



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trastorno adaptativo en el paciente oncológico: una revisión

Hortensia Pérez-Barrientos^{a,*}, Óscar Galindo-Vázquez^b y Salvador Alvarado-Aguilar^c

^aResidencia de la Especialidad de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^bDoctorado en Psicología y Salud, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto Nacional de Psiquiatría, México D.F., México

^cServicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Cáncer; Paciente;
Trastorno adaptativo;
Psicooncología;
México.

Resumen La característica esencial del trastorno adaptativo (TA), de acuerdo a la cuarta edición del texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales expresados en malestar mayor a lo esperable y deterioro significativo en respuesta a un estresante psicosocial identificable. El TA es un padecimiento frecuente en población oncológica.

El objetivo fue realizar una revisión de la literatura reportada en Medline, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection y MedicLatina, en el periodo de 2000 a 2011 sobre TA en pacientes con cáncer. Metodología: los artículos incluidos cubrieron los siguientes criterios: 1) Pacientes en cualquier tipo o combinación de tratamientos y, 2) evaluación de TA con base en los criterios diagnósticos vigentes de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), por medio de instrumentos válidos y confiables.

Se identificaron 12 estudios de TA en población oncológica, que muestran prevalencias con un rango amplio entre 3.6%-55.7%, superiores a la reportada en población general que se sitúa entre 5%-20%.

La literatura indica que el TA es altamente prevalente. Es evidente que las investigaciones futuras deben desarrollar medidas rápidas para la detección del TA, así como intervenciones psicológicas apropiadas para su tratamiento con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

KEYWORDS

Cancer; Patient;
Adjustment disorder;
Psycho-oncology;
Mexico.

Adjustment disorder in cancer patients: a review

Abstract The essential feature of adjustment disorder (AD), according to the fourth edition of the revised Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR, is the development of emotional or behavioral symptoms expressed more discomfort to the expected and significant deterioration in response to an identifiable psychosocial stressor. The AD is a condition common in cancer population.

* Autor para correspondencia: Av. San Fernando N° 22, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Correo electrónico: quiahuitl_5@hotmail.com (Hortensia Pérez-Barrientos).

To review the literature reported in Medline, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection and MedicLatina in the period from 2000 to 2011 on adjustment disorder in cancer patients. Methodology: The articles covered the following criteria: 1) Patients on any type or combination of treatments and, 2) adjustment disorder assessment based on current diagnostic criteria of the American Psychiatric Association (APA) and through valid and reliable instruments.

We identified 12 studies in cancer population AD, showing prevalence with a wide range between 3.6%-55.7%, higher than that reported in general population is between 5% and 20%.

The literature indicates that the AD is highly prevalent. Clearly, future research should develop measures for the rapid detection of AD and appropriate psychological interventions for treatment with the aim of improving the quality of life of affected patients.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Introducción

A partir del momento en el que la persona escucha las palabras: “tiene usted cáncer”, su vida y la de sus familiares cambian drásticamente. A pesar de que ha mejorado el tratamiento, las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias permanecen a menudo insatisfechas¹.

El trastorno adaptativo (TA) en el paciente oncológico es un padecimiento más prevalente, en comparación con la población general, que ha sido poco estudiado -menos aún en México-. La aparición de un TA puede complicar el curso de la enfermedad, el tratamiento, la calidad de vida y la adhesión al tratamiento^{2,3}.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer que presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico durante el tratamiento, entre los que se encuentra el TA, reciben menos de la mitad un tratamiento adecuado de salud mental⁴.

De acuerdo a Hernández et al. (2007), respecto a la consulta con el psicólogo, los médicos con frecuencia no identifican los problemas psicológicos oportunamente, por lo que derivan al psicooncólogo con poca precisión, principalmente cuando los problemas psicológicos están acentuados o consolidados, de ahí la importancia de la atención integral para el paciente y de un trabajo en conjunto de todo el equipo de salud⁵.

Por lo tanto, este trabajo tuvo por objetivo realizar una revisión de artículos reportados en Medline, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection y MedicLatina, en el periodo 2000 a 2011 sobre TA en pacientes con cáncer.

