

Evaluación psicológica estandarizada en pacientes oncológicos candidatos a trasplante: necesidades de atención y consistencia interevaluadores

Liliana Rivera Fong, Corina Benjet, Rebeca Robles García, Lara Traeger, José Luis Aguilar Ponce, Brenda Lizeth Acosta Maldonado, Luis Manuel Valero Saldaña, Silvia Rivas Vera, Josana Rodríguez Orozco, Ángel Herrera Gómez, Angélica Riveros Rosas

Resumen

Recibir tratamiento oncológico puede favorecer el desarrollo de problemas de salud mental, por lo que se recomienda realizar una evaluación psicológica. *Objetivos:* Comparar la consistencia interevaluadores (psicólogos y psiquiatras) de una evaluación psicológica estandarizada vs. no estructurada en pacientes candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) y describir los problemas de salud y necesidades de atención de este grupo de pacientes. *Método:* Estudio comparativo que incluyó adultos candidatos a TCPH autólogo o alogénico divididos en

Abstract

Oncology treatment may compromise mental health; therefore, a psychological evaluation is recommended to contribute to patients' integral health. Objective: To evaluate the inter-rater reliability (psychologists and psychiatrists) of standardized vs non-structured psychological evaluation in patients who are candidates for a hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and to describe the principal mental health problems and care needs of these patients. Method: Comparative study which included adult patients who were candidates for an autologous or allogeneic HSCT. Participants were

LILIANA RIVERA FONG, Universidad Nacional Autónoma de México. CORINA BENJET, Instituto Nacional de Psiquiatría. REBECA ROBLES GARCÍA, Instituto Nacional de Psiquiatría. LARA TRAEGER, Escuela de Medicina de Harvard. JOSÉ LUIS AGUILAR PONCE, Instituto Nacional de Cancerología. BRENDA LIZETH ACOSTA MALDONADO, Instituto Nacional de Cancerología. LUIS MANUEL VALERO SALDAÑA, Instituto Nacional de Cancerología. SILVIA RIVAS VERA, Instituto Nacional de Cancerología. Contacto: [lmeylenf@hotmail.com]

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre 2019, pp. 13-43.
Fecha de recepción: 26 de agosto de 2019 | Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2019.

dos grupos: *a*) grupo con evaluación no estandarizada (ENE) con 93 participantes valorados mediante una entrevista no estructurada y *b*) grupo con evaluación estructurada (ESE) con 108 pacientes evaluados con una entrevista semiestructurada y una batería psicométrica. Se realizó un análisis descriptivo de los diagnósticos establecidos por el psicólogo y el psiquiatra en cada grupo, se estimó el grado de acuerdo entre profesionales mediante el índice Kappa y se obtuvo la prevalencia de pacientes caso considerando los puntos de corte de los instrumentos empleados. *Resultados:* Los principales diagnósticos observados en ambos grupos fueron sintomatología de ansiedad y depresión. La comparación entre grupos arrojó que el acuerdo entre profesionales fue mayor en el grupo ESE ($K = 0.508$), en comparación con el grupo ENE ($K = 0.182$). Del grupo ENE, el 7.53% fue caso de ansiedad, 21.51% caso de depresión y 27.96% caso de distrés. *Conclusión y discusión:* Una evaluación psicológica estandarizada puede favorecer la correcta detección de sintomatología clínica y mejorar apego a estándares nacionales e internacionales sobre la atención a la salud mental.

PALABRAS CLAVE

Evaluación psicooncológica, salud mental, tratamiento oncológico, validez

separated in two groups:(a) an unstandardized evaluation group (USE) with 93 participants who were evaluated using an unstructured interview as was usual practice in this hospital and b) a structured evaluation group (SSE) with 108 patients who were evaluated using a semi-structured interview and a test battery. Psychologist and psychiatric diagnoses of each group were analyzed by descriptive statistics. The Kappa index was calculated in order to determine agreement between health professionals. Finally, prevalence of mental health conditions was obtained based on each instrument's cutoff for possible pathology. Results: In both groups, principal mental health problems were anxious and depressive symptomatology. Agreement was higher in the SSE group ($K= 0.508$) in contrast with the USE group ($K = 0.182$). In the SSE group, 7.53% of participants were considered a case of anxiety, 21.51% depression and 27.96% distress. Conclusion and discussion: Implementation of a standardized psychological evaluation could improve detection and treatment of psychological symptomatology in these patients and increase compliance with national and international mental health attention standards.

KEYWORDS

Psychooncological evaluation, mental health, oncology treatment, reliability

Los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer enfrentan múltiples tratamientos y procedimientos (Herrera y Granados, 2013), algunos de los cuales pueden implicar altos requerimientos sociales, económicos e instrumentales. Un ejemplo de estos tratamientos es el Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas (TCPH), que es un procedimiento médico de consolidación asociado a múltiples complicaciones médicas y psicológicas a corto y largo plazo (Khera *et al.*, 2012; Syrjala, Langer, Abrams, Storer y Martin, 2005; Sun *et al.*, 2013). Debido a estas complicaciones y a los riesgos de una recaída de la enfermedad primaria; la mortalidad estimada al primer año posterior a un TCPH oscila entre 29% y 34% (Pereira *et al.*, 2010; Chang, Orav, McNamara, Tong, y Antin, 2004).

En cuanto al procedimiento, se han documentado complicaciones desde las valoraciones previas, entre las que destacan alteraciones en salud mental, como el diagnóstico de algún trastorno clínico, o problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Al respecto, se ha descrito que, al momento de la evaluación pretrasplante, hasta 50% de los participantes presenta malestar emocional clínicamente significativo (Trask *et al.*, 2002); además de prevalencias de entre 11% y 35% de sintomatología depresiva (Loberiza *et al.*, 2002; Pillay, Lee, Katona, Burney y Avery, 2014a; Pillay, Lee, Katona, Burney y Avery, 2014b; Ransom, Jacobsen, Booth-Jones, 2006), 13% de ansiedad (Pillay *et al.*, 2014a; Pillay *et al.*, 2014b) y 10% son diagnosticados con un episodio depresivo y/o trastorno de ansiedad (Grulke, Larbig, Kächele, Bailer, 2008).

Adicionalmente, 18% de los pacientes ha referido síntomas somáticos y 7% se identificó con algún estilo de ajuste mental al cáncer desadaptativo (Pillay *et al.*, 2014a; Pillay *et al.*, 2014b); asimismo, que hasta 31.5% cuenta con antecedentes de algún diagnóstico de salud mental (Romaniwicz *et al.*, 2012), entre los que destaca el abuso o dependencia de sustancias (Chang *et al.*, 2004; Hoodin, Kalbfleisch, Thornton y Ratanatharathorn, 2004).

