Pulkki, 2003), dolor crónico (Cohen, Richardson, Klebez, Febbo & Tucker, 2001; Domínguez & Olvera, 2003), asma, diabetes mellitus, lupus y cáncer, entre otros (Solberg et al., 2004; Tsai, Yucha, Sheffield & Yang, 2003; Porges, 2001; Bearden, Cassisi & White, 2004).

PSICOLOGIA Y CANCER

El estudio de la relación existente entre los factores psicológicos de un individuo y una enfermedad como el cáncer es relativamente reciente pues es a mediados de los años 70 cuando se plantea la necesidad de estudiar la influencia de diversas variables psicológicas sobre la manifestación de esta enfermedad en una persona así como en la forma que enfrenta el diagnóstico, la enfermedad, el tratamiento e incluso la muerte (Rivero et al., 2008). Las razones que influyeron en este interés se basan en varios aspectos, por un lado, los avances en el tratamiento de cáncer han permitido mejorar su pronóstico dando al paciente una mayor esperanza de vida pero exigiéndole mayores habilidades cognitivas para su ajuste psicológico durante el proceso de diagnóstico y tratamiento; en segundo lugar, la aparición de los hospicios para enfermos terminales ha concientizado a la población sobre la necesidad de ofrecer un tratamiento más humano e interdisciplinario a los pacientes oncológicos; por último, se ha observado que determinadas variables psicológicas y estilos de vida juegan un papel importante como factor de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer (Rivero et al., 2008).

La Psico-oncología nace como una disciplina dedicada al estudio científico de los pacientes que padecen cáncer cuyo objetivo principal es el cuidado psicosocial del paciente oncológico colaborando con el equipo médico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer y su familia (Greer, 1994). Una de las variables psicológicas ampliamente estudiadas es el estrés emocional (Holland, Andersen & Breitbart, 2011)

DISTRÉS EMOCIONAL Y CÁNCER

Según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN, por sus siglas en inglés) el distrés emocional en pacientes oncológicos se define como toda experiencia emocional displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional) social y/o espiritual que pueda interferir en la capacidad de los pacientes para afrontar efectivamente la enfermedad oncológica, sus síntomas y tratamientos (Holland et al., 2011).

Se calcula que en el mundo durante el 2008, 7.6 millones de personas (13% de las defunciones generales) fallecieron a causa de algún tipo de cáncer y más del 70% de estas defunciones se registraron en países de ingresos bajos y medianos como México, donde durante el 2008 más de 30 mil personas murieron a causa de algún tipo de cáncer (Sistema Nacional de Información en Salud, 2011). El distrés emocional es una reacción normal en personas que padecen algún tipo de enfermedad oncológica (Payne & Massie, 2002), los pacientes evalúan su enfermedad como una situación estresante que puede representar un daño, una pérdida, un desafío y/o una amenaza para ellos, además de evaluar sus propios recursos y decidir si son suficientes o no para afrontar su enfermedad.

Con base en los resultados de estas dos evaluaciones los pacientes responderán de manera adaptativa (eutrés) o desadaptativa (distrés). El eutrés es una reacción de ajuste que naturalmente genera tensión psicológica resultado de la percepción que tiene los pacientes de su situación y de sus intentos de solucionarla pero es una respuesta cuyo propósito es que las personas se adapten a los cambios y respondan lo mejor posible ante las situaciones adversas; este ajuste adaptativo requiere de movilizar sus recursos para enfrentar las demandas del medio, solucionarlas para disminuir la tensión y seguir adelante.

Es importante que las personas se estresen solo cuando deben de hacerlo pues se utiliza mucha energía y resulta desgastante por lo que se necesita regresar a un estado de

equilibrio para recuperarse. Sin embargo, en algunas ocasiones los pacientes no logran adaptarse a los cambios sufridos por su enfermedad y pueden desarrollar niveles elevados de distrés emocional, es decir, el estrés que se presenta en una persona cuando los estresores son percibidos como excesivos, intensos, prolongados e insuperables por lo que la capacidad de resistencia y de adaptación de las personas se ve rebasada reflejándose en elevaciones sostenidas de distrés, lo anterior vuelve a los pacientes más vulnerables a presentar alguna alteración emocional como trastornos de adaptación, ansiedad o depresión (Von Essen, Larsson, Oberg & Sjödén, 2002).

Entre el 40 y 45% de los pacientes oncológicos experimentan este diversas alteraciones emocionales (Hoffman, Zevon, D'Arrigo & Cecchini, 2004) y de éstos más del 90% no reciben tratamiento psicológico alguno durante el transcurso de su enfermedad oncológica (Kadan-Lottick, Wanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005). El distrés emocional representa un gran problema para el paciente y su médico pues varios estudios han encontrado una relación significativa entre los niveles elevados de distrés con: poca satisfacción del tratamiento (Von Essen et al., 2002), baja calidad de vida (Valdimarsdottir, Helgason, Furst, Adolfsson & Steineck, 2002; Skarstein, Aass, Fossa, Skovlund & Dahl, 2000), dificultad para afrontar la enfermedad (Holland, 1999), complicaciones en la adhesión al tratamiento de los pacientes (Kennard et al., 2004; Holland et al., 2011), disminución en el entendimiento de la enfermedad y su pronóstico (Payne et al., 2002), aumento del número de visitas al médico y al servicio de urgencias (Holland et al., 2011).

En el 2007 Jacobsen y Ransom concluyeron que una de las principales razones por las cuales no se brinda tratamiento para el distrés emocional es que se encuentra subdiagnosticado por el personal de salud al no contar con métodos de evaluación adecuados que permita identificar a aquellos pacientes oncológicos con niveles de distrés merecedores de atención psicológica profesional (Holland et al., 2011). Akechi et al. (2006) realizaron una investigación en la cual se estudió el curso de varias alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, fatiga, hostilidad, entre otras) y sus factores

predictores en pacientes con cáncer pulmonar avanzado de células no pequeñas, se evaluaron factores demográficos (edad, género, nivel educativo, estatus de empleo, situación matrimonial, entre otros), biomédicos (estadio de la enfermedad, ECOG, intensidad de dolor y disnea), y psicosociales (episodios depresivos previos, apoyo social percibido, entre otros.). Para obtener el curso del distrés realizaron mediciones en tres momentos: diagnóstico, 2 y 6 meses después. Observaron que de todas las alteraciones emocionales medidas, únicamente los niveles de ansiedad disminuyeron significativamente a los 2 y 6 meses en comparación con el momento del diagnóstico; por otro lado, encontraron que únicamente el puntaje total de distrés fue un predictor significativo para los niveles de distrés a los 6 meses. Concluyeron que las trayectorias de distrés en estos pacientes no presentan cambios significativos por lo cual valores iniciales elevados de distrés emocional podrían predecir los mismos valores seis meses después; sin embargo, los resultados no pueden generalizarse debido a que la muestra únicamente comprende pacientes con cáncer de pulmón avanzado quienes presentan los mayores niveles de distrés en comparación con otros tipos de cáncer (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001). En otro estudio encontraron que aquellos pacientes con niveles sostenidos de distrés en la fase inicial del tratamiento muestran niveles elevados de distrés y bajo ajuste psicosocial en años posteriores (Burgess et al., 2005). En pacientes con cáncer de mama de diagnóstico temprano se exploraron las trayectorias iniciales de distrés experimentadas durante su primer año de tratamiento (mediciones 1, 4 y 8 meses después del diagnóstico) y se relacionaron con el ajuste psicosocial seis años después. Lam, Chan, Hung y Fielding, (2007), observaron cuatro trayectorias del distrés consistentes con hallazgos anteriores (Helgeson, Snyder y Seltman, 2004; Henselmans et al., 2010): 1) distrés crónico (niveles elevados y sostenidos de estrés a través del tiempo), 2) recuperación (valores elevados que van remitiendo a través del tiempo), 3) recuperación tardía (breve periodo de valores elevados que va remitiendo lentamente a través del tiempo), y 4) resiliente (bajos niveles a través del tiempo).

