



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
PACIENTES AMBULATORIOS CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE
CÁNCER EN EL CENTRO ONCOLÓGICO INTEGRAL DE MÉDICA
SUR

Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina Interna

Presenta:

Dra. Gabriela Zamora Ortiz

Asesor de tesis:

Dr. Daniel Motola Kuba

Ciudad de México

Noviembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Resumen

Recibir el diagnóstico de cáncer puede considerarse como un evento traumático para muchos pacientes, condicionando en sujetos susceptibles síndrome de estrés postraumático, que de acuerdo al DSM-V es, en términos generales, un desorden psiquiátrico que ocurre cuando un individuo experimenta un evento estresor que pone en riesgo la vida; los síntomas de estrés incluyen: evitar el tema y lo que recuerda al paciente, hiperactividad, revivir el trauma, pesadillas, entre otros.

Existen diferentes factores de riesgo asociados al estrés postraumático secundario al diagnóstico de cáncer, entre los que destacan: el género, siendo más común encontrarlo en mujeres; también interviene la edad al diagnóstico, la educación, el nivel socioeconómico, la etapa del cáncer al diagnóstico, el tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento, etcétera.

Se requiere alto índice de sospecha e intervenciones terapéuticas tempranas para mejorar tanto el apego al tratamiento como la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo del presente estudio fue establecer la prevalencia de síntomas de estrés postraumático en nuestra población hospitalaria, así como determinar los factores de riesgo asociados. Encontramos 62.9% de prevalencia de síntomas de estrés postraumático según el cuestionario SPRINT, con predominio en mujeres, en etapa avanzada de la enfermedad, pacientes con estudios de licenciatura y estado civil casados; sin embargo el tamaño de la muestra fue de solo 27 sujetos, por lo que no podemos generalizar los resultados ni encontramos significancia estadística para alguno de los factores asociados.

Es necesario realizar más estudios para evaluar las diferentes encuestas de tamizaje y determinar su sensibilidad y especificidad, establecer modelos de manejo integral en cuidados oncológicos; así como estudiar a la muestra en diferentes etapas de la enfermedad, principalmente al diagnóstico, durante el inicio del tratamiento, y en el caso de que se presenten recaídas.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Marco teórico.....	6
Introducción	6
Epidemiología y factores de riesgo	12
Tratamiento.....	14
Antecedentes históricos.....	20
Justificación	26
Planteamiento del problema	27
Pregunta de investigación.....	28
Objetivo general.....	28
Objetivos específicos.....	28
Hipótesis.....	28
Hipótesis Nula	28
Hipótesis Alternativa	28
Material y métodos.....	29
Diseño de investigación.....	29
Análisis de la información	29
Ubicación espacio temporal.....	29
Lugar.....	29
Tiempo.....	29
Persona.....	29
Selección de la población de estudio	29
Criterios de Inclusión.....	29
Criterios de exclusión	29
Criterios de eliminación	29
Definición de las variables.....	31
Descripción general del estudio	33
Aspectos éticos.....	36
Recursos humanos, físicos y financieros.....	38
Análisis estadístico	39

Resultados	40
Discusión	45
Conclusiones	48
Anexos	50
Anexo I. PCL – 5	50
Anexo 2 SPRINT	51
Anexo 3 Consentimiento informado	52
Referencias bibliográficas	53

Marco teórico

Introducción

El estrés se define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. Filogenéticamente es un recurso para la adaptación que permite que el organismo permanezca alerta ante los cambios del ambiente que pueden suponer un peligro para el individuo o el colectivo³. Los estresores pueden ser únicos, múltiples, cotidianos o biogénicos, siendo estos últimos los que ocurren independientemente de los procesos psicológicos, como en las enfermedades crónicas.

Las características que definen a un evento como traumático son: la capacidad de provocar miedo, sensación de ser indefenso u horror en respuesta a la amenaza de ser lastimado o morir¹. Quienes han estado expuestos a este tipo de eventos sufren riesgo de padecer síndrome de estrés postraumático (SEPT), así como depresión, ansiedad generalizada, abuso de sustancias, crisis de pánico, somatización, hipertensión, asma, y síndromes dolorosos crónicos².

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)¹ los criterios diagnósticos que deben cumplirse para diagnosticar síndrome de estrés postraumático se describen a continuación:

Criterio A (uno requerido): La persona estuvo expuesta a: muerte, amenaza de muerte, lesión grave real o amenazada, o violencia sexual real o amenazada, de la siguiente manera:

- Exposición directa
- Testigo del trauma
- Aprendiendo que un familiar o amigo cercano que fue expuesto a un trauma
- Exposición indirecta a los detalles aversivos del trauma, usualmente en el curso de los deberes profesionales (por ejemplo: primeros respondedores, médicos)

Criterio B (uno requerido): El evento traumático es persistentemente re-experimentado, de la siguiente manera (s):

-Pensamientos intrusivos

-Pesadillas

-*Flashbacks*

-Angustia emocional después de la exposición a recordatorios traumáticos

-Reactividad física después de la exposición a recordatorios traumáticos

Criterio C (uno requerido): Evitar estímulos relacionados con el trauma después del trauma, de la siguiente manera:

-Pensamientos o sentimientos relacionados con el trauma

-Recordatorios relacionados con el trauma

Criterio D (dos requeridos): Pensamientos o sentimientos negativos que comenzaron o empeoraron después del trauma, de la siguiente manera:

-Incapacidad para recordar características clave del trauma

-Pensamientos y suposiciones excesivamente negativas sobre uno mismo o sobre el mundo

-Culpa exagerada de uno mismo o de otros por causar el trauma

-Afecto negativo

-Disminución de interés en las actividades cotidianas

-Sentirse aislado

-Dificultad para experimentar afecto positivo

Criterio E (dos requeridos): Alteración importante de la alerta y reactividad relacionada con el trauma, que comenzó o empeoró después del trauma, de la siguiente manera:

- Irritabilidad o agresión
- Comportamiento arriesgado o autodestructivo
- Hipervigilancia
- Altas reacciones de sobresalto
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para dormir

Criterio F (requerido): Los síntomas duran más de 1 mes.

Criterio G (requerido): Los síntomas generan dificultad o deterioro funcional (por ejemplo, social, ocupacional).

Criterio H (requerido): Los síntomas no se deben a medicamentos, uso de sustancias u otras enfermedades.

Dos especificaciones:

1. Con síntomas disociativos. Además de cumplir los criterios para el diagnóstico, un individuo experimenta altos niveles de cualquiera de los siguientes síntomas en la reacción a los estímulos relacionados con el trauma:

-Despersonalización. Experiencia de ser un observador externo o separado de sí mismo (por ejemplo, sentir como si "esto no me está sucediendo" o "uno estaba en un sueño").

-Desrealización. Experiencia de irrealidad, distancia o distorsión (por ejemplo, "las cosas no son reales").

2. Con expresión retardada. Los criterios diagnósticos completos no se cumplen hasta al menos seis meses después del traumatismo, aunque el inicio de los síntomas puede ocurrir inmediatamente. En este último caso la condición se refiere como desorden de estrés agudo o síntomas de estrés postraumático (SSPT)¹.

Los sujetos que tienen SSPT son fácilmente identificables, sin embargo comparten características con depresión y ansiedad, por lo que es importante buscar específicamente la relación de los síntomas somáticos y psicológicos con el evento estresante que los desencadenó.

A menudo durante la consulta no psiquiátrica estos eventos no son abordados, por lo que no hay oportunidad de develar la reacción del paciente ante los exámenes o ante la adherencia al tratamiento, que puede ser una manifestación de evitación³.

La prevalencia del síndrome de estrés postraumático se calcula en 5 a 6% de hombres y 10 a 14% de mujeres, siendo el 4º desorden psiquiátrico más común. Para cualquier evento traumático el 8.12% de hombres y 20.4% de mujeres, según Kessler, desarrollan SSPT, mientras que para Breslau se desarrolla en 6.2% de los hombres y 13% de las mujeres que tuvieron un evento traumático^{2,4}.

En cuanto al proceso de recuperación, no importa cuál sea la respuesta emocional, ya que este proceso requiere el reconocimiento de cambios que se han producido como resultado del evento. Al confrontarlos se promueve la habituación que permite una respuesta emocional menos angustiante al evento². Se debe hacer comprender a los pacientes que sus síntomas representan una reacción psico-biológica al evento estresante en lugar de una falla de carácter o un signo de debilidad. Estos pacientes requieren sentirse seguros y apoyados.

En cuanto al abordaje del tema propuesto, la Organización Mundial de la Salud define al cáncer como un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, teniendo como característica definitoria la multiplicación rápida e incontrolada de células, y que tiene capacidad de diseminación a tejidos adyacentes y a otros órganos. El cáncer

es considerado una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial³. En 2012 se registraron 14 millones de nuevos casos, en 2015 ocasionó 8.8 millones de defunciones, aproximadamente 1 de cada 6 personas mueren por esta causa. Se calcula que 1 de cada 2 personas en Reino Unido tendrán cáncer a lo largo de su vida⁵. Se prevé un aumento del 70% en 20 años. La incidencia ha aumentado debido a la expansión y el envejecimiento poblacional, resultando en muchas ocasiones en muerte, sin embargo los avances en diagnóstico y tratamiento han permitido aumentar las tasas de supervivencia^{3,6}.

En 2012 en el mundo según Globocan hubo 14.1 millones de nuevos casos de cáncer, 8.2 millones de muertes por cáncer y 32.6 millones de personas que vivían con cáncer en los 5 años posteriores al diagnóstico. 57% de los nuevos casos de cáncer, 65% de las muertes por cáncer y 48% de los casos prevalentes de cáncer ocurrieron en las regiones menos desarrolladas⁶. Según la OMS los cinco tipos de cáncer que causan mayor número de fallecimientos son: pulmonar (1.69 millones de defunciones), hepático (788 mil defunciones), colorrectal (774 mil defunciones), gástrico (754 mil defunciones) y mamario (571 mil defunciones).