Método

Los artículos incluidos cubrieron los siguientes criterios: 1) Evaluación de TA con base en los criterios diagnósticos vigentes a la fecha (APA), 2) por medio de instrumentos válidos y confiables, y 3) pacientes en cualquier tipo o combinación de tratamientos.

Impacto psicológico y adaptación ante el cáncer

El diagnóstico de cáncer es una experiencia que altera la vida de quien lo padece. Mientras que la respuesta ante la enfermedad, determinará el nivel de impacto en el estado

de ánimo del paciente. Hacer frente a la enfermedad implica lidiar con sus efectos y consecuencias, requiere de un conocimiento y manejo sólido tanto de la situación como de las mismas emociones que surgen a partir de la noticia de saberse enfermo^{6,7}. La experiencia de un proceso oncológico, repercute en la vida del paciente. Se pierde la rutina, se modifican los horarios, se convierte en un ir y venir con médicos, llenarse de citas para estudios, muestras de laboratorio, cirugías, quimioterapia y radioterapia⁶.

Es difícil saber qué pacientes van a ser los más vulnerables y cuáles van a ser los problemas más difíciles de afrontar en cada paciente, aunque es posible establecer una serie de factores pronósticos. Estas manifestaciones se encuentran entre la respuesta normal y la reacción anormal psicopatológica.

Almanza (2010) menciona que el proceso de adaptación al cáncer, es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer⁸.

Criterios diagnósticos de TA de acuerdo al DSM-IV-TR

Características diagnósticas

La característica esencial del TA es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional. El diagnóstico de TA no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo. Por definición, un TA debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo (por ejemplo, más de 6 meses), si aparecen en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con repercusiones importantes.

De acuerdo al DSM-IV los criterios diagnósticos son los siguientes (tabla 1):

- a. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- b. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- c. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o el eje II.
- d. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- e. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses².

Subtipos y especificaciones

Los TA son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes, los cuales pueden ser agudos (si la alteración dura menos de 6 meses) o crónicos (si la alteración dura 6 meses o más).

- VI. Con estado de ánimo depresivo.
- VII. Con ansiedad.
- VIII. Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- IX. Con trastorno de comportamiento.
- X. Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.
- XI. No especificado

Curso

Por definición, la alteración en el TA empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses, después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Si el estresante es un acontecimiento agudo, el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los próximos días) y la duración es relativamente breve (por ejemplo, unos pocos meses). Si el estresante o sus consecuencias persisten, el TA puede persistir también².

Prevalencia

El TA en población oncológica es frecuente, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de las características del paciente y de los métodos de evaluación. Las cifras de prevalencia varían también en función del concepto y las definiciones de los trastornos incluidos en cada estudio⁹.

Información recabada de varios estudios arrojan los siguientes resultados:

Se puede observar que la prevalencia de TA representa un rango amplio en cuanto a prevalencia se refiere 3.6%-55.7%^{5,10}, siendo mayor en comparación con la prevalencia en población general 5%-20%², lo cual nos habla de que la respuesta desadaptada en relación al diagnóstico y al tratamiento es significativa, pues se trata de una enfermedad crónica. Las prevalencias más altas fueron reportadas por Hernández et al. (2007) (55.7%) en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y bajo tratamiento psicológico, y por Sukegawa et al. (2008) (50%) en pacientes con cáncer de ovario previo a cirugía^{5,11}. En pacientes oncológicos ambulatorios se presenta TA en aproximadamente 43.7%¹². En pacientes en fase terminal, la prevalencia de trastornos adaptativos se sitúa entre 10.6% y 26.5%^{13,14}. En relación a los subtipos de TA, el mixto osciló entre 17% y 19%^{12,15}, depresivo 22.5%⁸ y ansioso entre 7.5% y 30% en pacientes ambulatorios de edad joven^{8,12,15}. En relación a aspectos frecuentes en el paciente oncológico como el dolor, Almanza (2005) documentó a los subtipos "mixto" y "con ánimo depresivo" más asociados en pacientes con dolor¹². Otros autores reportan 48.5% en grupos con diferentes diagnósticos, y en específico en cáncer de mama 12.3%^{16,17}. Finalmente, las prevalencias más bajas fueron reportadas por Singer et al. (2008) (3.6%) en pacientes en seguimiento por laringectomía total y, por Mehnert et al. (2007) (7.1%) en pacientes con cáncer de mama^{10,18}.