El distrés emocional fue adquiriendo relevancia en el estudio y tratamiento integral de los pacientes oncológicos, razón por la cual en 1998 se desarrolla el Termómetro del Distrés (TD), una herramienta específicamente diseñada para la medición de éste constructo. El TD es un instrumento de tamizaje constituido por un escala visual análoga acompañado por una Lista de Problemas (LP) divididos en cinco dominios: prácticos, familiares, emocionales, espirituales y físicos (RothJ et al., 1998). Actualmente la NCCN incluye al TD y la LP dentro de su guía para el manejo del distrés (Holland et al, 2011) y tanto su uso como su validez ha sido estudiada y comprobada para distintos padecimientos oncológicos en diferentes países como Estados Unidos, Holanda, Irlanda, Australia, entre otros, (Jacobsen et al., 2005; Tuinman, Gazendam-Donofrio, Hoekstra-Weebers, 2008; O'Donnell, 2013; Lotfi-Jam, Gough, Schofield, & Aranda, 2013) donde ya fue adaptado y validado para pacientes oncológicos con tratamiento activo. En México se realizó la adaptación y validación así como un estudio donde se evaluó a 1,095 pacientes con Termómetro de Distrés, identificando distrés emocional elevado en 614 sujetos (56%), un importante hallazgo es que el tener menos de 60 años de edad, ser mujer y tener distrés emocional elevado se asocian significativamente con la presencia de trastornos mentales (Almanza-Muñoz, Juárez & Pérez, 2008; Almanza-Muñoz, Juárez, Ortiz & De la Huerta, 2009)

Como se puede observar la mayoría de los instrumentos y mediciones antes mencionadas son en pacientes oncológicos con tratamiento activo, una población distinta a aquellos quienes se encuentran en el servicio de cuidados paliativos.

DISTRÉS EMOCIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dos de las situaciones que, según la NCCN, incrementan la vulnerabilidad de un paciente a padecer niveles elevados de distrés son: enfermedad avanzada y el final de la vida (Holland et al., 2011). Los pacientes dentro de un servicio de cuidados paliativos se encuentran en una o ambas situaciones. En una investigación se observó que un tercio de

los pacientes que se encuentran recibiendo cuidados paliativos sufren de niveles elevados de distrés emocional y que esta prevalencia incrementa 50% en pacientes con cáncer avanzado y pobre pronóstico (Hotopf, Chidgey, Addington-Hall & Ly, 2002). La adecuada detección y la implementación de tratamientos eficaces en esta población es de suma importancia pues se ha encontrado que aún con una expectativa de vida de 4 a 6 semanas los pacientes se pueden beneficiar, mejorar su calidad de vida, disminuir el deterioro físico, mejorar su desempeño psicosocial y disminuir el impacto emocional en los familiares (Hotopf et al., 2002; Maguire, 2000).

Existen diversas investigaciones en las cuales se ha observado que los niveles de distrés emocional cerca del final de la vida en pacientes paliativos tienden a aumentar. Butler et al (2003) midieron el curso del distrés emocional y la intensidad del dolor antes de la muerte en 59 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama metastásico. Los resultados indican que el distrés emocional se mantiene constante o incluso disminuye hasta la penúltima medición, es en la última, poco antes de morir, cuando el distrés emocional aumenta de forma significativa.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el estudio del distrés emocional en pacientes fuera de tratamiento oncológico es la falta de instrumentos de medición adecuados que permitan identificar y conocer el impacto emocional y psicológico que sufren los pacientes durante esta última etapa de su enfermedad pues la mayoría de los instrumentos se enfocan en los síntomas físicos como origen del distrés emocional (Aoun, Monterosso, Kristjanson & McConigley, 2011); y no toman en cuenta las variables psicosociales como posibles causas. Otro problema al que se enfrenta el estudio del distrés emocional en pacientes paliativos es que muchas de las escalas que se utilizan para este fin no se realizaron ex profeso para este tipo de población en quienes los síntomas físicos, resultado del avance de la enfermedad y/o de los efectos secundarios de algunos medicamentos, pueden confundirse con síntomas de alteraciones emocionales. Thekkumpurath, Venkateswaran, Kumar y Bennett (2008) realizaron una revisión de los

métodos de evaluación que se han utilizado en esta población encontrando dos grandes grupos: 1) Escalas unidimensionales (aquellas que miden únicamente un constructo) y 2) Escalas multidimensionales (aquellas que miden dos o más constructos). Entre las escalas unidimensionales se encuentran las entrevistas que contemplan una o dos preguntas aisladas tales como ¿Está usted deprimido? ¿Ha perdido el interés en las cosas? que mostraron una sensibilidad de 54 a 90% y una especificidad de 67 a 74%. Otras escalas unidimensionales fueron las visuales análogas (EVA) con sensibilidad de 72% y especificidad de 50%. En cuanto a las escalas multidimensionales se hallaron la Escala de Depresión de Edinburgo (EDS) en versiones larga y corta con sensibilidad promedio de 70% y especificidad de 80% la cual se elaboró originalmente para la depresión post-parto; la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) con sensibilidad de 74 a 82% y especificidad de 65 a 71%.

Existen pocos intentos de estudiar el estrés emocional en pacientes paliativos desde un enfoque biopsicosocial. Chochinov et al. (2009) realizaron un estudio multicéntrico con 253 pacientes a los cuales les aplicaron el Patient Dignity Inventory (PDI) un test que evalúa el impacto emocional de diversos problemas físicos, psicológicos, existenciales y espirituales generados por la enfermedad terminal. Encontraron que los problemas más significativos para los pacientes son: no ser capaz de continuar con la rutina (51.4%); la presencia de síntomas físicos (47.8%); imposibilidad de desempeñar roles importantes (37.5%); sentirse como alguien diferente a quien era (36.4%); y no poder realizar actividades cotidianas (30.4%). Como se puede observar, de los 5 problemas encontrados únicamente uno hace referencia a sintomatología física, los demás aluden a cuestiones psicosociales.

En resumen, se puede afirmar que existen factores psicológicos importantes que influyen en la forma como un paciente oncológico vive su enfermedad, uno de ellos es el denominado estrés emocional; sin embargo, existen pocos estudios en pacientes paliativos, lo anterior probablemente por la falta de instrumentos diseñados desde un

enfoque psicosocial y adaptados específicamente para este tipo de población. Debido a esto, el poder identificar los factores psicosociales y problemas cotidianos que influyen en los niveles de distrés en los pacientes paliativos es de suma importancia pues permitiría un diagnóstico temprano y preciso de distrés emocional elevado, así como un tratamiento enfocado y dirigido a disminuir o eliminar aquellas fuentes de distrés emocional para mejorar el ajuste psicológico de cada paciente.

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

DESCRIPCION DE LA SEDE.

SEDE ASIGNADA: Hospital Juárez de México.

DIRECCION: Av. Instituto Politécnico Nacional #5160. Col. Magdalena de las Salinas. Del. Gustavo A. Madero.

NIVEL DE ATENCION: Tercero.

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN LA SEDE.

SERVICIO ASIGNADO: Hematología Adultos.

NUMERO DE CAMAS: 9 (Cuando el número de pacientes en hospitalización es mayor a 9 se utilizan camas de otros servicios como Nefrología y/o Medicina Interna)

AREAS: Dos salas aisladas y separadas por sexo en el 3er Piso de Hospitalización ala Sur.

RECURSOS HUMANOS:

- 12 Enfermeras divididas por turno matutino, vespertino y nocturno.
- 2 ó 3 Residentes de Medicina Interna con rotación bimestral.
- 2 Médicos Internos de Pregrado con rotación semanal.

LINEA DE AUTORIDAD:

- Jefe de Servicio: Dr. Jorge Cruz Rico.
- Médico Adscrito Turno Matutino: Dra. Mónica Tejeda
- Médico Adscrito Turno Vespertino: Dr. Faustino Leyto.
- Residente Medicina Conductual: Lic. Psic. Carlos Alejandro García Benítez.

ROTACION: Se realizan rotaciones con el servicio de Onco-pediatría .

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL SERVICIO Y SU CONTEXTO.

En México, las leucemias son la primer causa de egresos oncológicos hospitalarios en los varones y muestran un incremento de 16.9% a 19.4% en el periodo 2004-2007; además son la cuarta causa de defunciones en los varones manteniéndose aproximadamente en 6% de 1998 a 2008 (INEGI, 2010). Entre los signos y síntomas que sufre un paciente con leucemia destacan: astenia (debilidad y falta de energía), adinamia (ausencia de movimiento o reacción), anemia (concentración baja de hemoglobina en la sangre), infecciones, fiebre, hemorragias, hematomas, dolor óseo o de articulaciones, hepatoesplenomegalia (recrecimiento del hígado y bazo), pérdida de apetito, pérdida de peso, tos o dificultad para respirar, hinchazón en la cara y los brazos, dolores de cabeza, convulsiones, vómitos, erupciones dérmicas y problemas en las encías.