La tasa general de incidencia de cáncer estandarizada en la edad es 25% más alta en hombres que en mujeres, variando casi 5 veces en las diferentes regiones del mundo, mientras que las mujeres varían casi 3 veces⁶. En términos de mortalidad, hay menos variabilidad regional que la incidencia, siendo las tasas 15% más altas en las regiones más desarrolladas con respecto a las menos desarrolladas en hombres y 8% en mujeres^{6,7}.

Muchos pacientes experimentan angustia después de recibir el diagnóstico de cáncer o al someterse al tratamiento. Para algunos es clínicamente significativo, presentando síntomas inespecíficos como palpitaciones, náusea, insomnio, dolor inexplicable, alteración en el estado de ánimo, pudiendo simular ansiedad y/o depresión. Por ello se hace necesario identificar el síndrome de estrés postraumático, para un abordaje integral que favorezca la comunicación y la adherencia al tratamiento. La tasa estimada de síndrome de estrés postraumático

en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer varía del 5 al 19%, y los síntomas de estrés postraumático se encuentran en 5 al 13%^{8,3}.

En un meta análisis de 12 estudios realizado en 2014 se encontró una asociación en mujeres más que en hombres sin ser estadísticamente significativo. Estos autores no encontraron relación con el tiempo de diagnóstico; hubo una alta relación entre síntomas depresivos, angustia y ansiedad estadísticamente significativo^{8,9}.

A pesar de los avances en el tratamiento, los pacientes con cáncer de mama experimentan alta prevalencia de angustia, con 77.5% de prevalencia de síntomas de depresión y/o ansiedad, sobre todo al recibir el diagnóstico¹⁰. Giese-Davis y sus colaboradores estudiaron pacientes recién diagnosticados de cáncer que recibían consejería profesional por sobrevivientes de cáncer, presentando mejoría en calidad de vida 12 meses después de la intervención, así como mejores relaciones matrimoniales y menos necesidad de intervención posteriormente, comparado con el grupo control¹¹.

Sin embargo el problema radica en la falta de realización de estudios rutinarios para identificar a sujetos con angustia relacionada al diagnóstico de cáncer. A pesar de las pautas de NCCN, se ha encontrado que solo 20% de las instituciones miembros de NCCN examinan a pacientes para síntomas de estrés, y el 37.5% de esas instituciones realiza entrevistas solamente. Pirl encontró que menos del 15% del personal médico utiliza métodos para identificar angustia, con reportes similares entre Canadá y Estados Unidos, por lo que la Sociedad de Psico-Oncología (IPOS) respaldó la angustia como el sexto signo vital en pacientes con cáncer en 2009 y recomienda se interrogue este síntoma después de interrogar dolor, el cual es considerado el quinto signo vital^{14,27,28}.

Holland describe el espectro de la angustia y la necesidad de acuñar el término *distress*, traducido al español “angustia” a esta gama de manifestaciones, para quitar el estigma social de involucrar los términos psiquiátrico, psicológico o psicosocial. El *distress* se define como una experiencia no placentera de naturaleza mental, física, social o espiritual, que afecta todos los rubros de la vida de un

individuo, y en los pacientes oncológicos limita el enfrentamiento al saberse con cáncer, al lidiar con los síntomas del cáncer o el tratamiento del mismo. Varía en la presentación entre una persona y otra y el espectro varía desde lo considerado esperable y normal hasta lo disfuncional y grave^{23,28}. Algunos de los síntomas se muestran en la figura 1, como se observa a continuación.

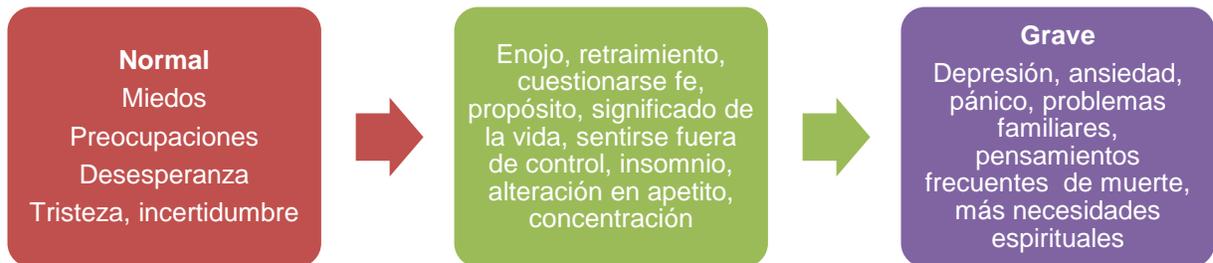


Figura 1. Espectro de manifestaciones de la angustia

Epidemiología y factores de riesgo

En términos generales el cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales, en un proceso que consta de varias etapas y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno; dichas alteraciones resultan de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos que pueden dividirse en¹⁶:

- Carcinógenos físicos, como radiaciones ultravioleta e ionizantes.
- Carcinógenos químicos, como amianto, componentes del humo del tabaco, aflatoxinas, arsénico.
- Carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer, probablemente por la coalición de acumulación de factores de riesgo en conjunto con la disminución de la eficacia de los mecanismos de reparación celular.

Entre los principales factores de riesgo para cualquier tipo de cáncer se encuentran el consumo de tabaco y alcohol, la mala alimentación, la inactividad física, infecciones crónicas en países en vías de crecimiento^{16,23}. El tabaquismo es el principal factor de riesgo de cáncer, causando aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer a nivel mundial. Según estadísticas de la OMS, cerca del 15% de los casos de cáncer diagnosticados en 2012 se atribuyeron a infecciones, entre los agentes causales destacan *Helicobacter pylori*, papilomavirus humanos, virus de la hepatitis B y C, virus de Epstein-Barr, virus de inmunodeficiencia humana, entre otros^{16,18}.

Por otro lado, los factores de riesgo de angustia son: problemas familiares, espirituales, vivir solo, género femenino, tener hijos jóvenes, toxicomanías, antecedentes personales de problemas psiquiátricos (ansiedad, depresión), acceso limitado a la salud, dificultad económica, comorbilidades importantes, síntomas incontrolados, poco apoyo familiar o social, deterioro cognitivo, jóvenes, problemas para comunicación, abuso físico o sexual²⁸.

Los periodos de vulnerabilidad para sufrir angustia son cuando se diagnostica cáncer o durante el abordaje del mismo, en la espera de tratamiento, se inicia otro tratamiento, se tienen complicaciones mayores relacionadas al tratamiento, se termina recientemente el tratamiento, se diagnostica en etapa avanzada o terminal el cáncer, se presenta recaída de la enfermedad, recién ingresan o egresan del hospital, requieren más abordaje por algún síntoma, se someten a pruebas genéticas, etcétera²⁴.

En cuanto a la mortalidad por cáncer se puede reducir reforzando en la población la detección temprana a través del cribado y del diagnóstico temprano.

El objetivo del cribado o detección sistemática es encontrar anomalías indicativas de un cáncer o de una lesión precancerosa cuando no ha producido síntomas, con

el fin de diagnosticar y tratar prontamente la enfermedad; en general los programas de cribado son intervenciones de salud pública, entre las que destacan la mamografía para el cribado de cáncer de mama, la citología vaginal y colposcopia para el cribado de cáncer cervicouterino, la colonoscopia para el cribado de cáncer colorrectal^{16,23}.

Por otro lado, el diagnóstico temprano abarca tres pasos sucesivos que deben realizarse oportunamente y son: la conciencia del posible problema de salud y acceso a atención médica; evaluación clínica, diagnóstico y estadificación y acceso al tratamiento.

En cuanto a los síntomas de angustia se sugiere el cribado con cada consulta, una vez recibido el diagnóstico de cáncer, para monitorizar la funcionalidad en los diferentes aspectos de la vida cotidiana y promover el apego al tratamiento.

Tratamiento

El abordaje y estadificación al diagnosticar determinado tipo de cáncer son esenciales para determinar el tratamiento, teniendo en consideración cirugía, radioterapia, quimioterapia (con fines curativos o paliativos) cuidados paliativos y apoyo psicológico. Los objetivos son tanto prolongar la supervivencia libre de enfermedad como mantener la calidad de vida^{16,21,23}.

La finalidad de cuidados paliativos es prevenir y aliviar el sufrimiento para los pacientes y los familiares de los pacientes que atraviesan por una situación que compromete la vida, mediante el manejo temprano del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Mejora la calidad de vida y previene estancias intrahospitalarias innecesarias¹⁷.

La *American Society for Clinical Oncology* (ASCO) recomienda considerar manejo oncológico estándar en conjunto con cuidados paliativos de manera temprana en el curso de tratamiento para los pacientes con cáncer metastásico o muy sintomáticos, como se observa a continuación^{17,20}:

-El tiempo para iniciar cuidados paliativos debe ser tan pronto como el cáncer de un paciente se hace más avanzado.

-Para los pacientes recién diagnosticados con cáncer avanzado el Panel de Expertos sugiere la participación temprana de cuidados paliativos dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico.

-Los pacientes internados y los pacientes ambulatorios con cáncer avanzado deben recibir servicios de cuidados paliativos desde el primer contacto con el médico y en combinación con el tratamiento activo.

Los componentes de cuidados paliativos pueden incluir lo siguiente:

-Hacer *rapport* y establecer relaciones con los familiares

-Manejo de síntomas, angustia y estado funcional (ej. Fatiga, disnea, dolor, alteración del sueño, estado anímico, náuseas, estreñimiento).

-Corroborar el entendimiento del paciente sobre su enfermedad y su pronóstico

-Clarificar metas de tratamiento

-Evaluación y apoyo en las necesidades de afrontamiento (por ejemplo, provisión de una terapia digna).

-Asistencia en la toma de decisiones médicas

-Coordinación con otros cuidadores

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomienda adicionalmente que^{18,19}:

-Todos los pacientes con cáncer deben someterse a exámenes de detección repetidos para las necesidades de cuidados paliativos, comenzando con su diagnóstico inicial y luego a intervalos según el escenario clínico.

-Todos los profesionales de la salud deben recibir educación y entrenamiento para desarrollar conocimiento, habilidades y actitudes en el campo de cuidados paliativos.