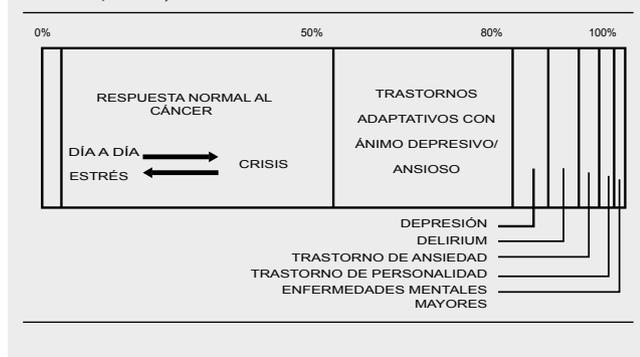
Como se puede observar en la mayoría de los artículos revisados hay consistencia en cuanto a prevalencias altas de TA, lo cual nos indica que la respuesta desadaptada ante el diagnóstico y tratamiento es significativa.

Como se puede ver en la tabla 2, Massie y Holland (1989) señalan que el rango de respuestas psicológicas que se

Tabla 1 Criterios diagnósticos para los trastornos adaptativos según el Manual DSM-IV-TR

A.	La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
B.	Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante. 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
C.	La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o del eje II.
D.	Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
E.	Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.
Especificar si: Agudo, si la alteración dura menos de 6 meses. Crónico, si la alteración dura 6 meses o más.	

Tabla 2 Trastornos psiquiátricos en cáncer (Massie y Holland, 1988)



pueden presentar en población oncológica se distribuye de la siguiente manera, 50% experimentan respuestas normales en relación al afrontamiento del cáncer. Esta respuesta normal al evento estresante/cáncer, incluye niveles elevados de ansiedad y depresión, en la transición crucial correspondiente a la enfermedad y sus tratamientos. El 50% restante experimenta distrés de manera severa, de los cuales aproximadamente el 30% presenta TA⁷.

Factores asociados al trastorno adaptativo

Uno de los muchos factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas es el impacto emocional en los pacientes y sus familias. Muchas enfermedades crónicas pueden tener un efecto profundo en el estado mental y emocional de la persona y, a su vez, los trastornos mentales no diagnosticados pueden afectar la capacidad de la persona para sobrellevar una enfermedad y participar en el proceso de tratamiento y recuperación⁴.

La Federación Mundial de la Salud Mental (2010) postula como factores de riesgo de problemas psiquiátricos especiales en los pacientes con cáncer, los siguientes:

- El tipo y etapa del cáncer (el cáncer de páncreas y ciertos tipos de cánceres de pulmón y de cáncer en estados avanzados en el momento del diagnóstico), presagian una mayor incidencia de problemas psiquiátricos.
- Pacientes muy jóvenes o muy ancianos.
- Personas que no están casadas.
- Personas que tienen poco apoyo social.
- Pacientes con un historial de problemas psiquiátricos.
- Pacientes con problemas médicos coexistentes⁴.

Los TA están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (por ejemplo, incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital)² (tabla 3).

Resultados

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión se identificaron 12 estudios reportados sobre TA en pacientes con cáncer. El 85% correspondió a publicaciones extranjeras. El

Tabla 3 Variables modificables y no modificables (Almanza Muñoz et al. 2010, Akechi et al. 2004, Hernández et al. 2007)

Variables modificables	Variables no modificables
sensación de ser una carga	Sexo masculino
Preocupaciones económicas	Estadio Avanzado de la enfermedad
Menor satisfacción con confidentes	Edad menor de 60 años
Preocupación por los hijos	Bajo funcionamiento global (Karnofsky)
	Peor pronóstico
	Tratamientos médicos
	Dolor y fatiga
	Historia familiar de cáncer
	Antecedentes personales de problemas psicológicos

50% emplearon diseños transversales. El diagnóstico más representado en los estudios fue el cáncer de mama. Se identificó un artículo de tratamiento psicológico en TA mixto, con enfoque cognitivo-conductual reportando resultados eficaces principalmente en relación con el manejo de la ansiedad¹⁹. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) fue el instrumento más utilizado. La mayoría de los estudios revisados concuerdan con que el TA es un problema de salud mental altamente prevalente en población oncológica (fig. 1) (tabla 4).