Tanto los antecedentes psicológicos, como la sintomatología activa al momento de un TCPH deben ser señales de alarma y atención, ya que se

tiene evidencia de que una vez iniciado el proceso de trasplante, la sintomatología psicológica (principalmente de ansiedad, malestar emocional y depresión) puede incrementar en intensidad el día de la hospitalización y previo a la infusión de las células madre (Fife *et al.*, 2000), interfiriendo, incluso, con la adherencia durante la estancia hospitalaria (Nelson *et al.*, 2014) y, en algunos casos, mantenerse a largo plazo y desarrollar trastornos mentales como el trastorno adaptativo, que es el más frecuente (Fritzche, Struss, Stein, y Spahn, 2003; Hoodin, Zhao, Carey, y Kitko, 2013; Sun *et al.*, 2011).

El impacto que puede tener la sintomatología psicológica en la salud global de un paciente trasplantado es de tal magnitud que se ha establecido que la presencia de un trastorno mental que requiera manejo farmacológico incrementa hasta en 1.8 veces el riesgo de muerte no relacionada con una recaída (Sorrow *et al.*, 2005), lo cual puede explicarse parcialmente por su relación sobre la funcionalidad y adherencia observada en pacientes con cáncer y trastornos mentales (Wells, Booth-Jones y Jaobsen, 2009; Braamse *et al.*, 2012). El incremento de riesgo de complicaciones médicas, sumado o potenciado con el malestar emocional y la comorbilidad psicológica han llevado a que se recomiende, a nivel internacional, brindar atención multidisciplinaria al paciente. Ésta debe incluir la implementación sistemática de evaluaciones psicológicas y psiquiátricas previo a un TCPH. Dichas evaluaciones deberán ser capaces de identificar factores predisponentes y precipitantes de riesgo para el desarrollo de morbilidad psicosocial (Fritzsche *et al.* 2003).

En este sentido, la valoración y atención psicológica debe llevarla a cabo un profesional de salud altamente especializado, capaz de explorar, de manera pertinente, el estado cognitivo y emocional de los pacientes. Mediante dicha evaluación se espera identificar si el paciente cuenta con las competencias para comprender y aceptar someterse a este procedimiento y, en caso de así decidirlo, identificar los recursos internos y externos que lo favorecerán o dificultarán. Entre los factores por destacar, se encuentran los antecedentes psicológicos previos al diagnóstico oncológico, la adherencia a tratamientos previos, el estilo de afrontamiento a los pro-

blemas, apoyo social percibido, estrategias de regulación emocional implementadas en estancias hospitalarias previas y adaptación al tratamiento médico actual (Asencio, 2011; Smith y McDonald, 2005).

Adicionalmente, por consenso de expertos internacionales, se señala la importancia de la consistencia entre las valoraciones e impresión clínica de personal de salud mental (psicólogos y psiquiatras) ante la necesidad de una actuación terapéutica interdisciplinaria para un abordaje terapéutico armónico que considere la multiplicidad de causas y factores intervinientes en el origen y mantenimiento de dichos trastornos (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA], 2003). En México debe cumplir con los señalamientos de la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, NOM-025-SSA2-2014 (Secretaría de Salud [SSA], 2014). La NOM establece que, para el caso de los programas de salud mental insertados en hospitales de tercer nivel no especializados en psiquiatría, la evaluación clínica psicológica tiene por objetivo valorar a la persona usuaria y a su familia, a fin de coadyuvar con el equipo de salud y llevar a cabo procedimientos como la revisión de casos con el médico tratante y equipo interdisciplinario, cuyo objetivo final es establecer impresiones diagnósticas probables, pronóstico y el plan terapéutico a seguir con acciones específicas de cada área.

Entre las ventajas adicionales que ofrece una oportuna y correcta evaluación psicológica previa al TCPH es que existe evidencia de que, cuando el médico tratante cuenta con datos de tamizaje psicológico, existe una mayor probabilidad de discutir con el paciente temas de salud mental y que éste perciba mejor atención integral y mayor satisfacción con el servicio, lo que facilita la comprensión de la información y mantiene una actitud favorable a seguir las instrucciones (Hoodin *et al.*, 2013).

En este sentido, las principales propuestas de evaluación documentadas y con evidencia científica de su utilidad, se componen de instrumentos provenientes del enfoque cognitivo conductual (Pillay *et al.*, 2014a; Pillay *et al.*, 2014b; Ascencio, 2011; Hochhausen *et al.*, 2007; Kenzik, Huang, Rizzo, Shenkman, Wingarad, 2015), el cual guarda estrecha relación con

las principales propuestas de intervención específicas para esta población (Krasuska, Dmoszynska, Daniluk y Stanislawek, 2002; Kim y Kim, 2005; Courneya, Keats y Turner, 2000; Wiskemann *et al.*, 2011; Jarden, Hovgaard, Boesen, Quist, y Adamsen, 2007; Jarden, Baadsgaard, Hovgaard, Boesen y Adamsen, 2009; Rivera-Fong, Landa, Valero y Riveros, 2014).

Bajo este contexto, resulta incuestionable que los pacientes candidatos a TCPH podrían beneficiarse de una evaluación psicológica sistematizada estrechamente relacionados con los modelos de intervención psicológica efectivos para esta población. Pese a ello, su implementación en hospitales públicos en México se enfrenta a múltiples limitantes, entre las cuales destaca que la sistematización de la atención psicológica en contextos hospitalarios aún no es frecuente (Sánchez-Sosa, 2007); probablemente, por factores como la alta demanda de atención psicológica para diversas situaciones que requieren protocolos específicos por grupos poblaciones o ante tratamientos específicos. Dicha situación se da en medio de una evidente carencia de plazas laborales en contextos hospitalarios para psicólogos (Piña, 2003).

Aunado a ello, están los señalamientos de posibles limitaciones en la formación de psicólogos latinoamericanos, quienes suelen ser entrenados, fundamentalmente, en modelos medicalizados e intimistas¹ (Pinillos, 1988) que no consideran cuestiones sanitarias ni una visión colectiva de la salud ni herramientas de prevención e intervención colectiva, al grado de que se ha indicado una preocupación por psicólogos mal preparados o con competencias insuficientes para el trabajo en ambientes hospitalarios que llevan a proporcionar servicios precarios a pacientes que requieren alta especialización de todo el personal de salud (Werner, Pelicioni y Chiattonne, 2002).