-Evaluación por el equipo de oncología para los pacientes cuyo cribado confirma la presencia de uno o más de los siguientes: síntomas incontrolables, depresión moderada a severa relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento del cáncer, comorbilidades físicas, psiquiátricas, psicosociales, tumores sólidos metastásicos, esperanza de vida menor a 6 meses, entre otros.

En cuanto al manejo de la angustia, la NCCN recomienda detección continua, monitoreo, documentación y tratamiento de la angustia en todas las etapas de tratamiento, en la visita inicial y en intervalos apropiados, en especial con los cambios en el estado de la enfermedad (remisión, recurrencia, progresión).

El tratamiento se determina con base en el nivel y fuente de malestar identificado. Se definen roles claros para los miembros del equipo de oncología primaria, así como oncología psicosocial, que prestan servicios de salud mental, sociales y de consejería y capellanía.

En cuanto al manejo de la angustia se requiere apoyo social dirigido a la expresión de las emociones, para mantener optimismo realista y mitigar la angustia. Las tareas adaptativas son necesarias para acoplarse a la enfermedad y se ha observado que son cambiantes, se incluyen diferentes tipos de habilidades de afrontamiento, encaminadas a la evaluación de la información nueva, toma de decisiones, expresión de emociones, aumentar la flexibilidad. El afrontamiento adaptativo se ha dividido en tres tipos, a saber:

-Centrado en la información

-Centrado en las emociones

-Centrado en los problemas

Las estrategias evasivas son menos adaptativas a largo plazo que las centradas en tareas, sin embargo se pueden utilizar en situaciones específicas, como se muestra en la siguiente tabla, respecto a los retos de enfrentamiento en diferentes etapas del cáncer y la respuesta médica²³.

Tabla 3. Recomendaciones según retos en diferentes etapas del cáncer		
Etapa del cáncer	Reto de enfrentamiento	Respuesta médica
Diagnóstico inicial	Ansiedad existencial	Evaluación rápida y clara
Tratamiento agudo	Desesperanza Fatiga Ruptura de los roles sociales.	Invitar a la participación activa en las decisiones del tratamiento Involucrar familia y amigos
Término del tratamiento agudo	Vulnerabilidad, ansiedad acerca de recaída y efectos del tratamiento a largo plazo. Aislamiento médico.	Plan de seguimiento estrecho Programa de supervivientes
Recaída	Ansiedad acerca de la progresión de la enfermedad, efectos de los tratamientos. Futuro truncado. Pérdida de contactos sociales.	Comunicación clara Compasión Compromiso para proveer cuidados Reordenar prioridades Apoyo de grupo, entre otros.

En 2014 la ASCO publicó directrices basadas en la evidencia para el manejo de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos. Estas guías separan la detección, evaluación y tratamiento de la ansiedad y la depresión en adultos con cáncer, recomendando el momento de la evaluación, los tipos de herramientas de evaluación y las vías de tratamiento específicas, dependiendo de los niveles de síntomas reportados. También se ofrecen recomendaciones para el seguimiento y la reevaluación en curso^{17,20}.

Las intervenciones de tratamiento integral en el cáncer se determinan tras aclarar la naturaleza de la angustia emocional (depresión, ansiedad, psicosis, estrés postraumático), el uso de farmacoterapia y las intervenciones psicosociales, especialmente psicodinámica breve, educativa, interpersonal, hipnosis, terapia de grupo, cognitivo-conductual. Las intervenciones suelen ser más eficaces cuando proporcionan a los pacientes indicios para el uso de los conocimientos relacionados con su enfermedad y su manejo diario, inculcando componentes emocionales enfocados, para adaptarse y vivir a través de las diferentes etapas de la enfermedad; el conocimiento médico mejora la sensación de control, se procura una orientación anticipada para los problemas relacionados con la enfermedad.

Mindfulness es una técnica basada en la reducción de estrés, como adaptación occidental de la meditación budista. Consiste en concentrar la atención y la conciencia plena en el presente y tolerar las tensiones como fenómenos reales pero transitorios, mientras se identifican más las sensaciones corporales, pensamientos, percepciones que cruzan por la mente, sin apegarse o juzgar lo que está sucediendo; se ha descrito como la observación no crítica de la corriente continua de estímulos internos y externos conforme surgen. En el terreno oncológico ha presentado buenos resultados; Kabat-Zinn realizó un programa de 8 a 10 semanas para reducción del dolor, angustia y ansiedad y mejorar el estado de ánimo en sujetos con cáncer^{23,31}.

Ledesma y Kumano realizaron un metaanálisis de 10 estudios incluyendo ensayos clínicos controlados y observacionales, 583 individuos incluyendo pacientes oncológicos, no oncológicos, sujetos sanos; reportaron mejoría significativa en disminución de ansiedad, estrés, fatiga, ánimo, sueño y mejoría en la calidad de vida, con algunos cambios en cuestionarios autoaplicables de síntomas generales, gastrointestinales, cardiopulmonares, neurológicos³¹.

La terapia cognitivo conductual generalmente integra habilidades de afrontamiento, manejo de estrés e intervenciones para mejorar procesos cognitivos y comportamentales útiles para adaptarse a la enfermedad. Funciona a través de la identificación de las concepciones desadaptativas, someterse a hipótesis e

investigación empírica para que el paciente pueda rechazarlas, modificadas o mantener estos pensamientos basados en la evidencia. A través de esta terapia el paciente entiende su proceso y el rol que los pensamientos, las imágenes y creencias intervienen en las emociones y el comportamiento. Se desarrollan técnicas para detener los pensamientos, autoinstrucciones, disputa directa, reemplazar las distorsiones y prejuicios por imágenes de reemplazo. Se emplean técnicas para desarrollar asertividad, habilidades sociales, tareas, técnicas de relajación, programación de actividades, determinar calificaciones de dominio y de placer, ensayos de comportamiento, biblioterapia, exposición *in vivo*, etc. Esta forma de psicoterapia está bien establecida como tratamiento para depresión y en desórdenes psicósomáticos para el manejo del dolor crónico^{23,27}.

La terapia grupal aunque al principio suele ser rechazada, ha sido estudiada en mujeres con cáncer de mama, con notable reducción en dolor y angustia emocional. Se enfoca en brindar soporte social (mejora la autoestima y permite ver diferentes experiencias con otro significado), mejorar la expresión emocional (disminuir el aislamiento, el nihilismo, ya que los pacientes suelen creer que controlan el impacto psicológico e incluso el físico de la enfermedad suprimiendo la reacción emocional a la misma, hay indisposición en vez de incapacidad para enfrentar los problemas relacionados al cáncer), que ha mostrado mejorar la emoción negativa a largo plazo, enfrentarse con la muerte encontrando algún aspecto en el que puedan intervenir (controlar el proceso de morir cuando la muerte es inevitable) para sentirse menos desesperanzados, reorganizar las prioridades y vivir en el presente, control de síntomas y mejorar la comunicación con los médicos.

La hipnosis es un estado alterado de conciencia, compuesto de menos atención focal, disociación de estímulos periféricos y más capacidad de respuesta a las señales sociales, ha mostrado eficacia en control de síntomas somáticos como dolor y ansiedad, además de facilitar procedimientos médicos. Los pacientes pueden aprender autohipnosis. La hipnosis altera el proceso de procesamiento perceptual cerebral, con disminución en la respuesta a estímulos dolorosos, medido por potenciales evocados y tomografía por emisión de positrones.

Aunque existen pocos estudios en donde la intervención psicoterapéutica afecta la supervivencia además de la calidad de vida, en la historia se ha demostrado aumento en la supervivencia; por ejemplo, un estudio mostró supervivencia significativa a 18 meses en pacientes con cáncer de mama metastásico, con mínimo un año de psicoterapia grupal (1989)³¹.

Respecto al manejo farmacológico, la variedad de medicamentos incluye antidepressivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina. Estos fármacos disminuyen los síntomas depresivos, mejoran la capacidad funcional, aumentan apetito, disminuyen caquexia, reducen el dolor y disminuyen síntomas de menopausia. Entre las opciones más estudiadas se encuentran la fluoxetina, venlafaxina, bupropión, trazadona, mirtazapina.

Antecedentes históricos

DeVita menciona que el diagnóstico de cáncer es una experiencia que altera la vida para cualquiera, generalmente se convierte en un evento psicológicamente transformativo²³. La respuesta que cada paciente tenga ante esta situación afectará su humor, el apego al tratamiento y la calidad de su apoyo social. El enfrentamiento efectivo con la enfermedad abarca desde manejar las citas médicas hasta el temor existencial y requiere conocimiento de emociones fuertes e inevitables que pueden interferir con los cuidados médicos, el compromiso familiar y vocacional, la calidad de sueño, el ejercicio y la nutrición.

Existe una amplia gama de prevalencia de enfermedades psicológicas y psiquiátricas que afectan al paciente y sus familiares al enfrentarse al cáncer, llegando a reportar presentes y limitar la funcionalidad hasta en 50% de los sujetos. En la siguiente tabla (tabla 1) se muestran los factores psicológicos involucrados.

Tabla 1. Factores considerados en asesoría psicológica

Antecedentes personales psiquiátricos
--

Edad al diagnóstico
Sexo
Tipo de cáncer
Etapa de cáncer
Localización del cáncer
Cómo se diagnosticó el cáncer
Tipos de tratamiento del cáncer
Coherencia familiar
Estado de pareja
Estrategias de supervivencia conductuales anteriores
Religión/espiritualidad
Empleo/situación laboral
Seguro médico/psiquiátrico
Uso o abuso de sustancias
Dolor
Finanzas
Riesgos genéticos y pruebas
Recursos de supervivencia

En ocasiones es difícil determinar si algunos síntomas son debidos al cáncer *per se* y a su tratamiento o son comorbilidades psiquiátricas incipientes que deben atenderse a la mínima sospecha, por lo cual existen principios para guiarse en la complejidad psicológica de los sujetos con cáncer.