Discusión

Es importante señalar que la generación de conocimiento nuevo, como el perfil preliminar del paciente oncológico con riesgo de presentar TA debe orientar a todo el personal clínico de Oncología y áreas relacionadas para el manejo eficiente de dicha entidad psiquiátrica, a fin de disminuir las afectaciones emocionales que ésta conlleva⁸. Por lo que se requiere mayor investigación para determinar cuáles son las características de los grupos de pacientes que presentan prevalencias bajas de TA^{10,18}, y la detección oportuna del grupo de pacientes susceptibles de recibir tratamiento psicológico. La evidencia plantea que el TA es altamente prevalente en la mayoría de los estudios, sin embargo la evidencia de tratamientos psicológicos dirigidos al TA ya sea en el periodo de tratamiento o de seguimiento es escasa. En este sentido, Nezu (2001) señala que dadas las necesidades de salud mental de los pacientes con cáncer, resulta importante desarrollar intervenciones psicosociales efectivas orientadas al mejoramiento de su calidad de vida²⁰. De acuerdo a lo estudios en población mexicana, la prevalencia de TA oscila entre 18.9% a 43.7%^{8,12}. Finalmente, se requieren más estudios prospectivos para determinar el curso del TA en el paciente oncológico^{11,13,18}.

Tabla 4 Estudios revisados sobre el trastorno adaptativo

Referencias	N	Características de los participantes	Diseño	Instrumentos*	Resultados*	Conclusiones*
Almanza et al. 2010.	1095	Pacientes oncológicos con diferentes tipos de diagnóstico.	Transversal.	Termómetro de distrés y Entrevista Clínica semiestructura de acuerdo al DSM-IV.	La prevalencia de TA fue de 18.9%. El TA con ansiedad predominó con 30%, seguido del TA con estado de ánimo depresivo con 22.5%.	El principal subtipo de TA es el de ansiedad. Los factores asociados son: menor de 60 años, sexo masculino, vivir solo, cursar con dolor, fatiga o sentir ser una carga para otros.
Rodríguez et al. 2009.	40	Pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos.	Transversal.	3 entrevistas estructuradas.	El 46% presentaron TA. El 19% presentó TA mixto (ansiedad y depresión), 15% con TA predominio de otras emociones y 12% con reacción depresiva breve.	Los TA se presentaron en un mayor porcentaje con manifestaciones mixtas. Los varones con TA sobrepasaron representativamente a las adolescentes femeninas.
Almonacid et al. 2009.	450	Pacientes con diferentes diagnósticos en cualquier estadio de la enfermedad.	Transversal.	Entrevista Clínica según criterios del DSM-IV.	El 39.1% de la muestra, presentó algún diagnóstico de acuerdo al DSM-IV. Los TA fueron los más prevalentes con 48.5%.	Los TA representan aproximadamente el 50% de los diagnósticos.
Ozalp et al. 2008.	204	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.	Transversal.	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Entrevista Clínica estructurada (SCID).	El 22.6% presentaron algún trastorno psiquiátrico de acuerdo al DSM-IV, de los cuales el TA fue el más prevalente con 12.3%.	El uso práctico de herramientas eficaces, es un componente esencial en el tratamiento óptimo del cáncer, en la detección rápida de morbilidad psiquiátrica.
Sukegawa et al. 2008.	27	Pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, en espera de cirugía.	Prospectivo.	Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).	Antes de la cirugía, presentaron una prevalencia de TA de 50, posterior a la cirugía solo 41.7% presentaron TA.	Es relevante evaluar el estado psiquiátrico en tratamiento y en periodo de vigilancia, incluso en pacientes con enfermedad benigna.
Singer et al. 2008.	308	Pacientes con laringectomía total o parcial, con 5 años en seguimiento.	Transversal.	HADS, Escala de severidad de problemas (HB-9) y Escala análoga visual (VAS).	19.8% de la muestra presentó algún diagnóstico de acuerdo al DSM-IV. El TA fue el segundo más prevalente en laringectomía parcial con 4% y el tercero en laringectomía total con 3.6%.	Una minoría de pacientes con cáncer de laringe presenta algún trastorno mental. El TA estuvo entre los primeros 3 trastornos más prevalentes en este grupo de pacientes.
Hernández et al. 2007	247	Pacientes en estadios avanzados, en tratamiento psicológico.	Retrospectivo.	Entrevista clínica según criterios DSM-IV.	70% presenta un diagnóstico de acuerdo al DSM-IV, la mayoría (55.7%) presentan TA.	El diagnóstico más frecuente fue el TA relacionado con la enfermedad. Se requieren métodos de detección precoz para problemas psicológicos como el TA.