Desde estas áreas de oportunidad, en México se han hecho grandes esfuerzos por formar psicólogos especializados capaces de atender pacientes con enfermedades crónicas y necesidades de atención altamente especializadas (Rodríguez, 2010); sin embargo, aún queda mucho trabajo

¹ Enfoque clínico psicológico emergente de una tradición metafísica, que se centra en el estudio de la conciencia entendida como la facultad general de conocer. El objetivo primordial del abordaje psicológico es la introspección.

pendiente en el desarrollo de evaluaciones e intervenciones especializadas ajustadas a poblaciones específicas que contemplen las condiciones biopsicosociales de nuestros pacientes. Paralelamente a este problema, es común observar una amplia diversidad de enfoques psicológicos implementados en ambientes hospitalarios y que los psicólogos se enfrenten a una alta demanda de atención clínica experimentada que absorbe la mayor parte de su jornada laboral, lo que les impide profundizar y sistematizar evaluaciones acordes a las necesidades de los pacientes, limitando así los posibles beneficios de las evaluaciones.

Esto tiene mayor relevancia al considerar la importancia de la optimización de recursos y la prevención de complicaciones que puedan incrementar costos o prolongar las estancias hospitalarias y que son factores claves para que los pacientes continúen con el tratamiento indicado, así como de avanzar en el desafío de evaluaciones psicológicas con mejor acuerdo con otros profesionales como los psiquiatras, con quienes la literatura indica que históricamente se ha tenido poca coordinación y escaso diálogo (Bustos, 2012).

De manera que el presente estudio tuvo dos objetivos: *a*) evaluar la consistencia interevaluadores (psicólogos y psiquiatras) de una evaluación psicológica semiestructurada, basada en un enfoque cognitivo conductual y adaptada a las necesidades y principales demandas de atención de los pacientes sometidos a TCPH *versus* una evaluación no estructurada en pacientes candidatos a TCPH y *b*) describir los principales problemas de salud mental o necesidades de atención psicológica que presenten los pacientes en esta fase de tratamiento.

Método

DISEÑO

Estudio de comparación de evaluación psicológica (evaluación no estructurada [ENE] vs. evaluación semiestructurada [ESE]) en pacientes adultos candidatos a TCPH en el Instituto Nacional de Cancerología, México.

PARTICIPANTES

Se incluyó un total de 201 pacientes candidatos a TCPH, divididos en dos grupos. El primer grupo de ENE se integró por 108 participantes incluidos de manera retrospectiva y evaluados previo al desarrollo de este estudio, cuyos datos fueron tomados del expediente electrónico. En el grupo de estudio considerado como ESE se incluyeron 93 pacientes de manera prospectiva, que fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada y una batería de pruebas psicológicas.

En la tabla 1 se muestran las principales características sociodemográficas de los participantes en ambos grupos. Sólo se observó diferencia estadísticamente significativa respecto del nivel educativo, en la cual el grupo ENE muestra un nivel de estudios ligeramente mayor en comparación con el grupo ESE. En relación con la condición médica, se debe tener presente que el TCPH es un tratamiento de consolidación, por lo que los pacientes recibieron tratamiento previo a este momento y que, de manera específica, 111 (55.2%) pacientes habían recibido sólo una línea de tratamiento, 69 (34.3%) habían sido sometidos a dos líneas previas de tratamiento, 15 (7.5%) a tres líneas y 6 (3.0%) a cuatro líneas o más. Gracias a dichas líneas de tratamiento, 161 (80.1%) participantes se encontraban en respuesta completa, 18 (9.0%) en respuesta parcial, 17 (8.5%) con muy buena respuesta parcial y 5 (2.5%) con enfermedad estable.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

	<i>Total de participantes (n = 201)</i>	<i>Grupo de evaluación semiestructurada (n = 93)</i>	<i>Grupo de evaluación no estructurada (n = 108)</i>	<i>Diferencias (p)</i>
Sexo	<i>f(%)</i>	<i>f(%)</i>	<i>f(%)</i>	
Masculino	131 (65.2)	56 (60.2)	75 (69.4)	0.171*
Femenino	70 (34.8)	37 (38.9)	33 (30.6)	
Edad				
X	40.07	40.47	39.72	0.699 [¥]
s	13.68	13.20	14.14	
R	16.68	16.68	16.66	
Estado civil				
Soltero	63 (31.3)	31 (33.3)	32 (29.6)	0.087*
Casado	88 (43.8)	33 (35.5)	55 (50.9)	
Unión libre	21 (10.4)	14 (15.1)	7 (6.5)	
Divorciado	25 (12.4)	14 (15.1)	11 (10.2)	
Viudo	4 (2.0)	1 (1.1)	3 (2.8)	
Nivel educativo				
Sin estudios formales	2 (1.0)	1 (1.1)	1 (0.9)	0.014 [£]
Primaria	36 (17.9)	23 (24.7)	13 (12.1)	
Secundaria	53 (26.4)	27 (29.0)	26 (24.3)	
Preparatoria	54 (26.9)	20 (21.5)	34 (31.8)	
Universidad	50 (24.9)	21 (22.6)	29 (27.1)	
Posgrado	5 (2.5)	1 (1.1)	4 (3.7)	
Desconocido	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.9)	

Nivel socioeconómico				
KS (Sin costo)	5 (2.5)	1 (1.1)	4 (3.7)	0.133*
1 (5% del costo real)	67 (33.3)	36 (38.7)	31 (29.0)	
2 (10% del costo real)	88 (43.8)	43 (46.2)	45 (42.1)	
3 (25% del costo real)	32 (15.9)	10 (10.8)	22 (20.6)	
4 (50% del costo real)	7 (3.5)	2 (2.2)	5 (4.7)	
5 (70% del costo real)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
6 (85% del costo real)	1 (0.5)	1 (1.1)	0 (0.0)	
Desconocido	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.9)	
Lugar de origen				
Ciudad de México	57 (28.4)	32 (34.4)	25 (23.1)	0.494*
Estado de México	67 (33.3)	28 (30.1)	39 (36.1)	
Otros	77 (38.3)	33 (35.5)	44 (40.7)	
Lugar de residencia				
Ciudad de México	53 (26.4)	32 (34.4)	21 (19.6)	0.483*
Estado de México	60 (29.9)	23 (24.7)	37 (34.6)	
Otros	88 (43.8)	38 (40.9)	50 (46.3)	