Se reporta en la literatura médica que en las etapas iniciales del diagnóstico y tratamiento los términos de desorden por estrés agudo y síndrome de estrés postraumático encapsulan estos problemas. En un estudio de cáncer de mama posterior al tratamiento, 5 a 10% de los pacientes cumplían criterios para el trastorno de estrés postraumático con pocos cambios en su estatus en el año siguiente. Experimentan desesperanza, trastornos de sueño, miedos, etcétera. La rutina de la

vida cotidiana cambia y se exponen a consultas frecuentes, lenguaje técnico, quimio y radioterapia; a medida que avanza la respuesta al tratamiento también lo hace la respuesta al trauma, desde estrés agudo hasta crónico, incluso al terminar el tratamiento pueden permanecer con estrés y ansiedad por la recurrencia^{25,26}.

Aunque existen múltiples condiciones psiquiátricas que ocurren en pacientes oncológicos, los más comúnmente diagnosticados son depresión, ansiedad (pánico, estrés postraumático, fobias), trastornos de adaptación y delirium; a menudo coinciden varios en un mismo paciente, algunas veces solo prevalecen síntomas como insomnio de conciliación o mantenimiento, problemas para adaptarse a los medicamentos y esto es especialmente difícil cuando existen cambios cognitivos relacionados con el cáncer subyacente (tumores del sistema nervioso central) o a la quimioterapia (cisplatino, esteroides)²³.

Es recomendable para una buena atención clínica de rutina diagnosticar y tratar problemas psiquiátricos, existen varias herramientas de cribado disponibles, como se puede observar en la tabla 2, con la mnemotecnica FACES por sus siglas en inglés (*facing, altering, coping, expressing, social support*)

Tabla 2. Principios del enfrentamiento adaptativo contra el cáncer
Los estresores son mejor manejados:
Encarando y no huyendo del problema
Alterando la percepción
Haciendo frente en conjunto y activamente
Expresando las emociones
Recibiendo apoyo social

La evaluación continua y regular de la angustia emocional y su manejo contribuyen a la satisfacción del paciente y mejoran la comunicación médico-paciente. Aproximadamente un tercio de los pacientes en clínicas de oncología ambulatoria experimentan niveles significativos de angustia, con mayor prevalencia en sujetos con tumores de peor pronóstico y en etapas más avanzadas; esto significa que

Este termómetro fue extrapolado de las escalas para el dolor, que va del 0 al 10 y es calificada por el paciente, se acompaña de una lista de problemas prácticos en la vida cotidiana del paciente que causan angustia (ejemplo: transporte, vivienda, cuidados de los niños), problemas familiares (hijos, pareja), problemas emocionales (temores, depresión, tirsteza, preocupación, nerviosismo, pérdida de interés en las actividades habituales), problemas espirituales o religiosos, problemas y preocupaciones físicos (estreñimiento, fatiga, fiebre, náusea, etc) para autoaplicación en cualquier momento durante la espera de la consulta o a lo largo de la misma²³.

Durante la primera mitad del siglo XX el término cáncer era sinónimo de muerte, el diagnóstico no se le revelaba al paciente y todo lo psicológico estaba estigmatizado. Un punto crucial fueron los años 70's donde la gente con cáncer se curaba, empezó el optimismo respecto a tratamientos curativos, permitiendo el acercamiento a las respuestas psicológicas de pacientes como Betty Ford²⁸.

En el último cuarto del siglo XX surgió la psicooncología, la cual se definió como una subespecialidad multidisciplinaria de la oncología que se centraba en las respuestas emocionales de los pacientes en todas las etapas de la enfermedad, de su familia y del equipo oncológico. Esta rama también estudia las variables sociales, psicológicas y de comportamiento que contribuyen al riesgo de cáncer y a la supervivencia; sin embargo como no se tomaba en cuenta al paciente, la investigación se basaba en la observación del médico²⁷.

Wu y sus colaboradores realizaron un meta análisis de 34 estudios observacionales para estimar la prevalencia combinada de síndrome de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama según diferentes instrumentos utilizados en cada uno de los estudios, entre los que variaba una estimación aproximada de 0 a 32.3% de prevalencia del mismo; tras el análisis estadístico encontraron una prevalencia combinada de 9.6%, entre los factores que destacan asociados a este padecimiento

son la edad al diagnóstico, nivel socioeconómico, educación, raza, etapa del cáncer al diagnóstico, tiempo desde el tratamiento, utilizando diferentes instrumentos en los estudios³⁴.

En México contamos con pocos estudios, Hernández reporta el análisis de 79 participantes con cáncer de mama, divididas en tres grupos según si se encontraban al diagnóstico, en tratamiento o en seguimiento, con una prevalencia de síntomas de estrés postraumático utilizando la escala del impacto del acontecimiento revisada (IES-R) con puntuaciones compatibles para estrés postraumático en 54.4% de la población estudiada³⁴.

Justificación

Generalmente el médico de primer contacto es visitado por sujetos que cumplen criterios para síntomas de estrés postraumático más que psiquiatras o psicólogos, dado que tienen síntomas somáticos o enfermedades físicas, por lo que es importante identificar a los sujetos que están en riesgo.

Las implicaciones que tiene recibir diagnóstico de cáncer, someterse a tratamiento con incertidumbre sobre el pronóstico y la respuesta al mismo, la necesidad de esperar concretar determinado número de ciclos de quimioterapia o radioterapia pueden favorecer el desarrollo de estrés postraumático y expresarse como síntomas inespecíficos relacionados a depresión y angustia.

Es necesario primero conocer la prevalencia en nuestro Centro para implementar sistemáticamente la búsqueda de síntomas de estrés postraumático en las consultas oncológicas y establecer estrategias de asesoría psiquiátrica/psicológica y manejo del estrés.

Asimismo es recomendable conocer los factores de riesgo implicados en los síntomas de estrés postraumático, por ejemplo, según los diferentes tipos de cáncer, estado civil, género, edad.

Tratar de manera integral a un paciente con cáncer permitirá la adherencia al tratamiento y mejoría en la calidad de vida, permitiendo el crecimiento personal y familiar, por lo que es prioritario conocer la frecuencia de estos síntomas en una población con alta incidencia de cáncer.

El apoyo debe ser complementario entre diferentes especialidades para detección por parte del equipo médico y seguimiento por parte de médicos, enfermeras, psicología y psiquiatría, tras conocer la prevalencia de síntomas de estrés postraumático puede introducirse rutinariamente la detección junto con la formación adecuada y la aplicación de directrices de remisión para referir a terapia de apoyo grupal a los pacientes con cáncer.

Planteamiento del problema

La prevalencia del síndrome de estrés postraumático se calcula en 5 a 6% de hombres y 10 a 14% de mujeres, siendo el 4º desorden psiquiátrico más común. Para cualquier evento traumático en hombres según Kessler 8.12% y 20.4% de mujeres desarrollan SSPT, mientras que para Breslau se desarrolla en 6.2% de los hombres y 13% de las mujeres que tuvieron un evento traumático^{2,4}.

A menudo durante la consulta no psiquiátrica estos eventos no son abordados, por lo que no hay oportunidad de develar la reacción del paciente ante los exámenes o ante la adherencia al tratamiento, que puede ser una manifestación de evitación.

No importa cuál sea la respuesta emocional, el proceso de recuperación requiere el reconocimiento de cambios que se han producido como resultado del evento, en este caso el cáncer. Al confrontarlos se promueve la habituación que permite una respuesta emocional menos angustiante, con más adaptación a la nueva condición a la que se enfrentan.

Muchos pacientes experimentan angustia después de recibir el diagnóstico de cáncer o al someterse al tratamiento, para algunos es clínicamente significativo, presentan síntomas inespecíficos como palpitaciones, náusea, insomnio, dolor inexplicable, alteración en estado de ánimo, pudiendo simular ansiedad y/o depresión; se hace necesario identificar síndrome de estrés postraumático, para un abordaje integral que favorezca la comunicación y la adherencia al tratamiento; la tasa estimada de síndrome de estrés postraumático en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer varía del 5 al 19%, y los síntomas de estrés postraumático se encuentran en 5 al 13%^{8,3}.

En México existen pocos estudios sobre la prevalencia de síntomas de estrés postraumático en pacientes oncológicos³⁴. En nuestro hospital no contamos con herramientas de escrutinio que puedan realizar los pacientes para conocer su estado de angustia.

Identificar tempranamente en el curso de la enfermedad a los pacientes con factores de riesgo de angustia y estrés postraumático podría ayudarnos a brindar un servicio

más integral; para lograrlo pretendemos conocer primero la prevalencia de los síntomas de estrés postraumático en nuestra población oncológica en un momento crucial que es durante el diagnóstico y el inicio del tratamiento de cáncer.

Pregunta de investigación

¿Qué tan prevalentes son los síntomas de estrés postraumático en pacientes ambulatorios con diagnóstico reciente de cáncer en el Hospital Médica Sur de la ciudad de México?

Objetivo general

-Determinar la prevalencia de síntomas de estrés postraumático en adultos en el área de quimioterapia ambulatoria de Médica Sur tras recibir el diagnóstico de cáncer e iniciar tratamiento.

Objetivos específicos

-Describir los factores de riesgo asociadas a dicho síndrome (es decir: tipo de cáncer, estadio clínico, estado civil, género, edad, tipo de quimioterapia).

Hipótesis

En los primeros 6 meses tras recibir un diagnóstico reciente de cáncer, cualquiera que sea su variedad, los pacientes presentan síntomas de estrés postraumático.

Hipótesis Nula (H₀)= Recibir el diagnóstico de cáncer recientemente no está relacionado a presentar síntomas de estrés postraumático.

Hipótesis Alternativa (H_a)= Los síntomas de estrés postraumático son independientes a recibir el diagnóstico de cáncer recientemente.

Material y métodos

Diseño de investigación

Estudio observacional, descriptivo, transversal, no aleatorio, abierto, prolectivo.

Análisis de la información

Cálculo de prevalencia y asociaciones estadísticas

Ubicación espacio temporal

Lugar: Área de quimioterapia ambulatoria de pacientes oncológicos del hospital Médica Sur.