El deterioro físico y el sufrimiento emocional de las personas que lo padecen hacen de la leucemia un tema de interés para la psicología de la salud y específicamente la medicina conductual. Como cualquier enfermedad aguda, la leucemia es de aparición súbita y el ataque al estado general es a tal grado que los pacientes caen en cama en unas cuantas semanas sin saber qué enfermedad padecen ya que al inicio se puede confundir con una gripa o un problema gastrointestinal. Las reacciones psicológicas de las personas dependen de distintas variables como son: edad, creencias respecto a la enfermedad, redes de apoyo social percibidas, experiencias previas de estancia hospitalaria, estrategias de afrontamiento, niveles de estrés previo al desarrollo de la enfermedad, entre otros.

Una vez ingresados en el hospital los pacientes sufren niveles más elevados de estrés por diversas causas como: confirmación de diagnóstico médico, realización de procedimientos invasivos (aspirado médula ósea, venoclisis, tomas de muestra sanguínea), estancia hospitalaria, muerte de otros pacientes, aislamiento, entre otros; asimismo, los pacientes pueden caer en un estado de indefensión aprendida pues pierden el control de todas las situaciones que lo rodean.

Por lo anterior es necesario que los pacientes del servicio de Hematología Adultos reciban un tratamiento psicológico sistemático, estructurado y adyacente al tratamiento médico que les ayude a disminuir sus niveles de estrés, desarrollar una respuesta más adaptativa el proceso de enfermedad y les brinde herramientas psicológicas para enfrentar situaciones adversas futuras. En caso contrario los pacientes pueden desarrollar diversos trastornos mentales como episodios depresivos mayores y/o trastornos de ansiedad que dificulten el tratamiento médico e incluso el abandono del mismo, generen problemas interpersonales que deterioren aún más el aspecto emocional del paciente (Rodríguez, 2010).

ACTIVIDADES ACADEMICAS:

- Asistir a clases médicas tres veces por semana sobre temas relacionados con el servicio de hematología.
- Asistir a clases con supervisor in situ, martes y jueves a las 7 am con temas relacionados a la psicooncología y cuestiones médicas.
- Actividades no programadas: Evaluación a pacientes en protocolo de trasplantes de células madres hematopoyéticas.

ACTIVIDADES DE ATENCION A PACIENTES:

- La ruta de atención comienza con el ingreso hospitalario del paciente al servicio de hematología ubicado en el 3er piso del hospital. Una vez ahí, los pacientes son captados al siguiente día por Psicooncología durante el pase de visita matutino (7 am). Se realiza la entrevista inicial cuyo objetivo es iniciar la relación terapéutica con el paciente y generar una impresión diagnóstica sobre probables alteraciones emocionales debido al ingreso hospitalario y reciente diagnóstico de la enfermedad oncológica. Durante los siguientes días de internamiento se brinda atención psicológica basada en las necesidades del paciente, entre ellas:

- Validación emocional y reestructuración cognitiva para ayudarlo a la expresión de las mismas provocadas por saberse con una enfermedad oncológica y los cambios drásticos en su estilo de vida.
- Entrenamiento en respiración diafragmática para manejo de la ansiedad al momento de los procedimientos intervencionistas como el aspirado de médula ósea o la toma de líquido céfalo-raquídeo a nivel lumbar.
- Balance decisional y técnica en solución de problemas para generar en el paciente una nueva habilidad en la toma de decisiones y logren resolver problemas económicos, prácticos e incluso familiares generados a partir de la enfermedad.
- En caso de fallecimiento, se realiza intervención en crisis en familiares y amigos.

PRODUCTIVIDAD:

- Durante el primer año de la residencia se atendió a un total de 359 pacientes de los cuales el 69.4% (n=249) fueron hombres y 30.6% (n=110) mujeres.
- El diagnóstico hematológico con mayor prevalencia fue la leucemia linfoblástica aguda con un 27% (n=97), mientras que en el área psicológica las reacciones a estrés grave y problemas de adaptación fue el diagnóstico más prevalente con el 39% (n=140). Las tres técnicas más utilizadas para fue la entrevista inicial fue: validación emocional con 39% (n=140), expresión emocional con 32% (n=115) y psicoeducación con 13.9% (n=50). (Ver Tabla 2)

Tabla 1**Productividad en el primer año de residencia**

	n	%
Sexo		
Hombres	249	69.4
Mujeres	110	30.6
Servicio		
Hospitalización	0	0
Consulta Externa	359	100
Diagnóstico Médico		
Leucemia Linfoblástica Aguda	97	27
Linfoma	73	20.3
Leucemia Mieloide Aguda	50	13.9
Leucemia Granulocítica Crónica	48	13.4
Anemia aplásica	29	8.1
Anemia Carencial	20	5.6
Púrpura Trombocitopénica	13	3.6
Otros	15	4.2
Diagnóstico Psicológico		
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	140	39.0
Fase de tratamiento	105	29.2
Fase de diagnóstico (basado en DSM-IV TR)	69	19.2
Episodios Depresivos	33	9.2
Otros	7	3.4
Abordaje Psicológico.		
Psicoterapia de apoyo	144	40.1
Psicoterapia breve	80	22.3
Psicoterapia familiar	66	18.4
Entrevista inicial	57	15.9
Abordaje psicoterapéutico	11	3.1
Evaluación	1	.3

Técnicas Psicológicas		
Validación emocional	140	39
Expresión Emocional	115	32
Psicoeducación	50	13.9
Balance decisonal	22	6.1
Solución de problemas	21	5.8

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS:

Análisis de necesidades: Obtener, clarificar y analizar las necesidades del paciente para determinar las acciones a realizar.

Establecimiento de objetivos: Interactuar con el paciente para definir los objetivos claros y observables de la intervención psicoterapéutica.

Evaluación: Utilizar la entrevista psicológica de corte cognitivo-conductual y aplicar herramientas psicométricas para determinar las características relevantes del paciente.

Planificación de la intervención: Desarrollar un plan de intervención adecuado al contexto intrahospitalario.

Intervención directa: Aplicar la intervención de acuerdo con el plan establecido.

Elaboración de informes y notas clínicas: Redactar notas de expediente con formato SOAP así como realizar informes psicológicos sobre resultados de evaluación e intervenciones realizadas. En actividades académicas.

Estrategia profesional: Saber elegir la estrategia apropiada para manejar los problemas que se presenten en el trabajo cotidiano.

Desarrollo profesional: Actualizar competencias, conocimientos y habilidades sobre el que hacer del psicólogo en el ámbito intrahospitalario.

Relaciones profesionales: Establecer y mantener relaciones con otros profesionales de la salud como enfermeras, médicos y trabajadores sociales.

Investigación y desarrollo: Aumentar conocimientos teóricos y prácticos sobre metodología de la investigación para generar proyectos adecuados que cumplan con los criterios ya establecidos.

Autoreflexión: Reflexión crítica sobre la propia práctica y las competencias.

PROTOCOLO REALIZADO:

EL título del protocolo propuesto en el primer año de la residencia es: “Efecto del manejo de estrés en el paciente hospitalizado con leucemia mieloide aguda”. La inquietud de realizar un proyecto de este tipo radica en la prevalencia del cáncer como causa de muerte en México. Específicamente, en los adultos la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es el segundo lugar de enfermedades hematológicas que se diagnostica (INEGI, 2010); sin embargo, en el campo de la Psicología de la Salud existen pocos estudios que enfoquen su atención en esta población quienes muestran niveles elevados de estrés debido a todas las situaciones estresantes vividas que no les permite adaptarse o ajustarse adecuadamente a los cambios que están viviendo. Por lo tanto, se cree necesario diseñar programas de intervención psicológica sistemáticos, estructurados y adyacentes al tratamiento médico para que los pacientes de nuevo ingreso puedan disminuir sus niveles de estrés, desarrollar una respuesta más adaptativa el proceso de enfermedad y tener herramientas psicológicas para enfrentar situaciones adversas.