Diagnóstico oncológico				
Leucemia aguda	49 (24.4)	27 (25.0)	22 (23.7)	0.282*
Linfoma No Hodgkin	51 (25.4)	23 (21.3)	28 (30.1)	
Linfoma Hodgkin	21 (10.4)	10 (9.3)	11 (11.8)	
Mieloma múltiple	51 (25.4)	32 (29.6)	19 (20.4)	
Síndrome mielodisplásico	1 (0.5)	1 (0.9)	0 (0.0)	
Anemia aplásica	3 (1.5)	2 (1.9)	1 (1.1)	
Leucemia crónica	9 (4.5)	5 (4.6)	4 (4.3)	
Leucemia / linfoma	7 (3.5)	5 (4.6)	2 (2.2)	
Tumor germinal	4 (2.0)	3 (2.8)	1 (1.1)	
Linfoma linfoblástico	3 (1.5)	0 (0.0)	3 (3.2)	
Otro	2 (1.0)	0 (0.0)	2 (2.2)	
Tipo de trasplante				
Autólogo	125 (62.2)	58 (62.7)	67 (62.0)	0.962*
Alogénico	76 (37.8)	35 (37.6)	41 (38.0)	

* χ^2 ; [£] U de Mann Whitney; [¥] t de Student

INSTRUMENTOS

El grupo de ENE fue evaluado por personal del servicio de psicooncología del Instituto mediante una entrevista no estructurada, la cual, dependía del enfoque y formación del psicólogo a cargo y que no implicaba una evaluación psicométrica.

Los participantes del grupo de ESE fueron valorados con una entrevista semiestructurada (ESE) a cargo de un psicólogo especializado en psicología y salud. Esta entrevista contempló: *a)* antecedentes psicológicos personales y adherencia a tratamientos previos; *b)* antecedentes psicológicos y psiquiátricos familiares; *c)* sintomatología psicológica de ansiedad, depresión y/o malestar emocional; *d)* conocimiento sobre el diagnóstico oncológico y el TCPH; *e)* expectativas sobre el procedimiento; *f)* recursos personales y apoyo social percibido para el proceso de TCPH; *g)* reconocimiento de la relación de su conducta sobre la posible evolución médica a lo largo del tratamiento, en términos de adherencia a cuidados, y *h)* plan del paciente y familia para afrontar el proceso de trasplante.

De manera complementaria y con el fin de generar información objetiva para la identificación de pacientes con sintomatología clínicamente significativa y tener puntajes objetivos susceptibles de ser reportados como evidencia en comités médicos y con otros profesionales de salud, los pacientes del grupo ESE contestaron una batería psicométrica que incluyó instrumentos que midieron sintomatología tanto, psicológica (HADS y DT), como los recursos del paciente y el significado que le han dado al cáncer (MAC-M y SPSI-RM):

- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Es uno de los instrumentos más recomendados en pacientes con enfermedades crónicas y bajo tratamiento médico, debido a que no incluye reactivos que contemplen sintomatología fisiológica que pudiera confundirse con algún síntoma relacionado con la enfermedad o el tratamiento. Para este estudio se empleó la versión validada para población oncológica mexicana, que cuenta con 12 reactivos (6 orientados a evaluar ansiedad y 6 para depresión) y una consistencia interna global $\alpha = 0.86$ y de entre $\alpha = 0.79$ a 0.80 para las subescalas (Galindo *et al.*, 2015).
- Termómetro de distrés (DT). Se trata de una herramienta de tamizaje desarrollada específicamente para la identificación, manejo y tratamiento del malestar emocional en pacientes oncológicos y la presen-

cia de los principales problemas que enfrentan los pacientes. Su uso es recomendado para una mejor práctica internacional favoreciendo la gestión del servicio de psicología (O'Donnell, 2013). En este estudio, se utilizó la versión adaptada a pacientes mexicanos con cáncer, la cual tiene una sensibilidad de 93% y especificidad de 76% (Almanza-Muñoz, Juárez y Pérez, 2008).

- Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC-M). Evalúa las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes al tener cáncer, a partir de la valoración o significado que tiene esta enfermedad para el paciente y las reacciones derivadas de ello (las cogniciones y conductas que lleva a cabo el sujeto para reducir la amenaza que supone el cáncer) (Watson, Greer, Inayat, Burgess, y Robertson, 1988). En este estudio, se empleó la versión validada para población mexicana que cuenta con cinco factores (espíritu de lucha, preocupación ansiosa, desamparo/desesperanza, actitud positiva y evaluación cognitiva) con un alfa global de $\alpha = 0.81$ (Galindo, 2019).
- Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI-RM). Parte de la teoría de solución de problemas basada en la premisa de que las personas reaccionan y actúan en función a la evaluación que hacen de las situaciones sociales y las habilidades que posee para hacerles frente. Lo anterior es fundamental al enfrentar una enfermedad como el cáncer, ya que este enfoque sugiere que las personas que poseen habilidades adaptativas de solución de problemas (situaciones que califican como difíciles) tienen mayor adaptación psicosocial y menor probabilidad de desarrollar algún trastorno mental en comparación con quienes carecen de estas habilidades (D'Zurrilla y Nezu, 2007). En este estudio, se empleó la versión validada para población mexicana que evalúa cuatro tipos de solución de problemas (resolución racional de problemas, estilo evitativo-inseguro, orientación negativa al problema y estilo descuidado-impulsivo), con una consistencia interna $\alpha = 0.81$ (Galindo, Rivera, Lerma, Jiménez y Jiménez, 2016).

La evaluación del servicio de psiquiatría en ambos grupos consistió en una entrevista semiestructurada orientada a la identificación de psicopatología; en la cual, se determinó la presencia o no de sintomatología psicológica y el requerimiento de manejo farmacológico.

PROCEDIMIENTO

Desde el año 2010, en el Instituto Nacional de Cancerología, todo paciente candidato a TCPH es sometido a múltiples valoraciones, entre las que se incluye la evaluación por el servicio de psicooncología y de psiquiatría. Dicha valoración se programa después de la consulta con el médico trasplantólogo.

Los participantes del grupo ENE fueron evaluados entre 2013 y 2015 y de quienes se recabaron las notas en formato SOAP (Subjetivo-Objetivo-Análisis-Plan), que se encuentran en el expediente electrónico de cada paciente. En ellas, el psicólogo a cargo de la evaluación reportó si identificó algún diagnóstico clínico en el paciente, si existía alguna contraindicación en salud mental para llevar a cabo el TCPH y si recomendaba atención psicológica previa al procedimiento.