Tiempo: Desde diciembre 21/2016 hasta noviembre 21/2017

Persona: Hombres y mujeres adultos con diagnóstico de cáncer en los 6 meses previos.

Selección de la población de estudio

Criterios de Inclusión. Sujetos mayores de 18 años con diagnóstico reciente (últimos 6 meses) de cáncer, que inicien el primer ciclo de quimioterapia, **independiente de si son portadores de patología psiquiátrica? Este detalle me inquieta porque creo que deberá aclararse más.**

Criterios de exclusión. Sujetos con alta sospecha de cáncer que no se corrobora por histopatología, sujetos que no firmen consentimiento informado, sujetos que no asisten al primer ciclo de quimioterapia al ingresar al estudio.

Criterios de eliminación. Sujetos que tengan más de 6 meses de diagnóstico de cáncer y aquellos que no terminen de llenar los formularios. **¿SE EXPLORA LA**

PATOLOGIA PSIQUIATRICA EN EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN O EN LA HISTORIA CLÍNICA?

Definición de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Tiempo en años que una persona ha vivido desde el nacimiento	Cuantitativa, discreta	Encuesta
Sexo	Características biológicas de un individuo que lo clasifica como hombre o mujer	Percepción que tiene el entrevistado con respecto a pertenecer al género masculino o femenino	Cualitativa, dicotómica 0:Hombre 1:Mujer	Encuesta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y situación legal respecto a esto	Situación de la persona física determinada legalmente si cuenta con pareja (casada o en unión libre) o no	Cualitativa, dicotómica 0: Casado 1: Soltero, viudo, divorciado	Encuesta

Diagnóstico oncológico reciente	Nombre de la enfermedad y órgano(s) afectado(s) por el cáncer	Nombre y clasificación de enfermedad según tejido u órgano afectado a través de estudio histopatológico, laboratorio y/o imagen. Para este estudio se considera “reciente” si recibió en los últimos 6 meses el diagnóstico de cáncer.	Cualitativa, nominal	Historia clínica
Estado clínico	Grado de afectación orgánica producida por la enfermedad	Conclusión sobre el grado de actividad de la enfermedad al diagnóstico y afectación orgánica según parámetros clínicos y estudios de extensión	Cuantitativa, ordinal, dependiente (I, II, III, IV)	Historia clínica

Estrés postraumático	Trastorno psiquiátrico caracterizado por respuesta psicológica, física, emocional, desencadenado por un evento considerado traumático para la persona	Conclusión sobre criterios DSM-V según calificación en las encuestas SPRINT y PCL-5 por el trauma de recibir diagnóstico de cáncer.	Cuantitativa, ordinal, dependiente	Encuesta
-----------------------------	---	---	------------------------------------	----------

Descripción general del estudio

Se trata de un estudio epidemiológico, transversal a través de encuestas, no intervencional y descriptivo realizado durante los meses de diciembre 2016 a noviembre 2017 en el Hospital Médica Sur. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer que se encontraban en el área de quimioterapia ambulatoria, a cargo del servicio de Oncología del hospital para la aplicación de dos herramientas de detección temprana de estrés postraumático, no validadas en pacientes oncológicos, cuestionario PCL-5 y SPRINT.

O SEA QUE A LOS DIAGNOSTICADOS EN MAYO LOS VAS A SEGUIR HASTA NOVIEMBRE?

El PCL-5 es un cuestionario de 20 preguntas que evalúa los 20 síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; PTSD, por sus siglas en inglés) del DSM-5. Está diseñado para su auto-aplicación y puede ser completado por los pacientes en la sala de espera antes de la sesión, o por participantes en un estudio de investigación. Completarlo toma aproximadamente de 5 a 10 minutos. Sirve para evaluar a las personas para ver si cumplen con criterios de trastorno por estrés

postraumático, diagnosticar provisionalmente TEPT, monitorear los cambios en los síntomas durante y después del tratamiento; este último punto no está considerado **EN ESTE ESTUDIO** puesto que es la aplicación inicial al diagnóstico del cáncer. Respecto a la forma de calificar este cuestionario los puntajes del PCL-5 varían de 0 a 80 y pueden ser obtenidos sumando los puntajes de las 20 preguntas. Los puntajes relativos a la severidad de los síntomas de cada grupo (*cluster*), pueden ser obtenidos sumando los puntajes de cada *cluster*. *Cluster* B (preguntas 1 a 5). *Cluster* C (preguntas 6 y 7). *Cluster* D (preguntas 8 a 14). *Cluster* E (preguntas 15 a 20). Un diagnóstico provisional de TEPT se puede hacer tomando en cuenta las preguntas que hayan tenido un puntaje de 2 a 5. Se necesitan al menos 1 del *cluster* B, 1 del *cluster* C, 2 del *cluster* D, y 2 del *cluster* E. El punto de corte es 38.

El SPRINT (*SHORT PTSD RATING INTERVIEW*) es una entrevista o cuestionario de auto-evaluación de 8 reactivos con sólidas propiedades psicométricas, que puede servir como una medida confiable, válida y homogénea de la severidad de los síntomas centrales del TEPT (intrusión, evitación, aplanamiento y activación), y del mejoramiento global del paciente; así también como una medida del malestar somático, la vulnerabilidad al estrés, el deterioro en las relaciones sociales, en el trabajo, y en las actividades cotidianas. Cada reactivo se mide en una escala de 5 puntos, de 0 (para nada), (1) un poco, (2) moderadamente, (3) bastante y 4 (mucho). El SPRINT tiene capacidad para medir los cambios en los síntomas a través del tiempo. Incluso si los pacientes no cumplen con el criterio diagnóstico de TEPT, la escala puede proporcionar una indicación de qué tan severos pueden ser estos síntomas.

La escala se puede aplicar en cualquier momento después del incidente crítico (en este caso el diagnóstico de cáncer) y los reactivos son usualmente evaluados conforme a la semana anterior. Si evaluamos a la persona durante los primeros 29 días después del incidente, el SPRINT nos dará el Valor en Puntos de síntomas de TEPT. Diríamos: “esta persona presentó un valor de xx puntos en síntomas de TEPT.”

Del día 30 en adelante, un score de 18 a 32 correspondería a síntomas severos de TEPT. Un score de 11 a 17 correspondería a síntomas moderados de TEPT u otros síntomas que mide el instrumento. Scores de 7 a 10 corresponderían a síntomas leves. Scores de 6 o menos indicarían ya sea: no síntomas, o mínimos síntomas de TEPT. Para propósitos de una proyección diagnóstica, asumiendo una prevalencia del 20% de TEPT en la población después de un incidente crítico, se encontró que un punto de corte de 14 o más, llevaba a un 95% de sensibilidad para detectar TEPT y a un 96% de especificidad para descartar el diagnóstico, con una precisión global del 96%.

Lo anterior servirá para futuras evaluaciones en las que podrá ser confirmada la presencia del síndrome mediante una evaluación neuropsiquiátrica formal a través de los criterios propuestos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición.

Aspectos éticos

Previo a la inclusión de los participantes en el estudio se les otorgó información verbal y escrita sobre el estudio y sus implicaciones. Se recabó firma de consentimiento informado previo a la aplicación de los cuestionarios.

Todo lo anterior de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo.

Recursos humanos, físicos y financieros

Recursos Humanos

Los recursos humanos constaron de los investigadores y residentes de oncología médica del Hospital Médica Sur durante su estancia en el área de quimioterapia ambulatoria en el Centro Oncológico Integral de dicha institución.

Recursos materiales

Los recursos que se utilizaron fueron sistema de cómputo con archivo electrónico proporcionado por el Hospital para la obtención de antecedentes clínicos de los participantes en el estudio.

El material de papelería y los programas necesarios para el análisis de los datos (Excel, SPSS) fueron proporcionados por los investigadores.

Recursos financieros

Los recursos utilizados para la compra de productos de papelería fueron aportados por los investigadores.

Análisis estadístico

Toda la información fue recogida en formatos estandarizados y precodificados, introduciéndose en una base de datos de Microsoft Excel. Se utilizó el programa SPSS Statistics para hacer el análisis estadístico.

Para corroborar o refutar las hipótesis propuestas, se empleó un tratamiento estadístico de Chi cuadrada (χ^2), el cual permite determinar la existencia de asociación entre dos variables. Para tomar una decisión de aceptar o rechazar la hipótesis nula (H_0) o la hipótesis alternativa (H_a), se utilizó el método de comparación de P-valor respecto al nivel de significancia (α); de esta manera, si P -valor $< \alpha$ entonces, H_0 se rechaza y se acepta H_a . Pero si P -valor $> \alpha$, entonces, H_0 se acepta.

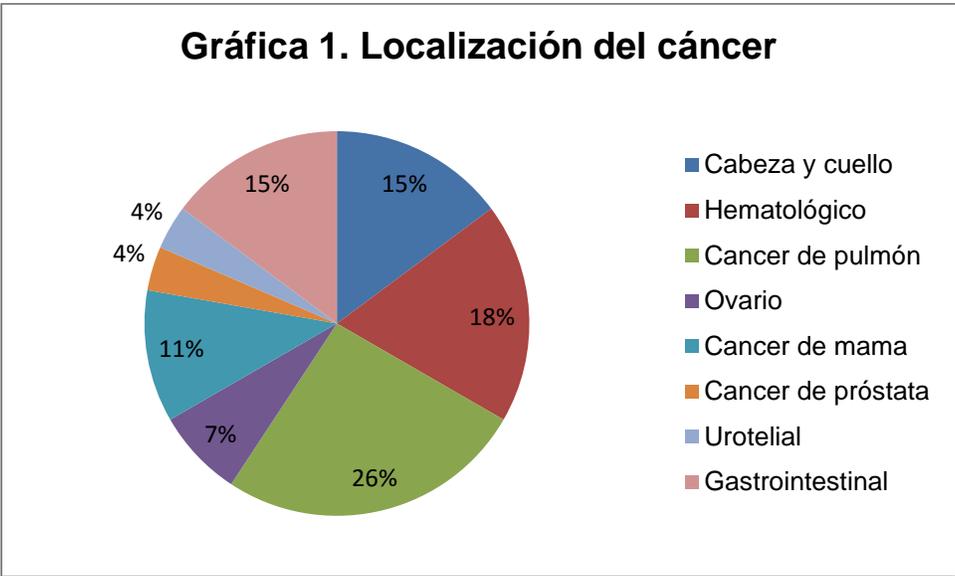
Resultados

Características generales de la población de estudio

Se evaluaron 27 pacientes que cumplieron con los requisitos predeterminados. La tabla 4 muestra las características de la muestra. La selección no aleatorizada, consecutiva, no probabilística permitió acceder a todos los sujetos que cumplían los criterios de inclusión.