Mehnert et al. 2007.	127	Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, posterior a tratamiento.	Prospectivo.	SCID, HADS, Escala del impacto del evento (IES-R) y lista de chequeo de estrés postraumático (PCL-C).	23% de los pacientes en tratamiento fueron diagnosticados con uno a tres trastornos mentales. El TA fue el diagnóstico más frecuente con 7.1% .	Las pacientes con cáncer de mama ilustran la necesidad de asesoramiento y apoyo psicosocial en esta fase del tratamiento.
Almanza et al. 2005.	523	Pacientes ambulatorios y con dolor asociado.	Retrospectivo.	Revisión de expedientes, los diagnósticos fueron establecidos en base al DSM-IV.	Los TA fueron la segunda entidad psiquiátrica más prevalente con 43.7%: TA mixto (17%), TA con ánimo depresivo (15.5%), y TA con ansiedad (7.5%).	La prevalencia de trastornos mentales en constituye un factor asociado con la enfermedad, entre los más frecuentes está el TA el cual disminuye la probabilidad de mejoría clínica.
Kissane et al. 2004.	503	Pacientes con cáncer de mama: 303 en estadios iniciales y 200 con metastásis.	Transversal.	HADS, Entrevista Psiquiátrica de Monash (MILP), Escala de balance del afecto (ABS) y Escala de ajuste ante el cáncer (MAC).	TA fue el diagnóstico psiquiátrico más prevalente en las pacientes en estadios iniciales (28.7%), así como en el grupo de enfermedad avanzada (26.5%).	La prevalencia de TA es elevada en ambos grupos de pacientes. Estos datos representan un reto para los servicios clínicos para proporcionar una amplia gama de servicios de apoyo para aliviar este malestar.
Barraza et al. 2004.	1	Paciente con cáncer de mama en recidiva, con diagnóstico de TA mixto, en tratamiento cognitivo conductual (TCC).	Estudio de caso.	HADS, STAI e Inventario de Depresión de Beck (BDI).	Al término del TCC, las puntuaciones en el HADS y STAI se encuentran dentro de los límites normales; el BDI sitúa a la paciente con depresión leve.	El tratamiento psicológico de orientación cognitivo - conductual que se ha planteado, ha resultado eficaz en esta paciente con TA mixto, principalmente en relación con el manejo de la ansiedad.
Akechi et al. 2004.	209	Pacientes con diferentes diagnóstico en estadios avanzados.	Prospectivo.	Examen del estado mental (MMSE), Entrevista clínica estructurada de acuerdo al DSM-IV y HADS.	En la medición inicial se identificó 16.3% con TA y 10.6% en la segunda medición, ambas asociadas con algunas variables psicosociales.	Edad joven, menor educación, dolor, fatiga, problemas financieros, sentir que se es una carga para los demás, pérdida de independencia, antecedentes de depresión son factores asociados con los TA.

TA: trastornos adaptativo.
*Sólo se señala lo referido a trastornos adaptativos.

Conclusiones

El cáncer, cualquiera sea su tipo, debe ser tratado en forma transdisciplinaria³. Es preciso que el médico tratante, el psicooncólogo, el paciente y los familiares (cuidadores

primarios), examinen las preocupaciones relacionadas con la salud mental.

Los factores pronósticos de adaptación psicológica al cáncer son:

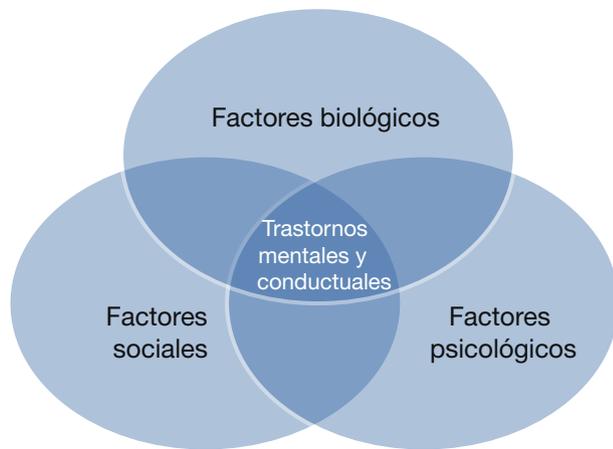


Figura 1 Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales (informe sobre salud mental en el mundo 2001).