Por otro lado, los pacientes del grupo ESE fueron evaluados entre 2016 y 2018 con la entrevista semiestructurada y los instrumentos descritos en el apartado correspondiente. De igual forma, los hallazgos de la entrevista fueron reportados en el expediente electrónico de cada paciente mediante la correspondiente nota SOAP y las recomendaciones previas al procedimiento.

Con el fin de determinar la consistencia interevaluadores, se consideró como variable de criterio tanto para el grupo de ENE, como el grupo ESE, la valoración realizada por el servicio de psiquiatría que se llevaba a cabo en un promedio de 10 días de diferencia respecto de la valoración de psicooncología.

Consideraciones éticas

Se decidió formar un grupo de comparación integrado de manera retrospectiva (grupo ENO) en respuesta a razones éticas: no beneficiar a los participantes de una valoración semiestructurada y la imposibilidad de contar con un grupo en lista de espera, puesto que los pacientes se enfrentan a este tratamiento sólo en una ocasión sin que se pueda estimar el momento propicio para el proceso de trasplante aunado a la posibilidad de consultar los registros médicos y evaluaciones de los pacientes sometidos a un TCPH con anterioridad. Todos los participantes del grupo ESE fueron invitados a participar, y tras explicarles el procedimiento médico, firmaron un consentimiento informado.

Análisis estadístico

Se obtuvieron las características sociodemográficas y clínicas de todos los participantes y se calcularon las medidas de tendencia central con el fin de constatar la homogeneidad entre grupos para garantizar la validez de los análisis subsecuentes. Se llevaron a cabo análisis de comparación entre muestras independientes con base en el nivel de medición (X^2 para variables nominales, U de Mann Whitney para variables ordinales y t de Student para variables intervalares o de razón), en los cuales se buscaba no encontrar diferencias estadísticamente significativas para establecer la comparabilidad de los grupos.

Después, se categorizó el diagnóstico estipulado por el psicólogo y psiquiatra en tres opciones: *a)* sin sintomatología psicológica o psiquiátrica; *b)* con sintomatología psicológica que no cumple algún trastorno de salud mental con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), y *c)* trastorno de salud mental con base en la CIE-10.

Fundamentado en dicha clasificación, se llevaron a cabo los análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje sobre los diagnósticos establecidos por el servicio de psicooncología *versus* el servicio de psiquiatría en ambos

grupos y se estimó el grado de acuerdo entre profesionales mediante el índice Kappa por grupos. Finalmente, con el objetivo de documentar la prevalencia de sintomatología psicológica en pacientes candidatos a TCPH, se obtuvieron los estadísticos descriptivos (R , \bar{X} y σ) de los puntajes arrojados por los pacientes en cada instrumento, con lo cual se reportaron el número y porcentaje de pacientes identificados como caso a partir de los puntos de corte de cada instrumento.

RESULTADOS

En las tablas 2 y 3, se muestran los diagnósticos emitidos por los servicios de psicooncología y psiquiatría durante las evaluaciones preTCPH en los participantes del grupo ENE y ESE, respectivamente, resaltando que en ambos grupos se observan porcentajes muy similares de pacientes que presentan sintomatología o algún trastorno mental por parte del servicio de psiquiatría (ENE = 36% versus ESE = 34%). Contrario a ello, en el caso de los diagnósticos emitidos por el servicio de psicooncología, se observaron amplias diferencias, ya que en las evaluaciones emitidas en el grupo ENE se señaló que 68% de los pacientes presentaba algún grado de sintomatología o trastorno mental que pudiera interferir con el tratamiento (88% más que los identificados por el servicio de psiquiatría); mientras que en el grupo ESE se consideró que 31% presentaba sintomatología psicológica (5% menos que los señalados por el servicio de psiquiatría).

Tabla 2. Diagnósticos basados en el CIE-10 emitidos por psicología y psiquiatría previo al TCPH en los pacientes del grupo de evaluación no estructurada (n = 103)

	<i>Diagnóstico de psicología n (%)</i>	<i>Diagnóstico de psiquiatría n (%)</i>
Sin sintomatología psicológica	34 (32.1)	68 (63.6)

 Sintomatología que requiere atención sin cumplir con un trastorno mental

Sintomatología depresiva	0 (0.0)	7(6.5)
Sintomatología de ansiedad	6 (5.7)	3 (2.8)
Alteraciones del sueño	0 (0.0)	2 (1.9)
Pobre compromiso	0 (0.0)	1 (0.9)

 Trastornos mentales

F32. Episodio depresivo	0 (0.0)	10 (9.3)
F43. Reacción de estrés agudo	26 (24.5)	5 (4.7)
F33. Trastorno depresivo	3 (2.8)	1 (0.9)
F41. Otros trastornos de ansiedad	0 (0.0)	3 (2.8)
F43.2 Trastorno de adaptación	5 (4.7)	6 (5.6)
F41. 2. Trastorno mixto ansioso-depresivo	32 (30.2)	0 (0.0)
F60. Trastorno de personalidad	0 (0.0)	1 (0.9)

En el grupo ESE, se observa mayor acuerdo entre las valoraciones de ambos servicios con una prevalencia similar en el total de pacientes con sintomatología clínica (19.5% por psicología *versus* 21.7% por psiquiatría) y pacientes que cumplieron criterios para algún trastorno mental (10.9% por psicología *versus* 13% por psiquiatría).