De la muestra de estudio encontramos los siguientes resultados: 11 fueron mujeres (40.7%) y 16 hombres (59.3%), con promedio de edad de 58.7 ± 26 años (32 a 85 años), 9 sujetos casados (33.3%), 2 tenían comorbilidades psiquiátricas destacando 1 depresión (3.7%) y 2 ansiedad (7.4%), 16 con antecedente de tabaquismo (59.2%), 7 con hipertensión (25.9%) y 4 con diabetes mellitus tipo 2 (14.8%). En cuanto al máximo grado de estudios 2 con primaria completa (7.4%), 2 con secundaria completa (7.4%), 4 con preparatoria (14.8%), 15 con licenciatura (55.5%), 4 con postgrado (14.8%). En nuestra muestra el mes de noviembre fue en el que más pacientes recibieron el diagnóstico de cáncer (44.4%).

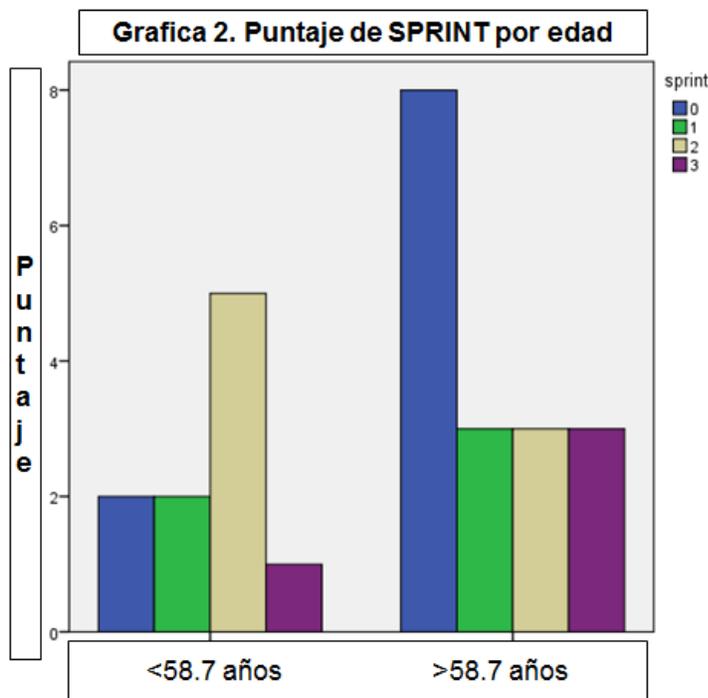
En cuanto a la localización 14.8% fueron del tracto gastrointestinal, siendo 1 sujeto con cáncer gástrico (3.7%), uno con cáncer colorrectal (3.7%), 2 con cáncer de páncreas (7.4%), 4 sujetos con cáncer de cabeza y cuello (14.8%), 3 con cáncer de mama (11.1%), 5 pacientes con hematológicos (18.5%) de los cuales 3 con linfoma no Hodgkin (11.1%), 1 con linfoma de Hodgkin (3.7%) y 1 con mieloma múltiple (3.7%), 7 sujetos con cáncer de pulmón (25.9%), 2 mujeres con cáncer de ovario (7.4%), un paciente con cancer de próstata (3.7%) y uno con cáncer urotelial (3.7%), como se muestra en la gráfica 1.



Del total de pacientes 12 fueron detectados en etapa avanzada con metástasis (44.4%).

La prevalencia de síndrome de estrés postraumático según el PCL-5 fue en 2 pacientes (7.4%) de la muestra, sin embargo de acuerdo con el cuestionario SPRINT los resultados fueron los siguientes: 10 pacientes (37%) no tuvieron síntomas de estrés postraumático al momento de realizar la encuesta y 17 pacientes (62.9%) presentaron síntomas de estrés postraumático, de los cuales 5 presentaron síntomas leves (18.5%), 8 síntomas moderados (29.6%) y 4 síntomas graves (14.8%).

En cuanto a la edad, se observaron síntomas moderados de estrés postraumático en los sujetos menores a 58.7 años, mientras que en la población mayor a esta edad en su mayoría no presentaron síntomas de estrés postraumático al momento de realizar el cuestionario, como se muestra en la siguiente gráfica de barras (gráfica 2).

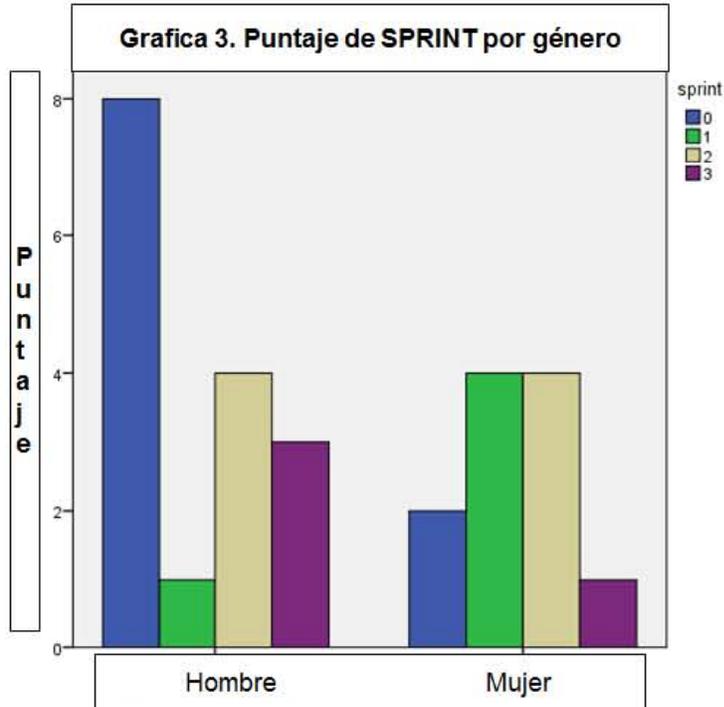


0= sin síntomas de estrés posttraumático, 1= síntomas leves, 2= síntomas moderados, 3= síntomas graves de estrés posttraumático

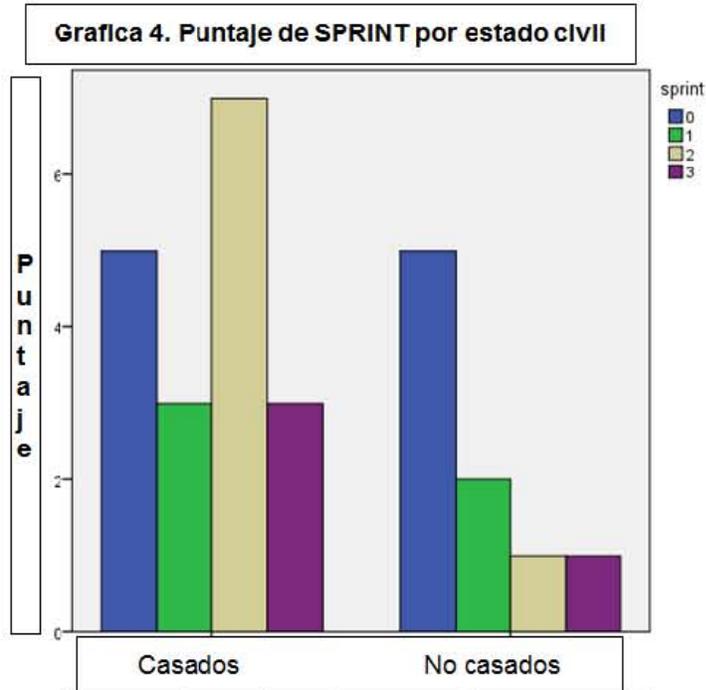
En cuanto a la relación con el género 18.5% de los hombres y 14.8% de las mujeres presentaron síntomas moderados, se encontraron síntomas leves en 3.7% de los hombres y 14.8% de mujeres y 7.4% de los hombres y 3.7% de las mujeres con síntomas graves de estrés posttraumático, como se muestra en la siguiente gráfica de barras (gráfica 3).

Respecto al estado civil agrupamos a los sujetos de estudio en dos: casados y no casados (incluyendo viudos, solteros, divorciados); encontramos mayor prevalencia de síntomas moderados en los casados, como se muestra en la gráfica 4.

Finalmente encontramos más prevalencia de síntomas moderados en sujetos con nivel máximo de estudios de licenciatura, encontrando también en ese grupo la más alta prevalencia de ausencia de síntomas de estrés posttraumático, estos resultados se observan en la gráfica 5.