Por tal motivo se propuso un estudio cuyo objetivo es evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre el manejo del estrés en pacientes adultos con recién diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda. Se trabajaría con pacientes de nuevo ingreso del Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México que se encontraran en fase de diagnóstico con probable Leucemia Mieloide Aguda quienes recibirían un tratamiento cognitivo-conductual basado en cuatro módulos: Reestructuración Cognitiva, Psicoeducación, Expresión Emocional y Entrenamiento en Relajación.

EVALUACION FINAL DEL SERVICIO:

Se encontró un servicio organizado, con conciencia en el personal sobre el trabajo del psicólogo y disposición por colaborar en lo posible para fomentar el desarrollo de dicho trabajo. Un área de oportunidad importante es la imposibilidad de atender consulta externa debido a la organización del servicio de hematología pues no contaban con el espacio donde el residente de medicina conductual pudiera atender a los paciente. Otra área de oportunidad fue la dificultad de realizar actividades relacionadas con el protocolo debió a cuestiones administrativas del hospital que dificultaron la aceptación y desarrollo del mismo.

CONCLUSION.

En general, considero que el servicio permite a los residentes de medicina conductual realizar su trabajo sin complicaciones ni dificultades de algún tipo, hay una ambiente de respeto por el trabajo del psicólogo y se le considera parte importante del equipo profesional en salud.

SUGERENCIAS.

Gestionar el uso de espacios para la realización de intervenciones psicológicas. Prestar mayor atención en las inquietudes, sugerencias e inconformidades de los residentes.

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

DESCRIPCION DE LA SEDE.

SEDE ASIGNADA: Instituto Nacional de Cancerología.

DIRECCION: Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI. Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México, D.F.

NIVEL DE ATENCION: Tercero.

ANTECEDENTES:

La aparición de los hospicios para enfermos terminales ha concientizado a la población sobre la necesidad de ofrecer un tratamiento más humano e interdisciplinario a los pacientes. Es así que el psicólogo dentro de un servicio de cuidados paliativos se dedica al estudio científico de los pacientes terminales con el objetivo principal del cuidado psicosocial colaborando con el equipo médico en el abordaje y manejo de los aspectos que afectan al paciente con cáncer avanzado y su familia. Una de las variables psicológicas ampliamente estudiadas es el distrés emocional pues dos de las situaciones que, según la NCCN, incrementan la vulnerabilidad de un paciente a padecerlo son la enfermedad avanzada y el final de la vida. En diversas investigaciones se ha observado que un tercio de los pacientes que se encuentran recibiendo cuidados paliativos sufren de niveles elevados de distrés emocional y que esta prevalencia incrementa 50% en pacientes con cáncer avanzado y pobre pronóstico (Hotopf, Chidgey, Addington-Hall & Ly, 2002; Butler et al, 2003). Por lo tanto, la adecuada detección y la implementación de tratamientos psicológicos eficaces en esta población es de suma importancia pues se ha encontrado que aún con una expectativa de vida de 4 a 6 semanas los pacientes se pueden beneficiar al mejorar su calidad de vida, disminuir el deterioro físico, mejorar su

desempeño psicosocial y disminuir el impacto emocional en los familiares (Hotopf et al., 2002; Maguire, 2000).

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN LA SEDE.

SERVICIO ASIGNADO: Cuidados Paliativos.

NUMERO DE CAMAS: 9

AREAS: Consulta externa, hospital de día y sala de hidratación.

RECURSOS HUMANOS:

- 4 Médicos algólogos adscritos.
- 4 Enfermeras divididas por turno matutino y vespertino.
- 21 Residentes de diversas especialidades médicas.
- 15 pasantes de medicina realizando su servicio social.

LINEA DE AUTORIDAD:

- Jefe de Servicio: Dra. Silvia Allende Pérez.
- Médico Adscrito: Dra. Emma Verastegui Aviles.
- Residentes Medicina Conductual: Carlos Alejandro García Benítez y Nancy Rangel Domínguez.
- Supervisora in situ: Mtra. Leticia Ascencio Huertas.

ROTACION:

El año completo de residencia se realizó en el servicio de Cuidados Paliativos rotando de manera cuatrimestral en las áreas de: Consulta Externa, Atención telefónica/visita domiciliaria y hospitalización.

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

ACTIVIDADES ACADEMICAS:

- Participar en clases interdisciplinarias tres veces por semana sobre temas relacionados con el servicio de cuidados paliativos.
- Asistir a clases con supervisor in situ, martes y jueves a las 7 am con temas relacionados a la psicooncología y cuestiones médicas.

ACTIVIDADES DE ATENCION A PACIENTES:

- La ruta de atención comienza con el ingreso del paciente al servicio de cuidados paliativos referido por los servicios de preconsulta u oncología médica debido a enfermedad avanzada o progresión de la enfermedad, según sea el caso. Una vez ahí, el área médica atiende al paciente por primera vez y los refiere al área de psicología para la valoración psicológica inicial cuyo objetivo es iniciar la relación terapéutica con el paciente y generar una impresión diagnóstica sobre probables alteraciones emocionales debido al reciente diagnóstico de cáncer avanzado. Durante las siguientes citas se brinda atención psicológica basada en las necesidades del paciente, entre ellas:
 - Validación emocional para ayudarlo a la expresión de las mismas provocadas por saberse con una enfermedad oncológica avanzada y los cambios drásticos en su estilo de vida.
 - Balance decisonal y técnica en solución de problemas para generar en el paciente una nueva habilidad en la toma de decisiones y logren resolver problemas económicos, prácticos e incluso familiares generados a partir de la enfermedad.
 - Reuniones familiares para mejorar la probable dinámica disfuncional que se genera a partir del diagnóstico de cáncer avanzado.

- En caso de fallecimiento, se realiza intervención en crisis en familiares y amigos.
- Counselling para el manejo del duelo anticipado y las actividades al final de la vida por parte del paciente.

PRODUCTIVIDAD:

Durante el segundo año de la residencia se atendió a un total de 458 pacientes de los cuales el 38.2% (n=175) fueron hombres y 61.8% (n=283) mujeres.

Del total de pacientes, el 24.5% (n=112) se encontraban hospitalizados mientras que el 53.7% (n=246) recibieron atención en la consulta externa. El diagnóstico oncológico con mayor prevalencia fue el cáncer del sistema digestivo con un 13.1% (n=60), mientras que en el área psicológica el impacto emocional por estar fuera de tratamiento oncológico fue el diagnóstico más prevalente con el 44.1% (n=202). Las tres técnicas más utilizadas para la entrevista inicial fue: validación emocional con 42.4% (n=196), psicoeducación con 27.5% (n=126) y la solución de problemas con 20.5% (n=94). (Ver Tabla 2)

Tabla 2

Productividad en el segundo año de residencia

	n	%
Sexo		
Hombres	175	38.2
Mujeres	283	61.8
Servicio		
Hospitalización	112	24.5
Consulta Externa	246	53.7
Asistencia Telefónica	85	18.6
Sesión PACO	15	3.3
Diagnóstico Médico		
Cáncer esófago y gástrico	60	13.1

Sarcoma	47	10.3
Cáncer hepático	46	10.0
Cáncer de páncreas.	42	9.2
Cáncer Cervico Uterino	29	6.3
Cáncer intestinal	24	5.2
Cáncer de ovario	24	5.2
Otros	186	40.7
Diagnóstico Psicológico		
Impacto ante el diagnóstico y pronóstico	118	25.8
Proceso de adaptación al tratamiento	137	29.9
Impacto emocional por FTO	202	44.1
Trastorno de ansiedad	1	.2
Abordaje Psicológico.		
Entrevista inicial	195	42.6
Abordaje psicoterapéutico	107	23.4
Psicoterapia de apoyo	84	18.3
Psicoterapia breve	56	12.2
Sesión Informativa PACO	15	3.3
Intervención en Crisis	1	.2
Técnicas Psicológicas		
Validación emocional	196	42.4
Psicoeducación	126	27.5
Solución de problemas	94	20.5
Reestructuración cognitiva	27	5.9
Balance decisional	16	3.5
Imaginación guiada	1	.2

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS:

Análisis de necesidades: Obtener, clarificar y analizar las necesidades del paciente para determinar las acciones a realizar.