Tabla 3. Diagnósticos basados en el CIE-10 emitidos por psicología y psiquiatría PRETCHP en los pacientes del grupo de evaluación semi-estructurada (n = 93)

	<i>Diagnóstico de psicología n (%)</i>	<i>Diagnóstico de psiquiatría n (%)</i>
Sin sintomatología psicológica	64 (68.8)	61 (65.6)
Sintomatología que requiere atención sin cumplir con un trastorno mental		
Sintomatología depresiva	4 (4.3)	2 (2.2)
Sintomatología de ansiedad	6 (6.5)	5 (5.4)
Alteraciones del sueño	0 (0.0)	3 (3.2)
Problemas sociales	5 (5.4)	5 (5.4)
Sintomatología de enojo	1 (1.1)	0 (0.0)
Pobre autocontrol	1 (1.1)	0 (0.0)
Limitaciones cognitivas	1 (1.1)	0 (0.0)
Falta de información	0 (0.0)	2 (2.2)
Trastorno neurocognitivo menor	0 (0.0)	1 (1.1)
Rasgos esquizoides de personalidad	0 (0.0)	1 (1.1)
Rasgos de personalidad narcisista	0 (0.0)	1 (1.1)
Trastornos mentales		
F32. Episodio depresivo	0 (0.0)	4 (4.3)
F43. Reacción de estrés agudo	2 (2.2)	0 (0.0)
F33. Trastorno depresivo	2 (2.2)	3 (3.2)
F41. Otros trastorno de ansiedad	3 (3.2)	2 (2.2)
F43.2 Trastorno de adaptación	0 (0.0)	2 (2.2)

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	2 (2.2)	0 (0.0)
F41. Otros trastornos de ansiedad	1 (1.1)	0 (0.0)
F33. Trastorno depresivo		
F42. Trastorno obsesivo compulsivo	0 (0.0)	1 (1.1)
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada		

En cuanto al grado de acuerdo entre las valoraciones realizadas por paciente, mediante índices de acuerdo Kappa, que se observó que en el grupo ENE hubo acuerdo pobre entre observadores ($K = 0.182$) y en el grupo ESE un acuerdo moderado ($K = 0.508$) los cuales se muestran en la figura 1, donde los rectángulos blancos representan acuerdo entre las valoraciones realizadas (55% en el ENE y 78% en el grupo ESE) y los rectángulos grises representan desacuerdo entre ambos especialistas.

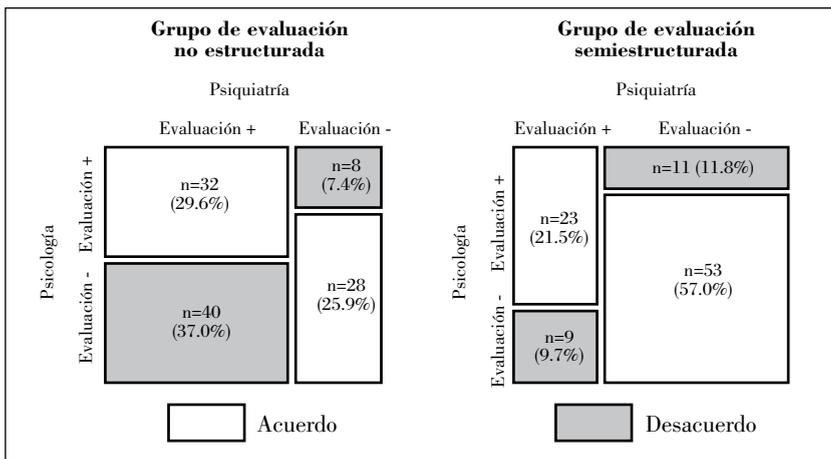


Figura 1. Índice de acuerdo Kappa en evaluación de psicología y psiquiatría preTCPH.

Del total de participantes del estudio, el servicio de psiquiatría consideró que, al momento de la valoración preTCPH, 48 (23.9%), requerían manejo farmacológico como complemento a la atención psicológica recibida; situación en la que no se encontraron diferencias significativas entre grupos (28.7% en el grupo ENE *versus* 18.3% en el grupo ESE; $\chi^2 = 2.987$, $gl = 1$, $p = 0.084$).

De manera complementaria, se presentan las medidas de tendencia central y desviación de los instrumentos empleados en la evaluación psicométrica (tabla 4). En variables como *ansiedad*, *depresión*, *malestar emocional* y *problemas físicos*, en general; se observó que la σ es cercana a la \bar{X} , lo que indica que la variabilidad en esta sintomatología es muy alta; es decir, que se pueden detectar pacientes que no presentan sintomatología de esta naturaleza, pero también se identifican pacientes que, al momento de la valoración, presentan sintomatología que claramente puede afectar la adaptabilidad y funcionalidad del candidato a TCPH.

Con base en los instrumentos aplicados al grupo ESE, se pudo identificar la prevalencia de sintomatología psicológica que requería atención especializada. En cuanto al HADS, se consideró que 7 (7.53%) de los pacientes fueron caso de ansiedad (HADS ansiedad ≥ 7), 20 (21.51%) puntuaron como caso para depresión y 4 (4.30%) como caso de ansiedad y depresión. Por otro lado, 26 (27.96%) arrojaron una puntuación superior a cuatro en el termómetro de malestar emocional que, de acuerdo con el instrumento, representa sintomatología clínicamente significativa que requiere atención especializada, siendo los problemas económicos y familiares los más frecuentes en la población estudiada.

En cuanto al estilo de afrontamiento al cáncer y de solución de problemas, se tomaron como caso aquellos pacientes que puntuaron como principal estilo a uno de los identificados como desadaptativos o asociados con malestar emocional, tal es el caso de *preocupación ansiosa*, identificado en una persona (0.11%), y *estilo de desamparo/desesperanza*, presentado por una persona (0.11%). Finalmente, respecto al estilo de solución de problemas, se reconoce a los estilos *impulsivo/descuidado* y de *orientación negativa* como factores de riesgo a largo plazo, los cuales fueron ubicados en 2 (2.15%) y 3 (3.23%) pacientes, respectivamente.

Tabla 4. Descriptivos de sintomatología psicológica, estilo de afrontamiento y solución de problemas del grupo de evaluación semiestructurada mediante evaluación psicométrica

<i>Variable</i>	<i>Rango del instrumento</i>	<i>Rango de los participantes</i>	\bar{X}
HADS Ansiedad	0-18	0-14	2.63 (2.4)
HADS Depresión	0-18	0-9	2.09 (2.5)
HADS Total	0-36	0-22	4.72 (4.3)
Termómetro de distrés	0-10	0-10	2.48 (2.5)
Problemas prácticos	0-5	0-5	1.24 (1.3)
Problemas familiares	0-2	0-2	0.19 (0.4)
Problemas emocionales	0-7	0-7	1.81 (1.6)
Problemas físicos	0-21	0-13	4.13 (3.4)
Ajuste mental al cáncer			
Espíritu de lucha	0-100	62.5-100	86.87 (10.9)
Preocupación ansiosa	0-100	25-85	45.48 (14.6)
Desamparo/desesperanza	0-100	25-100	38.33 (13.9)
Actitud positiva	0-100	25-100	87.01 (15.5)
Evitación cognitiva	0-100	33.33-100	73.03 (15.8)
Estilo de solución de problemas			
Solución racional	0-100	26.2-100	68.47 (16.9)
Orientación negativa	0-100	20-93.33	38.28 (17.1)
Evitativo/inseguro	0-100	20-83.33	32.08 (12.3)
Impulsivo/descuidado	0-100	20-93.33	37.63 (15.9)
Sintomatología			
Fatiga	0-100	0-100	23.66 (21.2)
Náuseas	0-100	0-66.67	4.12 (10.3)
Dolor	0-100	0-100	14.16 (22.0)
Disnea	0-100	0-100	7.89 (19.3)