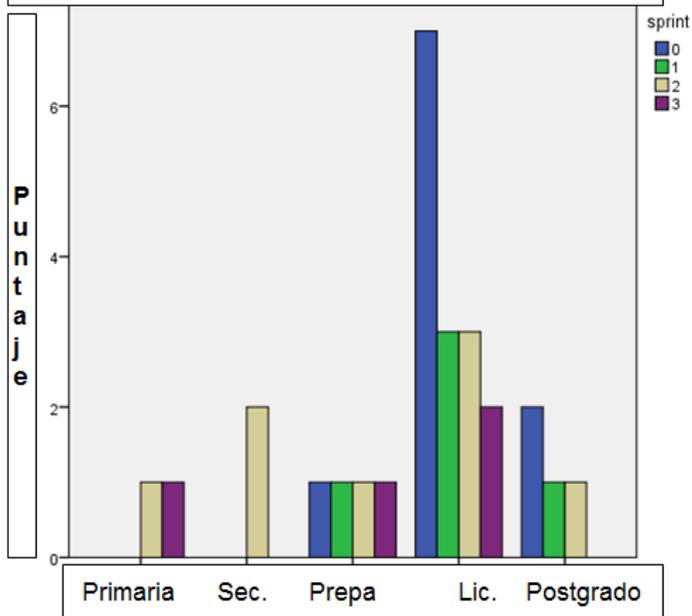


0= sin síntomas de estrés posttraumático, 1= síntomas leves, 2= síntomas moderados, 3= síntomas graves de estrés posttraumático



0= sin síntomas de estrés posttraumático, 1= síntomas leves, 2= síntomas moderados, 3= síntomas graves de estrés posttraumático

Grafica 5. Puntaje de SPRINT por grado de estudios



0= sin síntomas de estrés posttraumático, 1= síntomas leves, 2= síntomas moderados, 3= síntomas graves de estrés posttraumático

Discusión

En el presente estudio se evaluaron 27 pacientes que acudieron al primer ciclo de quimioterapia de manera ambulatoria y con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer en los seis meses previos al inicio del tratamiento; se encontró en dos de ellos (7.4%) síndrome de estrés postraumático según el cuestionario PCL-5, mientras que acorde al cuestionario SPRINT se encontraron síntomas leves de estrés postraumático en 5 pacientes (18.5%), moderados en 8 pacientes (29.6%) y síntomas graves en 4 pacientes (14.8%); con un total de 17 pacientes (62.9%) que presentaban en algún grado síntomas de estrés postraumático; encontramos a nuestra población con más prevalencia que la reportada en la literatura consultada.

En el estudio de Wu la prevalencia combinada de TEPT entre los pacientes con cáncer de mama fue de 9.6%. Los estudios que usaron el método de la Escala de la Forma del PTSD (CAPS, por sus siglas en inglés) administrado por el personal de salud determinaron una prevalencia del 19%, según criterios del DSM-IV solo cumplieron criterios el 3%. Las estimaciones de prevalencia para los estudios que utilizaron los métodos de PTSD Checklist-PCL-C fue de 7%, con PCL-C 11.5% y con el instrumento de impacto de la escala de eventos (IES) 15.1%, con heterogeneidad entre los estudios³³.

Como se puede inferir, existen diferentes pruebas de detección de estrés postraumático, sin embargo hasta ahora no existe ninguna validada para pacientes con cáncer, por lo que los resultados discordantes entre ambos cuestionarios nos indican la necesidad de validar una herramienta capaz de identificar estos síntomas en nuestra población prototipo, ya que con PCL-5 encontramos solo 7.4% de prevalencia, mientras que con el SPRINT pudimos determinar la gravedad de los síntomas y la prevalencia fue del 62.9%, más alta que la reportada en la literatura internacional.

En un estudio realizado por Menhert se reportan 127 mujeres estudiadas por malignidad mamaria, con entrevista clínica estructurada SCID-DSM IV, IES-R y PCL-C, obteniendo una prevalencia de síntomas de estrés agudo/postrauumático de 2.4%, 18.5% y 16.3% respectivamente, lo que indica la amplia variabilidad dependiendo del instrumentos ocupado; en otro estudio de mujeres con cáncer de

ovario se encontró una prevalencia entre el 36% y el 45%, concluyendo que si bien muchas mujeres parecen ajustarse bastante bien a su enfermedad, una proporción grande encontró la experiencia de cáncer suficientemente traumática en algún momento del proceso de la enfermedad ya que experimentaron sintomatología de estrés postraumático³⁴.

Por otro lado, el tamaño de la muestra, pese a que fue estudio consecutivo y no probabilístico, nos impide generalizar los resultados de manera contundente, así como determinar estadísticamente factores de riesgo significativos, encontramos como lo reportado en la literatura más prevalencia en mujeres que en hombres, sin embargo síntomas más graves en hombres que en mujeres.

Podemos identificar pacientes vulnerables de ser canalizados desde un principio con el personal de psicooncología o psiquiatría para realizar terapias e iniciar manejo antidepressivo y/o ansiolítico en caso de ser necesario.

Sin embargo esta hipótesis se debe replantear y corroborar con estudios subsecuentes. En nuestra población de pacientes, los factores de riesgo que guardaron mayor relación con la presencia de estrés postraumático fueron género femenino, edad menor a 57.8 años, estado civil casados y máximo grado de estudios licenciatura, sin embargo, nuevamente la mayor parte de la muestra estaba en este rango de estudios, por lo que no podemos determinar con certeza los resultados para la población de Médica Sur, ya que el tamaño fue muy pequeño y no arrojó nada en el análisis de Chi cuadrada, ni alcanzamos significancia estadística para determinar una conclusión debido al tamaño limitado de muestra.

Encontramos más sensibilidad para detectar el grado de síntomas de estrés postraumático en el test SPRINT, el cual no ha sido aplicado en otros estudios.

Consideramos que en el futuro pudiera ser una herramienta de fácil aplicación en pacientes ambulatorios con sospecha de síndrome de estrés postraumático y que continuar con este escrutinio permitiría mejorar la relación médico-paciente y el apego al tratamiento.

Se debe comentar que en otros estudios reportados se encontró mayor prevalencia, probablemente en parte a la aplicación de otras herramientas o a la

muestra estudiada en un momento determinado y conocido de mayor vulnerabilidad, como el caso de recaída.

En nuestro estudio evaluamos la prevalencia general sin tener como criterio de inclusión el criterio subjetivo del personal médico involucrado, que como vimos en los antecedentes solía ser la única herramienta para diagnóstico.

Dentro de las limitaciones del estudio debemos aclarar que es un estudio con una cohorte reducida de pacientes lo que limita en gran medida que los resultados estadísticamente significativos pudieran ser extrapolados a la realidad clínica de nuestra institución. Igualmente se realizó en un relativo corto período de tiempo y mediante encuesta únicamente, sin entrevista consecutiva, así mismo no se ha podido dar seguimiento a toxicidad o a mejoría tras recibir tratamiento, lo que puede impactar negativamente en la detección de síntomas de estrés postraumático.

Del mismo modo se requiere de una evaluación neuropsiquiátrica y psicooncológica profunda posterior a la detección inicial para confirmar el diagnóstico y con esto poder evaluar la sensibilidad de la herramienta utilizada para escrutinio de esta patología mismo que era difícil lograr en nuestro estudio debido a la corta estancia de los pacientes ambulatorios.

La fortaleza más importante es que es un estudio prospectivo fácilmente reproducible y que puede extenderse en el tiempo a futuro para lograr recabar mayor información sobre este síndrome.

Conclusiones

Sabemos que la angustia es común en los pacientes con cáncer y que son vulnerables específicamente en algunas etapas de la enfermedad a padecerla en una gama de manifestaciones, entre las que se encuentra el síndrome de estrés postraumático, el cual a menudo se infradiagnostica y en ocasiones recibe menor atención de la debida por parte de los clínicos, por circunstancias como la falta de escrutinio en la consulta y la omisión por parte de algunos pacientes.

Presentar angustia en cualquiera de sus variedades genera la posibilidad de disminuir el apego al tratamiento médico, así como la percepción de mala calidad de vida.

Aunque la NCCN recomienda el uso del termómetro y la lista de problemas en cada visita médica para que con regularidad se identifiquen a los pacientes en riesgo de ansiedad en cualquier grado, hay poco reconocimiento y escrutinio de cuestionarios específicos para detectar síndrome de estrés postraumático, y hasta la fecha ninguno específico para pacientes oncológicos.

Además lo complica el hecho de que se superponen padecimientos psiquiátricos en enfermedades crónicas y que como efecto adverso al tratamiento del cáncer pueden surgir manifestaciones neuropsiquiátricas; en este caso el paciente oncológico es de especial interés por sus múltiples factores de riesgo, tratamientos prolongados, falta de información respecto a su enfermedad, etcétera.

Es aconsejable que todo el equipo de trabajo involucrado en el manejo integral del paciente oncológico reciba capacitación para detectar oportunamente síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático desde el diagnóstico hasta el seguimiento posterior al tratamiento en los pacientes oncológicos, especialmente cuando se presentan de manera ambulatoria como en la quimioterapia, esto con el fin de realizar detección temprana y tratamiento oportuno, mejorando el apego a las visitas médicas de seguimiento y a las sesiones de manejo en quimioterapia y radioterapia.

Acorde con los datos que arroja el presente estudio, se recomienda tamizar para síntomas de estrés postraumático con el cuestionario SPRINT y validarlo

específicamente en el grupo de pacientes que nos compete, considerando los periodos de más riesgo para presentarlo.

En consecuencia, el estudio de los pacientes de riesgo debería ir acompañado de referencia oportuna al área de psicooncología y psiquiatría para manejo conjunto, adecuado seguimiento y el control de sus posibles consecuencias.

El presente estudio y sus resultados aportan evidencia sobre la prevalencia de esta entidad en nuestra población. Al mismo tiempo este estudio ha servido como primer acercamiento y oportunidad para utilizar el instrumento SPRINT autoaplicable de 10 preguntas al inicio y en el seguimiento de los pacientes a lo largo del tratamiento, adaptado al contexto clínico en los pacientes de nuevo ingreso al centro oncológico integral en Médica Sur.

Destacamos por tanto varios aspectos importantes relacionados con el estudio de este síndrome en esta población de pacientes. Primero el hecho de que se dispone de numerosas herramientas para la detección, sin tener validación en sujetos con cáncer; segundo que la cada vez más elevada incidencia de la patología oncológica asociada a múltiples tratamientos y comorbilidades presenta el entorno ideal para el desarrollo de una patología neuropsiquiátrica compleja como es el estrés postraumático; tercero que la información disponible del síndrome en estos sujetos deba ser buscada, ya que en caso contrario se impide el reporte de la frecuencia del mismo y por último que es necesario instaurar medidas de detección temprana y de prevención para los pacientes que presenten esta patología.

Anexos

Anexo I. PCL – 5

PCL-5 NOMBRE:

FECHA

Instrucciones: Abajo hay una lista de problemas que algunas veces tienen las personas en respuesta a experiencias muy estresantes. Manteniendo su PEOR EXPERIENCIA en mente, por favor lea cuidadosamente cada problema y circule uno de los números para indicar cuánto le ha molestado esa experiencia en LA SEMANA PASADA.