Buen pronóstico

- Información gradual y adaptada a la demanda del paciente.
- Comunicación triángulo familia-paciente-médico.
- Afrontamiento activo.
- Percepción de capacidad de control.
- Apoyo social y familiar.
- Ausencia de antecedentes psicológicos.

Mal pronóstico

- Negativa del paciente a informarse.
- Dificultad para expresar las emociones.
- Evitación cognitiva o conductual.
- Indefensión.
- Aislamiento social.
- Falta de apoyo familiar o mala comunicación paciente-familia-médico.
- Antecedentes psiquiátricos²¹.

Es evidente que las investigaciones futuras deben desarrollar y evaluar medidas rápidas para la detección del TA en pacientes oncológicos, elaborando intervenciones psicológicas apropiadas para su tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Finalmente, es necesario ampliar el conocimiento sobre las consecuencias de los TA en cáncer, ya que la población que lo padece es considerable y como comunidad perteneciente al estudio de la psicooncología, resulta necesario e indispensable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Nezu AM, Nezu CM, Friedman SH, et al. Helping cancer patients cope: A problem-solving approach. Washington D.C.: American Psychological Association; 1998. p. 3-28.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision (DSMIV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 2000. p. 639-643.
3. Alvarado S, Santiago G, Zapata MR. La Psicooncología: Un Trabajo Transdisciplinario. *Cancerología* 2009;4:47-53.
4. Consultado en enero de 2014. http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY%202010%20FINAL%20COPY_Spanish.pdf
5. Hernández M, Cruzado JA, Arana Z. Problemas Psicológicos en Pacientes con Cáncer: Dificultades de Detección y Derivación al Psicooncólogo. *Psicooncología* 2007;4(1):179-191.
6. DeVita V, Lawrence T, Rosenberg's S. Cancer principles and practice of oncology. Volume 2. 8th edition. USA: 2008. p. 2817-2826.
7. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorder. En: Holland JC, Rowland JH (editors). *Handbook of Psychooncology*. USA: Oxford University Press; 1989. p. 273-281.
8. Almanza JJ, Rosario I, Silva J, et al. Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos* 2010;55(1):15-23.
9. Consultado el 23 de enero de 2012. <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
10. Singer S, Danker H, Dietz A, et al. Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-Oncology* 2008;17:280-286.
11. Sukegawa A, Miyagi E, Asai-Sato M, et al. Anxiety and prevalence of psychiatric disorders among patients awaiting surgery for suspected ovarian cancer. *J Obstet Gynaecol* 2008;34(4):543-551.
12. Almanza JJ, Breitbart W, Holland JC. Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría* 2005;38(4):123-128.
13. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Major Depression, Adjustment Disorders, and Post-Traumatic Stress Disorder in Terminally Ill Cancer Patients: Associated and Predictive Factors. *J Clin Oncol* 2004;22:1957-1965.
14. Kissane DW, Grabsch B, Love A, et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38:320-326.
15. Rodríguez V, Sánchez C, Rojas N, et al. Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Rev Venezolana Oncol* 2009;21(4):212-220.
16. Almonacid V, Moreno P, Lluch A. Estudio sobre la derivación de pacientes oncológicos a la unidad de Psicooncología según el criterio médico. *Psicooncología* 2009;6(1):203-210.
17. Ozalp E, Soygur H, Cankurtaran E, et al. Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology* 2008;17:668-675.
18. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology* 2007;16:181-188.
19. Barraza PA. Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología* 2004;1(1):165-178.
20. Nezu AM. Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología* 2001;18(2):185-192.
21. Salazar VM, Concha RR, Ruíz PJ. Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación clínica. Ed. Médica Panamericana. 2a edición. Buenos Aires; Madrid. 2009. p.193.