Insomnio	0-100	0-100	17.20 (23.4)
Pérdida de apetito	0-100	0-66.67	7.53 (15.6)
Estreñimiento	0-100	0-100	12.54 (21.4)
Diarrea	0-100	0-100	6.09 (15.5)
Dificultades económicas	0-100	0-100	48.03 (34.2)

Discusión

Uno de los objetivos del presente artículo fue evaluar la consistencia interevaluadores de una evaluación psicológica semiestructurada basada en el enfoque cognitivo-conductual. Los hallazgos obtenidos en el presente estudio muestran que, por medio de una entrevista clínica psicológica semiestructurada, se obtiene mayor acuerdo con otros profesionales de la salud. Esta ventaja brinda mejor apego a la Norma Oficial Mexicana en el área de salud mental, NOM-025-SSA2-2014 (Secretaría de Salud [SSA], 2014), que enfatiza la importancia de que la evaluación clínica-psicológica coadyuve con el equipo de profesionales de la salud a dar mayor certeza al tratamiento integral que recibe el paciente. Adicionalmente, complementar la entrevista clínica con una evaluación psicométrica permite optimizar el tiempo de evaluación y la obtención de datos objetivos y que pudieran interferir en el proceso de TCPH, para que el personal de salud pueda evaluar, clasificar y cuantificar con mayor precisión las alteraciones mentales, determinar las metas de tratamiento y medir los posibles cambios tras recibir tratamiento (Roncero, 2015).

De manera general, los hallazgos de este estudio generan evidencia en favor de la evaluación sistematizada para la detección de necesidades de atención a la salud mental de pacientes oncológicos sometidos a tratamientos invasivos como el TCPH. Lo anterior, sin incrementar el número de sesiones requeridas para la evaluación y brindando guías de evaluación para mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes en los contextos actuales del trabajo psicológico hospitalario.

La entrevista semiestructurada, acompañada de una evaluación psicométrica, proporciona amplias ventajas en comparación con una entrevista no estructurada respecto del apego a los estándares internacionales recomendados por la Sociedad Americana de Oncología Psicosocial (APOS); la Asociación de Trabajo Social en Oncología (AOSW), y la Sociedad de Enfermería Oncológica (ONS). Éstas indican que los programas de evaluación de distrés deben: *a)* arrojar información objetiva que pueda ser reportada con fidelidad en las reuniones de los comités médicos implicados en la atención del paciente oncológico; *b)* identificar los momentos clave de evaluación, como cuando el paciente se encuentra en mayor riesgo de desarrollar distrés (en este caso, relacionado con enfrentarse a un nuevo tratamiento médico); *c)* vigilar que los métodos de evaluación sean cada vez más especializados, proponiendo una tendencia a emplear modelos multimétodos que incluyan evaluaciones de autorreporte y tareas llevadas a cabo por el clínico como la entrevista; *d)* complementar las evaluaciones de distrés con factores de coocurrencia, como preocupaciones sociales, síntomas físicos y calidad de vida; *e)* contemplar protocolos de evaluación e interpretación de resultados estandarizados que permita identificar a los pacientes que requieran atención psicológica especializada y que puedan ser abordados con modelos que hayan mostrado adecuada eficacia, y *f)* contar con mecanismos para documentar en el expediente clínico los hallazgos de la evaluación realizada, con el objetivo de normar la conducta de todo el personal de salud (Pirl *et al.*, 2014).

Finalmente, al considerar los estándares internacionales frente a las amplias limitaciones que se han documentado en la formación de los psicólogos latinoamericanos y en la atención brindada a los pacientes, un enfoque sistematizado, que incluya métodos objetivos de obtención de información específica para el contexto del paciente a evaluar, garantiza o mejora las posibilidades de optimizar los recursos en salud mental de los institutos especializados en países en vías de desarrollo como México, al brindar herramientas de fácil acceso y dominio, que no son absolutamente dependientes de la alta especialización del psicólogo. Es decir, esto podría

ser una gran ventaja en la administración de recursos, al ser una evaluación corta y objetiva que puede ser entrenada en psicólogos generales y por la cual se podría identificar a los pacientes que requerirán manejo especializado —estimado en 35% con base en los hallazgos de los instrumentos—, optimizando el tiempo del personal de salud y brindando mayor atención a los pacientes que lo requieran.

Así, estrategias como el desarrollo de evaluaciones semiestructuradas para objetivos específicos, como en este caso, brinda una posible ruta de solución a dificultades que enfrenta el personal de salud en países en vías de desarrollo y que, ante la sobredemanda de atención, se ven obligados a tomar medidas, como reducir el número de consultas por pacientes y ampliar los tiempos entre citas, con tiempos incluso mayores a lo recomendado por las guías de atención psicológica (hasta seis semanas).

Los hallazgos también coadyuvan a la resolución de demandas reportadas por psicólogos insertos en hospitales no psiquiátricos; por ejemplo, percibir regularmente pocas vías de comunicación con el resto del personal de salud, lo que mantiene una idea generalizada entre los psicólogos de que tanto médicos, como otros miembros del personal, tienen un conocimiento superficial sobre el trabajo que realiza el servicio de psicología y, por ende, reportan una tendencia a dar poco valor al trabajo de los psicólogos en la toma de decisiones clínicas y de abordaje en los pacientes (Saavedra, Berenzon y Galván, 2016). Entonces, se considera que la posibilidad de reportar datos objetivos y de brindar información útil para el resto del equipo de salud puede recortar esta brecha y poner a la luz las posibles aportaciones del psicólogo en el proceso de atención.