Establecimiento de objetivos: Interactuar con el paciente para definir los objetivos claros y observables de la intervención psicoterapéutica.

Evaluación: Utilizar la entrevista psicológica de corte cognitivo-conductual y aplicar herramientas psicométricas para determinar las características relevantes del paciente.

Planificación de la intervención: Desarrollar un plan de intervención adecuado al contexto intrahospitalario.

Intervención directa: Aplicar la intervención de acuerdo con el plan establecido.

Elaboración de informes y notas clínicas: Redactar notas de expediente con formato SOAP así como realizar informes psicológicos sobre resultados de evaluación e intervenciones realizadas. En actividades académicas.

Estrategia profesional: Saber elegir la estrategia apropiada para manejar los problemas que se presenten en el trabajo cotidiano.

Desarrollo profesional: Actualizar competencias, conocimientos y habilidades sobre el que hacer del psicólogo en el ámbito intrahospitalario.

Relaciones profesionales: Establecer y mantener relaciones con otros profesionales de la salud como enfermeras, médicos y trabajadores sociales.

Investigación y desarrollo: Aumentar conocimientos teóricos y prácticos sobre metodología de la investigación para generar proyectos adecuados que cumplan con los criterios ya establecidos.

Autoreflexión: Reflexión crítica sobre la propia práctica y las competencias.

PROTOCOLO REALIZADO:

Evaluación del distrés emocional y factores asociados en pacientes del servicio de cuidados paliativos del instituto nacional de cancerología (Capítulo 4)

EVALUACION FINAL DEL SERVICIO:

Se encontró un servicio organizado, con conciencia en el personal sobre el trabajo del psicólogo y disposición por colaborar en lo posible para fomentar el desarrollo de dicho trabajo. La participación del psicólogo dentro del servicio es tomada en cuenta por parte de los demás profesionales de la salud. Los residentes de medicina conductual realizamos consulta externa, atención a grupos, talleres y sesiones psicoeducativas.

CONCLUSION.

En general, considero que el servicio permite a los residentes de medicina conductual realizar su trabajo con algunas complicaciones respecto a espacios para las intervenciones. Hay una ambiente de respeto por el trabajo del psicólogo y se le considera para importante del equipo profesional en salud.

SUGERENCIAS.

Gestionar el uso de espacios para la realización de intervenciones psicológicas.

Prestar mayor atención en las inquietudes, sugerencias e inconformidades de los residentes.

PROTOCOLO

“EVALUACION DEL DISTRES EMOCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA”

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INcan).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar las características sociodemográficas asociadas al distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan.

Identificar los factores de riesgo asociados al distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan.

Identificar los problemas cotidianos asociados al distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan.

Identificar el tipo de problemas cotidianos con mayor impacto en los niveles de distrés emocional en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan.

MÉTODO

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo de marzo de 2011 a febrero de 2012 en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología como parte de las actividades clínicas y de investigación del Programa de Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual de la UNAM.

Diseño

Estudio no experimental, transversal, descriptivo y correlacional de auto-reporte y análisis de datos clínicos.

Instrumentos

Se utilizó el Termómetro del Distrés validado y estandarizado en México con una sensibilidad de 93%, especificidad de 76%, valor predictivo positivo de 82%, valor predictivo negativo de 90% (Almanza-Muñoz et al., 2008).

Procedimiento

A partir de la referencia de pacientes para consulta de primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del INcan se les realizó la valoración clínica inicial como parte de la ruta de atención establecida. Previo consentimiento informado y revisión del expediente clínico se aplicó el Termómetro de Distrés con un punto de corte de 4 o más para distrés significativo acorde a lo referido en un estudio previo (Almanza-Muñoz et al., 2008), así como una entrevista clínica semiestructurada de acuerdo a los factores de riesgo para desarrollar distrés emocional elevado de la NCCN (Holland et al., 2011) construida por el autor para fines del presente estudio.

Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para identificar las características sociodemográficas de la muestra estudiada, asimismo, se aplicó estadística no paramétrica correlacional con análisis de contingencias y chi cuadrada. La significancia estadística se estableció con 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 utilizó Microsoft Office Excel[®] 2010 v. 14.0

(Microsoft Corporation) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v. 21.0 (SPSS, por sus siglas en inglés) (Statistical Package for Social Sciences, v21.0/SPSS® Inc., 2012, Chicago IL).

Participantes

El presente estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cancerología. Todos los pacientes aceptaron participar de forma voluntaria y anónima tras explicarles el objetivo de la investigación. Las características de la muestra global se constituyeron por un total de 62 pacientes con diagnóstico establecido de cáncer avanzado atendidos en el área de hospital de día del servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. De dichos pacientes, se excluyó a un total de 12 (19.3%), por estar imposibilitados para contestar debido a su condición clínica, por lo cual el grupo estudiado mediante la aplicación del termómetro de distrés fue de 50 pacientes. El 66% (n=33) de muestra quedo conformada por mujeres y el 34% (n=17) restante por hombres, con una edad promedio total de 60.5 años (D.E=15.9 años). El 48% (n=24) de la muestra eran casados y el 26% (n=13) viudos. El 54% (n=27) padres de familia, el 36% (n=18) no cuentan con estudios y el 26% (n=13) tienen la primaria como nivel máximo de estudios. (Ver Tabla 3)

RESULTADOS

Se identificaron 24 tipos diferentes de cáncer, los más prevalentes fueron cáncer de páncreas y cáncer cervico-uterino, cada uno con el 12% (n=6). El 58% (n=29) de los pacientes fueron referidos del servicio de pre consulta por enfermedad avanzada y el 42% (n=21) restante por el servicio de oncología médica debido a progresión de la enfermedad, de estos últimos solo el 14.2% (n=3) recibieron tratamiento conjunto entre el servicio de cuidados paliativos y oncología médica, el restante 85.8% (n=18) fueron enviados al

Tabla 3.**Datos sociodemográficos.**

	n	%		n	%
Sexo			Nivel Educativo		
Mujeres	33	66	Sin estudios	18	36
Hombres	17	34	Primaria	13	26
Estado Civil			Secundaria	8	16
Casado	24	48	Preparatoria	6	12
Viudo	13	26	Licenciatura	5	10
Divorciado	8	16	Referencia		
Soltero	5	10	Preconsulta	29	58
Rol Familiar			Oncología Médica	21	42
Abuelo(a)	19	38	Manejo		
Madre	17	34	Único	47	94
Padre	10	20	Conjunto	3	6
Hijo	4	8			

servicio de cuidados paliativos cuando se encontraban fuera de tratamiento oncológico activo. Al momento de ingresar el servicio de cuidados paliativos del INcan, el 66% (n=33) presentaron niveles elevados de distrés emocional (≥ 4) con una media de 4.8 (D.E=2.6) (ver Figura 1).

a) Características sociodemográficas y distrés emocional elevado.

Para poder encontrar diferencias en la presencia de distrés emocional elevado según las características sociodemográficas de la muestra se realizó un análisis de contingencia con el estadístico chi cuadrado de Pearson. Para el caso del estado civil se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.017$) ya que del 66% de los pacientes con distrés emocional elevado, el 54.5% (n=18) eran casados; asimismo, se encontraron diferencias significativas ($p=.001$) según rol familiar, siendo el de madre quien más presenta niveles elevados de distrés emocional con un 45.5% (n=15). (Ver Tabla 4)