En el mes pasado ¿Cuánto le molestó lo siguiente?:	Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1. Memorias repetitivas, perturbadoras y no deseadas de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
2. Sueños perturbadores y repetitivos de la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar súbitamente, como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si usted estuviese en realidad en el pasado reviviendo la experiencia).	0	1	2	3	4
4. Sentirse molesto/a cuando algo le recordó la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
5. Tener fuertes reacciones físicas cuando algo le recordó la experiencia estresante (Ej., corazón acelerado, problemas para respirar, sudoración).	0	1	2	3	4
6. Evitar memorias, pensamientos, o sentimientos relacionados con la experiencia estresante.	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (Ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, o situaciones).	0	1	2	3	4
8. Tener problemas para recordar partes importantes de la memoria estresante.	0	1	2	3	4
9. Tener fuertes pensamientos negativos acerca de usted mismo/a, otras personas, o el mundo (Ej., "soy malo", "hay algo muy mal conmigo", "no se puede confiar en nadie", "el mundo es totalmente peligroso").	0	1	2	3	4
10. Culparse usted mismo/a o culpar a otras personas por la experiencia estresante o por lo que pasó después.	0	1	2	3	4
11. Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, enojo, culpa o vergüenza.	0	1	2	3	4
12. Perder interés en actividades que solía disfrutar.	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas.	0	1	2	3	4
14. Problemas para tener sentimientos positivos (Ej., ser incapaz de sentirse feliz, o de tener sentimientos amorosos hacia personas cercanas a usted).	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, explosiones de enojo, o actuar agresivamente.	0	1	2	3	4
16. Tomar muchos riesgos o hacer cosas que le pueden causar daño.	0	1	2	3	4
17. Estar "súper-alerta", o vigilante, o a la defensiva.	0	1	2	3	4
18. Sentirse nervioso/a o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3	4
19. Tener dificultades para concentrarse.	0	1	2	3	4
20. Tener problemas para quedarse o permanecer dormido/a.	0	1	2	3	4

SUMAR CADA COLUMNA

Anexo 2 SPRINT

Fecha _____ Edad _____ Género: Masculino o Femenino _____
 Estado Civil _____ Fecha del Incidente _____ Entrevista número _____
 Actividad _____
 Nombre: _____

Entrevista Corta de Evaluación para TEPT (SPRINT)

Pensando en todos los eventos perturbadores que ha vivido desde el Incidente Original hasta el día de hoy, escoja el MÁS PERTURBADOR y escríbalo abajo:

En la semana pasada.....		Para nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Mucho 4
1	¿Cuánto le han molestado memorias, pesadillas o recordatorios no deseados del evento?					
2	¿Cuánto esfuerzo ha hecho para evitar pensar, hablar del evento o hacer cosas que le recuerden lo que pasó?					
3	¿Qué tanto ha perdido el poder gozar las cosas; o ha mantenido su distancia de la gente; o ha encontrado difícil sentir sus emociones?					
4	¿Cuánto le ha molestado dormir poco, concentrarse poco, sobresaltarse, estar irritable o estar vigilante de lo que pasa alrededor?					
5	¿Cuánto ha sido molestado por dolor, achaques, o fatiga?					
6	¿Cuánto se molestaría si hubiese tenido eventos estresantes o contratiempos en la semana pasada?					
7	¿Cuánto han interferido los síntomas mencionados arriba, con su habilidad para trabajar o llevar a cabo sus actividades diarias?					
8	¿Cuánto han interferido los síntomas mencionados arriba en sus relaciones con la familia o amigos?					

SUMA

9 ¿Cuánto mejor se ha sentido desde que inició el tratamiento terapéutico? (como porcentaje).

0%
 10%
 20%
 30%
 40%
 50%
 60%
 70%
 80%
 90%
 100%

		Empeorado	Sin cambio	Minimamente	Mucho	Muchísimo
10	¿Cuánto ha mejorado de los síntomas mencionados arriba desde que inició el tratamiento?	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4	5

COPYRIGHT ALL VERSIONS OF THE SCALE © - Jonathan R. T. Davidson, MD, 2000, 2010.
 Traductor: Ignacio Ibanez, Ed.D., Ph.D., 2011

Anexo 3 Consentimiento informado

Consentimiento Informado

En Médica Sur estamos evaluando la prevalencia de síntomas de estrés postraumático producido por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, cualquiera que sea su variedad, al recibir el impacto del diagnóstico, en los primeros 6 meses posterior al mismo. Esto es con el fin de establecer la prevalencia de síntomas de estrés postraumático para poder establecer estrategias de apoyo psicológico durante el tratamiento.

Para ello solicitamos su participación en este estudio, pues al conocer la información proporcionada a través de esta encuesta, podremos implementar estrategias que beneficien a otras personas bajo su misma situación.

Su participación, si decide aceptar, consiste en contestar 2 cuestionarios. La información es completamente confidencial, no hay riesgo para participar en este estudio. Al final puede solicitar su resultado.

Le vamos a solicitar algunos datos generales y personales, que son necesarios para la propia investigación, pero no serán mencionados en ninguna publicación. Por ejemplo, solicitaremos su nombre para relacionar respuestas del primer cuestionario, con los subsecuentes.

Al contestar los cuestionarios es importante que sea honesta/o en sus respuestas, que no se salte ninguna pregunta y que las conteste de manera individual y en silencio.

La participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar y eso no tendrá ninguna repercusión. En caso de participar requerimos que complete toda la información solicitada en los formatos (nombre, actividad, estado civil, etc.)

Las preguntas 9 y 10 del cuestionario SPRINT no se contestan hasta el final del tratamiento. Agradecemos ampliamente su colaboración, en beneficio de muchos pacientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio puede dirigirse con el Dr. Daniel Motola, coordinador del estudio.

¿Acepta participar en el estudio?

Sí, acepto

No acepto

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del testigo

Fecha y lugar

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
3. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *Current Concepts*. *N Engl J Med*, 2002; 346(2):108-114.
4. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1999;29:813-21.
5. Organización mundial de la salud. Cáncer. Disponible en www.who.int/topics/cancer/es/. Acceso 19 marzo 2017
6. Cancer Research UK. What is cancer?. Disponible en <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/what-is-cancer>. Acceso 19 marzo 2017
7. Fact Sheets by Cancer. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
8. Shand L, Cowlishaw S, E. Brooker J, Burney S, Ricciardelli L. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 2014;1-11.
9. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002;22:499–524.
10. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:160-174.

11. Cancer Research UK. CancerWorldwide – The Global Picture. Available from: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/world/the-global-picture/>.

22 Diciembre 2016

12. McCaul KD, Sandgren AK, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology* 1999;8:230–236. doi: 10.1002/(sici)

1099-1611(199905/06)8:3<230::aid-pon374>3.0.co;2-#.

13. Lyndel K. Shand, Cowlshaw S, Joanne E., Burney S., Ricciardelli A. Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology* (2014) Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/pon.3719

14. Bultz B.D, Johansen C. Editorial. Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology* 2011;20:569–571.

15. Kangas M. DSM-5 trauma and stress-related disorders: implications for screening for

cancer-related stress. *Front Psychiatr* 2013;4. doi: 10.3389/fpsy.2013.00122.

16. Palliative Care Fact sheet no. 402. World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Acceso 29 mayo 2017

17. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et. Al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 2017; 35(1):96-112

18. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Palliative Care. 2016. National Comprehensive Cancer Network. Disponible en http://www.nccn.org/professionals/ohysician_gls/pdf/palliative.pdf. Acceso 1 junio 2017

19. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress Management. Version 3. 2015. National Comprehensive Cancer Network. Disponible en http://www.nccn.org/professionals/ohysician_gls/pdf/distress.pdf. Acceso 1 junio 2017

20. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, MAssie MJ, et. Al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. J Clin Oncol. 2014; 32(15):1605-19.

21. Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, Hack Y, Broadfield K, Biggs K, et al. A Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Care of Psychosocial Distress (Depression, anxiety). Canadian Association of Psychosocial Oncology. Disponible en: http://www.capo.ca/ENGLISH_Depression_Anxiety_Guidelines_for_Posting.pdf. 2010. Acceso 1 junio 2017

22. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult Cancer Pain. Version 2. 2016. National Comprehensive Cancer Network. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/ohysician_gls/pdf/pain.pdf. Acceso 1 junio 2017

23. DeVita, Hellmand & Rosenberg's Cancer. Principles and practice of Oncology 9a edición. Cap. 173: 2467-72.

24. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Managing stress and distress. Disponible en: https://www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer/distress.aspx. Acceso 4 julio 2017

25. NCCN. Distress managing in clinical practice guinelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw 2003; 1:34

26. Lazenby M. The international Endorsement of US Distress Screening and Psychosocial Guidelines in Oncology: A model for Dissemination. *J Natl Comp Canc Netw* 2014; 12:221-227.
27. Holland JC. Distress Screening and the Integration of Psychosocial Care into Routine Oncologic Care. *J Ntl Compr Canc Netw* 2013; 11:687-689
28. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *J Clin Oncol* 2005; 23:6440-6441
29. Institute of Medicine (IOM). *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*, Adler NE, Page AEK (eds). Washington DC: The National Academies Press; 2008.
30. Silver SM. Cancer care for the whole patient: a new institute of medicine report. *J Oncol Pract* 2008; 4:131.
31. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology* 2009; 18:571-9.
32. Ott MJ, Norris RL, Bauer-Wu SM. Mindfulness meditation for oncology patients. *Integr Cancer Ther* 2006;5:98–108
33. Spiegel D , Bloom JR, Kraemer H C , e t a l . Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2: 888
34. Wu X, Wang J, Cofie R, Kaminga AC, Lui A. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Breast Cancer Patients: A Meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2016; 45(12):1533-1544.
35. Hernández FP. Variables psicosociales relacionadas con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama. Tesis digital. Disponible en <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080253666.PDF>. Acceso el 1 junio 2017