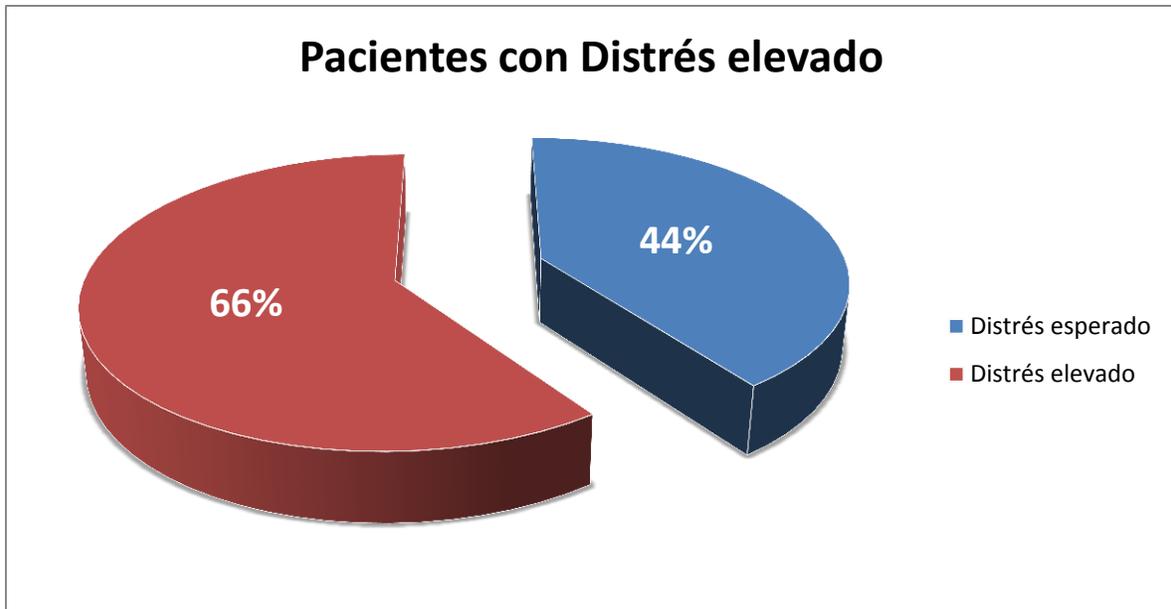


Figura 1. Porcentaje de pacientes con presencia de distrés emocional elevado.

Tabla 4

Presencia de distrés emocional elevado según sociodemográficos

	χ^2	<i>P</i>
Sexo	1.957	.212
Estado Civil	10.142	.017*
Diagnóstico	22.891	.467
Rol Familiar	16.489	.001**
Nivel Educativo	8.355	.079
Referencia	.857	.651
Manejo	.001	1.000

** $p < .001$, * $p < .05$

b) Factores de riesgo para distrés emocional elevado.

El 22%(n=11) presentaron historia de trastornos psiquiátricos previos a la enfermedad, el 16%(n=8) reportó tener abuso de sustancias previo a la enfermedad. Se encontró deterioro cognitivo además dificultad para comunicarse en el 20% (n=10) de la muestra, el 28%(n=14) padece enfermedades comorbidas a su padecimiento oncológicos. El 12%(n=6)

presenta conflictos con su cuidador, el 28% (n=14) percibe pobre apoyo social y el 10% (n=5) vive solo. Por otro lado los factores de riesgo más frecuentes que se encontraron en la muestra son los problemas económicos con un 74%(n=37), el tener hijos pequeños y/o dependientes con un 42%(n=21), ser joven (menor de 60 años) con un 46%(n=23), ser mujer con un 62% (n=31) y la presencia de síntomas no controlados con un 60%(n=30) (Ver Tabla 5) (Ver Figura 2).

c) Problemas asociados a distrés emocional elevado.

Respecto a los problemas prácticos asociados al nivel de distrés, 26% (n=13) presentaron problemas relacionados con el cuidado de su casa y de sus hijos respectivamente, 72% (n=36) tenían problemas con la seguridad financiera, 52% (n=26) problemas para transportarse de su casa al INcan, 98% (n=49) problemas con asistir a la escuela o el trabajo, solo el 14% (n=7) problemas de pareja y 12% (n=6) de relación con sus hijos. Respecto a los problemas emocionales asociados, el 50% (n=25) respondieron “SI” a la pregunta de si creían que se encontraban deprimidos, el 46% (n=23) reportó sentir miedo, el 48% (n=24) nerviosismo, el 72% (n=36) tristeza y el 70% (n=35) preocupación.

Tabla 5.

Presencia de factores de riesgo para Distrés Emocional.

Factor de Riesgo	n	%
Problemas económicos	37	74
Ser mujer	31	62
Presencia de síntomas no controlados	30	60
Ser joven	23	46
Hijos pequeños y/o dependientes	21	42
Historia de abuso sexual o físico	17	34
Acceso limitado a servicios de salud	16	32
Pobre apoyo social	15	30
Enfermedades comorbidas	14	28

Conflictos con la familia	14	28
Historia de trastorno psiquiátrico previo	11	22
Deterioro cognitivo	10	20
Dificultad para comunicarse	10	20
Historia de abuso de sustancias previo	8	16
Conflicto con el cuidador	6	12
Vivir solo	5	10
Preocupaciones religiosas y/o espirituales	4	8

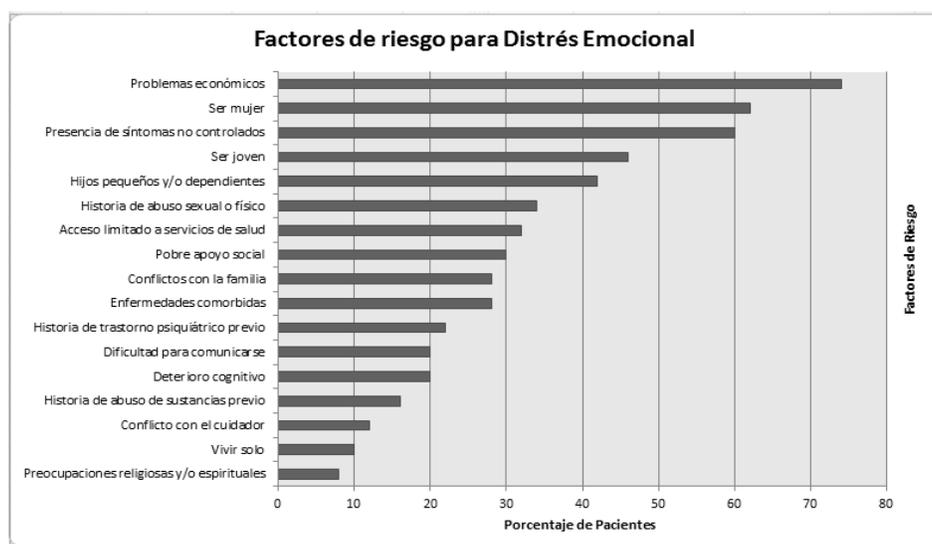


Figura 2. Porcentaje de pacientes con factores de riesgo para distrés emocional.

En cuanto a los problemas físicos, 40% (n=20) afirmaron estar a disgusto con su apariencia, 54% (n=27) tener complicaciones para bañarse o vestirse, 36% (n=18) dificultad para respirar, 54% (n=27) con estreñimiento, 66% (n=33) problemas para alimentarse, 82% (n=41) con fatiga, 80% (n=40) reportaron sentirse débiles, 60% (n=30) con problemas para moverse o desplazarse de un lugar a otro, el 74% (n=37) reportaron dolor, 48% (n=24) problemas sexuales, 50% (n=25) problemas para dormir (ver Tabla 6)

Tabla 6.
Presencia de problemas asociados a Distrés Emocional.

Tipo	Problema	n	%
Práctico	Escuela/Trabajo	49	98
Físico	Fatiga	41	82
Físico	Debilidad	40	80
Físico	Dolor	37	74
Emocional	Tristeza	36	72
Práctico	Seguridad Financiera	36	72
Emocional	Preocupación	35	70
Físico	Alimentación	33	66
Físico	Movilidad	30	60
Físico	Constipación	27	54
Físico	Baño/Vestido	27	54
Práctico	Transporte	26	52
Emocional	Depresión	25	50
Físico	Problemas para dormir	25	50
Emocional	Nerviosismo	24	48
Físico	Problemas sexuales	24	48
Emocional	Miedo	23	46
Físico	Indigestión	23	46

Tipo	Problema	n	%
Físico	Apariencia	20	40
Físico	Nauseas	20	40
Físico	Piel seca/comezón	19	38
Físico	Respiración	18	36
Físico	Memoria/Concentración	14	34
Físico	Hormigueos manos/pies	15	30
Físico	Nariz seca/congestión	13	26
Práctico	Cuidado de los hijos	13	26
Práctico	Casa	13	26
Físico	Cambios en la orina	11	22
Físico	Diarrea	11	22
Emocional	Pérdida de interés	10	20
Físico	Dolor de boca	8	16
Familiar	Relación de pareja	7	14
Familiar	Relación con los hijos	6	12
Espiritual	Preocupación espiritual	4	8
Físico	Fiebre	2	4

d) Relación entre distrés emocional elevado, factores de riesgo y problemas asociados.

Se realizó un análisis de contingencia Phi (ϕ) para obtener el grado de asociación entre la presencia de distrés emocional elevado, los factores de riesgo y los problemas asociados. Se consideraron estadísticamente significativos todos los valores con probabilidades asociadas menores o iguales al .05. Se encontró una relación negativa pero débil ($\phi=-.322$) entre tener un acceso limitado a los servicios de salud y la presencia de distrés emocional elevado ($p=.023$). Por otro lado, el tener hijos pequeños y/o dependientes se encuentra relacionado débilmente de forma positiva ($\phi=.354$) con la presencia de distrés emocional elevado ($p=.012$), así como el ser joven ($\phi=.324$) con una significancia de .022. En los

restantes factores de riesgo no se encontraron relaciones estadísticamente significativas (ver Tabla 7). Respecto a los problemas asociados, la dificultad con la relación de pareja está asociada positivamente ($\phi=-.290$) con el distrés emocional elevado ($p=.041$). Asimismo, los problemas emocionales como la percepción de estar deprimido, el miedo, el nerviosismo, la tristeza y la preocupación están relacionados todos de forma significativa ($p\leq.05$) con el distrés emocional elevado. De los problemas físicos únicamente los sexuales estuvieron relacionados significativamente ($p=.002$). Ninguno de los problemas prácticos o espirituales obtuvo relaciones significativas. (Ver Tabla 8)

Tabla 7.

Correlaciones entre distrés emocional elevado y factores de riesgo

Nivel de Distrés	Factor de riesgo	Factor Phi (ϕ)	Sig.
Elevado	Problemas económicos	-.40	.775
	Ser mujer	.134	.344
	Presencia de síntomas no controlados	-.155	.273
	Ser joven	.324	.022*
	Hijos pequeños y/o dependientes	.354	.012*
	Historia de abuso sexual o físico	.070	.623
	Acceso limitado a servicios de salud	-.322	.023*
	Pobre apoyo social	.009	.948
	Enfermedades comorbidas	.071	.613
	Conflictos con la familia	.071	.613
	Historia de trastorno psiquiátrico previo	.075	.594
	Deterioro cognitivo	-.063	.654
	Dificultad para comunicarse	-.169	.232
	Historia de abuso de sustancias previo	.083	.558
	Conflicto con el cuidador	.135	.339

** $p<.001$, * $p<.05$

Por último, para identificar asociaciones entre el nivel de distrés emocional y el tipo de problemas asociados se realizó un análisis de correlación de Spearman. Se encontró que el

nivel de distrés emocional está relacionado de forma positiva ($r=.281$) con los problemas prácticos ($p=.048$) y con los problemas emocionales ($r=.602$) ($p=.001$). (Ver Tabla 9)

Tabla 9.

Correlaciones entre nivel de distrés emocional, factores de riesgo y problemas asociados.

		Prácticos	Familiares	Emocionales	Espirituales	Físicos
Nivel de Distrés	r Sberman	.281*	.233	.602**	.217	.202
	Sig. bilateral	.048	.104	.001	.130	.160
	N	50	50	50	50	50

** $p<.001$, * $p<.05$

DISCUSION

El presente estudio tenía como objetivos determinar la prevalencia de distrés emocional elevado en pacientes oncológicos atendidos por primera vez en el servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología; así como identificar las características sociodemográficas, los factores de riesgo y los problemas cotidianos asociados a dicho distrés emocional elevado. Respecto a las características sociodemográficas de la muestra no se obtuvieron diferencias importantes en comparación con otras reportadas de estudios similares (Chochinov et al., 2009; Aoun, 2011); sin embargo, la edad varía un poco a la de otros estudios realizados en México (Almanza et al, 2008; Almanza et al, 2009); es probable que la razón se deba a que dichos estudios se realizaron con pacientes en tratamiento activo donde hay mayor prevalencia de pacientes jóvenes (< 60 años).

En lo que se refiere a la presencia de distrés emocional elevado, el 66% de los participantes reportó la presencia de distrés emocional elevado consistente con otras investigaciones de pacientes paliativos (Gao, 2010) pero mayor al 56% y 61.8% encontrados en otros estudios realizados en México con pacientes en tratamiento activo (Almanza et al, 2008; Almanza et al, 2009) o en el extranjero (Hollingworth et al, 2013; Lotfi-Jam, et al, 2013, O'Donnell, 2013). Lo anterior concuerda con lo mencionado en la

Guía para Manejo del Distrés de la NCCN (Holland et al., 2011) en la cual afirman que la falla en el tratamiento, la progresión o recurrencia de la enfermedad, el cáncer avanzado y el final de la vida son momentos donde el distrés emocional incrementa; los pacientes de un servicio de cuidados paliativos se encuentran en varios de estos momentos.

Respecto a las características sociodemográficas relacionadas con los niveles elevados de distrés emocional se encontró que los pacientes casados así como las madres de familia presentaron más distrés emocional elevado que el resto de la muestra. Lo anterior no se puede comparar con otras investigaciones en México pues no se encontró estudio alguno que haya realizado dicho análisis; sin embargo, es posible que este hallazgo esté relacionado con el hecho de ser mujer y tener hijos pequeños o dependientes, ambos factores de riesgo para desarrollar distrés emocional elevado propuesto por la NCCN (Holland et al., 2011). Por otro lado, existen investigaciones donde el nivel educativo bajo también se encuentra relacionado significativamente con el distrés emocional elevado (Kim et al, 2011) algo que no se encontró en el presente estudio pero que obtuvo una significancia de .07, razón por la cual se presupone que la razón puede ser el tamaño del grupo.

De los factores de riesgo propuestos por la NCCN únicamente el ser joven, tener hijos pequeños y/o dependientes así como el acceso limitado a servicios de salud obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas; hallazgos consistentes con otras investigaciones (Enns et al, 2013); sin embargo, existen otras investigaciones donde el ser mujer, (Enns et al, 2013), o el tener historia previa de depresión (Agarwal et al., 2013) también son factores asociados a niveles elevados de distrés emocional. En el presente estudio dichos factores obtuvieron significancias a penas por encima del .05, es probable que aumentando el número de participantes se podrían obtener valores estadísticamente significativos.

Respecto a los problemas cotidianos, los emocionales de depresión, miedo, nerviosismo, tristeza y preocupación obtuvieron asociaciones importantes con la presencia y el nivel de

distrés emocional elevado, lo anterior es consistente con algunas investigaciones (Hollingworth et al, 2013; Agarwal et al., 2013; Tuinman et al., 2008); sin embargo, en estos mismos estudios los problemas físicos también se encuentran asociados significativamente, situación que no sucedió en la presente investigación, una razón podría ser que los pacientes de cuidados paliativos ya no reciben tratamientos agresivos como quimioterapia o radioterapia cuyos efectos secundarios se encuentran relacionados con la presencia de problemas físicos (Tuinman et al., 2008; Agarwal et al., 2013).

CONCLUSION

Identificar el distrés emocional así como los factores que lo incrementan en pacientes de cuidados paliativos es indispensable para poder proporcionar un tratamiento interdisciplinario más adecuado. Para el caso específico de los pacientes evaluados en el servicio de cuidados paliativos del INcan es la edad temprana, el tener hijos pequeños y la imposibilidad de acceso a servicios de salud lo que parece incrementar los niveles de distrés emocional por lo cual sería necesario implementar estrategias psicosociales dirigidas directamente a reducir dicho impacto, lo cual se pretende realizar en una siguiente investigación.

Es importante señalar que debido a la ruta de atención ya establecida dentro del servicio, solo fue posible evaluar a los pacientes de primera vez que eran atendidos en la sección de hospital de día dejando fuera a los pacientes de consulta externa, lo anterior no necesariamente influyó en los datos obtenidos debido a que la asignación a una u otra sección es completamente aleatoria; sin embargo, puede ser considerada como una limitante pues no todos los pacientes tuvieron la posibilidad de participar en el estudio. Otra limitante es el número de participantes (n=50) ya que para fines estadísticos el tamaño del grupo puede haber influido en los resultados obtenidos. Para futuros estudios se sugiere aumentar el número de participantes y utilizar una técnica para seleccionarlos de manera aleatoria.

- Agarwal, J., Powers, K., Pappas, L., Buchmann, L., Anderson, L., Gauchay, L., Rich, A. (2013). Correlates of elevated distress thermometer scores in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2125-2136. doi: 10.1007/s00520-013-1773-z.
- Akechi, T., Okuyama, T., Akizuki, N., Azuma, H., Sagawa, R., Furukawa, T., & Uchitomi, Y. (2006). Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psycho-oncology*, 15(6), 463-473.
- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217.
- Almanza-Muñoz, J., Juárez, I., Ortiz, J. y De la Huerta, R. (2009). Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 63(4), 148-155.
- Aoun, S., Monterosso, L., Kristjanson, L., & McConigley, R. (2011). Measuring Symptom Distress in Palliative Care: Psychometric Properties of the Symptom Assessment Scale (SAS). *Journal Of Palliative Medicine*, 14(3), 315-321.
- Bearden, T. S., Cassisi, J. E., & White, J. N. (2004). Electrophysiological correlates of vigilance during a continuous performance test in healthy adults. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29(3), 175-188.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medicine Journal*, 330(7493), 702-704.
- Butler, L., Koopman, Ch., Cordova, M., Garlan, R., Dimiceli, S., & Spiegel, D. (2003). Psychological Distress and Pain Significantly Increase Before Death in Metastatic Breast Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 416-426.
- Chochinov, H., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L., Harlos, M., Sinclair, S, Murray, A. (2009). The Landscape of Distress in the Terminally Ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 641 – 649.

- Cohen, S. L., Richardson, J., Klebez, J., Febbo, S., & Tucker, D. (2001). EMG Biofeedback: The effects of CRF, FR, VR, FI, and VI Schedules of reinforcement on the acquisition and extinction of increases in Forearm Muscule Tension. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(3), 179-194.
- Domínguez, B., y Olvera, Y. (2003). Patrones de temperatura periférica y control psicológico del dolor crónico. *Suma Psicológica*, 10(1), 81-117.
- Enns, A., Waller, A., Groff, S., Bultz, B., Fung, T. & Carlson, L. (2013). Risk factors for continuous distress over a 12-month period in newly diagnosed cancer outpatients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(5), 489-506. doi: 10.1080/07347332.2013.822052.
- Gao, W., Bennett, M., Stark, D., Murray, S. & Higginson, I. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*, doi:10.1016/j.ejca.2010.03.033.
- Greer S. (1994). Psycho-oncology, its aims, achievements and future tasks. *Psychooncology* 3, 87-101.
- Helgeson, V., Snyder, P., & Seltman, H. (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psycholgy*, 23(1), 3–15.
- Henselmans, I., Helgeson, V., Seltman, H., De Vries, J., Sanderman, R., & Ranchor, A. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psycholgy*, 29: 160–168.
- Hoffman, B., Zevon, M., D'Arrigo, M., & Cecchini, T. (2004). Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psycho-oncology*, 13(11), 792–799.
- Holland J. (1999).| NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13(11A), 459–507.
- Holland, J., Andersen, B., & Breitbart, W. (2011). The NCCN Distress Management Guidelines, version 1. Obtenido 21 Marzo 2011 de www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf.
- Hollingworth, W., Metcalfe, C., Mancero, S., Harris, S., Campbell, R., Biddle, L., McKell-Redwood, D. & Brennan, J. (2013). Are needs assessments cost effective in

- reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the distress thermometer and problem list. *Journal of Clinical Oncology*, 31(29), 3631-3638.
- Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J., & Ly, K. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16(2), 81-97.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Datos nacionales. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2010/cancer0.doc>
- Jacobsen, P., Donovan, K., Trask, P., Fleishman, S., Zabora, J., Baker, F. & Holland, J. (2005). Screening for Psychologic Distress in Ambulatory Cancer Patients. *Cancer*. 103(7), 1494-1502.
- Jacobsen, P. & Ransom, S. (2007). Implementation of NCCN Distress Management Guidelines by Member Institutions. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5, 99-103.
- Kadan-Lottick, N., Wanderwerker, L. Block, S., Zhang, B., & Prigerson, H. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patient with advanced cancer: a report for the coping with cancer study. *Cancer*, 104(12), 2872 – 2881.
- Kennard, B., Stewart, S., Olvera, R., Bawdon, R., Hailin, A., Lewis, C., & Winick, N. (2004). Nonadherence in adolescent oncology patients: preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 30–39. DOI: 10.1023/B:JOCS.0000016267.21912.74
- Kim, S., Rha, S., Song, S., Namkoong, K., Chung, H., Yoon, S., Kim, G. & Kim, K. (2011). Prevalence and associated factors of psychological distress among Korean cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 246-252.
- Lam, W., Chan, M., Hung, W., & Fielding, R. (2007). Treatment difficulties and post-operative distress predict persistence of psychological morbidity in Chinese women following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 16(10), 904–912.

- Lotfi-Jam, K., Gough, K., Schofield, P., Aranda, S. (2013). Profile and predictors of global distress: Can the DT guide nursing practice in prostate cancer?. *Palliative & Support Care*, 7, 1-10.
- Maguire, P. (2000). The use of antidepressants in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*, 8(4), 265-267. DOI: 10.1007/s005200000170
- O'Donnell, E. (2013) The distress thermometer: a rapid and effective tool for the oncology social worker. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, 26(4), 353-359.
- Organización Mundial de la Salud (2009). Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra: Autor.
- Payne, M., & Massie, M. (2002). Depression and Anxiety. En Berger A, Portenoy R, Weissman, D. (Ed), *Palliative Care and supportive oncology* (577-592). EUA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Porges, S. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*. 32, 123-146.
- Reyes del Paso, G. A., y González, M. I. (2004). Modification of baroreceptor cardiac reflex function by biofeedback. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29(3), 197-212.
- Rivero, Raúl., Piqueras, J. A., Ramos, Victoriano., García, L. J., Martínez, A. y Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Suma Psicológica*. 15(1), 171-197.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- Roth, A., Kornblith, A., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. & Holland, J. (1998). Rapid Screening for Psychologic Distress in Men with Prostate Carcinoma A Pilot Study. *Cancer*, 82(10), 1904-1908.
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F: Autor.

- Sistema Nacional de Información en Salud (2011). Principales causas de mortalidad general. Obtenido 12 Abril 2011 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S.D., Skovlund, E., & Dahl, A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(1), 27–34.
- Solberg, E. E., Ekeberg, Ø., Holen, A., Ingjer, F., Sandvik, L., Standal, P. A., & Vikman, A. (2004). Hemodynamic changes during long meditation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 29(3), 213-222.
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, Ch., Kumar, M., & Bennett, M. (2008). Screening for Psychological Distress in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(5), 520-528.
- Tsai, P., Yucha, C. B., Sheffield, D. & Yang, M. (2003). Effects of daily activities on ambulatory blood pressure during menstrual cycle in normotensive women. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(1), 25-36.
- Tuinman, M., Gazendam-Donofrio, S., Hoekstra-Weebers, J. (2008). Screening and Referral for Psychosocial Distress in Oncologic Practice. *Cancer*, 113(4), 870-878.
- Valdimarsdottir, U., Helgason, A., Furst, C., Adolfsson, J., & Steineck, G. (2002). The unrecognised cost of cancer patients' unrelieved symptoms: a nationwide follow-up of their surviving partners. *British Journal of Cancer*, 86(10), 1540–1545.
- Vaschillo, E., Lehrer, P., Rische, N., & Konstantinov, M. (2002). Heart Rate Variability Biofeedback as a method for assessing baroreflex function: A preliminary study of resonance in the cardiovascular system. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(1), 1-27.
- Virtanen, R., Jula, A., Kuusela, T., Helenius, H., & Voipio-Pulkki, L. M. (2003). Reduced heart rate variability in hypertension: associations with lifestyle factors and plasma renin activity. *Journal of Human Hypertension*, 17(3), 171-179.

- Von Essen, L., Larsson, G., Oberg, K., & Sjöden, P. (2002). Satisfaction with care: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *European Journal of Cancer Care*, 11(2), 91–99.
- Yucha, C. B., Clark, L., Smith, M., Uris, P., LaFleur, B., & Duval, S. (2001). The effect of biofeedback in hypertension. *Applied Nursing Research*, 14(1), 29-35.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19–28.