Por otro lado, respecto del objetivo secundario, identificar la sintomatología psicológica más frecuente en este grupo de pacientes y las principales necesidades de atención, se confirmó que los problemas de salud mental más frecuentes en esta población son ansiedad y depresión, situación que coincide con lo reportado en la literatura internacional. Específicamente, la prevalencia de sintomatología clínica de depresión se encuentra dentro del rango estimado (11% a 35%) (Loberiza *et al.*, 2002;

Pillay *et al.*, 2014a; Pillay *et al.*, 2014b; Ransom *et al.*, 2006); mientras que la prevalencia tanto de sintomatología de ansiedad como de malestar emocional se ubicaron un poco debajo de los hallazgos reportados en otras poblaciones (13% y 50% respectivamente) (Pillay *et al.*, 2014a; Pillay *et al.*, 2014b; Trask *et al.*, 2002), sin dejar de representar un porcentaje mayor en comparación con la población general.

Dichos hallazgos son de suma importancia, ya que estas variables se encuentran relacionadas positivamente con *pobre funcionamiento psicológico* y negativamente con *optimismo*, *alto sentido de coherencia* y *apoyo social* (Goetzmann *et al.*, 2007), condiciones que pueden interferir de manera negativa con la adherencia y adaptación al tratamiento y, como resultado indirecto, con la evolución médica del paciente.

El presente estudio identificó que aproximadamente 35% de los pacientes candidatos a un TCPH debe recibir atención en salud mental especializada, ya sea por sintomatología clínicamente significativa o por cumplir con criterios para un trastorno mental que, de no atenderse correctamente, puede agudizarse al enfrentar al paciente a los estresores inherentes al tratamiento. Esta situación demanda la urgencia del involucramiento conjunto de un equipo de salud mental capacitado para evaluar de manera objetiva a este grupo de pacientes e implementar protocolos de intervención coherentes con los hallazgos, mediante enfoques basados en la evidencia científica que han mostrado resultados favorecedores en esta población, no sólo para el manejo de los problemas de salud mental, sino con impacto en variables médicas que tienen estrecha relación con la evolución del paciente (Kim y Kim, 2005; Courneya *et al.*, 2000; Wiskemann *et al.*, 2011; Jarden *et al.*, 2007; Jarden *et al.*, 2009; Rivera-Fong *et al.*, 2014; Baliouis, Rennoldson y Snowden, 2016; El-Jawahri *et al.*, 2016).

Si bien, este estudio aporta resultados sólidos, cuenta con limitaciones, entre las que se reconoce la importancia de evaluar la validez predictiva de la evaluación previa al TCPH, por lo que se recomienda que futuros estudios establezcan la relación de los hallazgos de la evaluación previa al procedimiento con el desarrollo de sintomatología psicológica durante el tiempo de hospitalización o seguimiento a largo plazo. Otra limitación

es la homogeneidad de la población en términos de tratamiento médico por recibir, motivo por el cual en futuras evaluaciones se podrían adaptar evaluaciones psicológicas multimétodo —entrevista semiestructurada y valoración psicométrica— en pacientes que se someterán a otros tratamientos como cirugías invasivas, esquemas de quimioterapia o programas de radioterapia.

Si bien el presente estudio muestra algunas limitaciones, se considera que los hallazgos observados aportan evidencia sólida sobre la utilidad de incorporar evaluaciones psicológicas sistematizadas y especializadas para los procedimientos de atención en particular, por medio de los cuales sea posible mejorar la calidad de la información recabada y apoyar en el proceso de toma de decisiones médicas en pacientes oncológicos que se someterán a tratamientos invasivos. Al mismo tiempo, permite mejorar los canales de comunicación y atención con otros profesionales de la salud mental en beneficio de la atención especializada para los pacientes.

Referencias

- Almanza-Muñoz, J. J., Juárez, I. R. y Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar de México*, 62 (5), 209-217.
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21 (2), 253-263. doi: 10.25009/pys.v21i2.578
- Baliouis, M., Rennoldson, M. y Snowden, J. A. (2016). Psychological interventions for distress in adults undergoing haematopoietic stem cell transplantation: a systematic review with meta-analysis. *Psychooncology*, 25 (4), 400-411. doi: 10.1002/pon.3925
- Braamse, A. M., Gerrits, M. M., van Meijel, B., Visser, O., van Oppen, P., Boenink, A. D., Cuijpers, P., Huijgens, P. C., Beekman, A. T. y Dekker, J. (2012). Predictors of health-related quality of life in patients treated with auto- and allo-SCT for hematological malignancies. *Bone Marrow Transplantation*, 47 (6), 757-769. doi: 10.1038/bmt.2011.130.

- Bustos, J. I. (2012). La integración entre la psiquiatría y la psicología. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18 (1), 60-66.
- Chang, G., Oray, E. J., McNamara, T., Tong, M. Y. y Antin, J. H. (2004). Depression, cigarette smoking, and hematopoietic stem cell transplantation outcome. *Cancer*, 101(4), 782-789. doi: 10.1002/cncr.20431
- Courneya, K. S., Keats, M. R. y Turner, A. R. (2000). Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. *Psychooncology*, 9 (2), 127-136. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:2<127::AID-PON438>3.0.CO;2-L
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (2006). Definition of major concepts [Versión electrónica]. En T. J. D'Zurilla y A. M. Nezu (eds.), *Problem Solving Therapy. A Positive Approach to Clinical Intervention*, pp. 11-21. Nueva York: Springer.
- El-Jawahri, A., LeBlanc, T., VanDusen, H., Traeger, L., Greer, J. A., Pirl, W. F., Jackson, V. A., Telles, J., Rhodes, A., Spitzer, T. R., McAfee, S., Chen, Y. A., Lee, S. S. y Temel, J. S. (2016). Effects of inpatients palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation. *JAMA*, 316 (20), 2094-2103. doi: 10.1001/jama.2016.16786
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos [EFPA]. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 1-10.
- Fife, B. L., Huster, G. A., Cornetta, K. G., Kennedy, V. N., Akard, L. P. y Broun, E. R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (7); 1539-1549. doi: 10.1200/JCO.2000.18.7.1539
- Fritzsche, K., Struss, Y., Stein, B. y Spahn, C. (2003). Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic intervention and their realizations. *Hematological Oncology*, 21 (2), 83-89. doi: 10.1002/hon.711
- Galindo O. (2019). Escala de Afrontamiento al Cáncer en pacientes oncológicos en población mexicana. *Psicooncología*, 16 (1), 61-72. doi: 10.5209/PSIC.63648
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38 (4), 253-258. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035
- Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A., Jiménez, F. y Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26 (2), 264-271.

- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, J., Boehler, A., Muellhaupt, B., Schanz, U. y Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcomes after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (1), 93-100. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.023
- Grulke, N., Larbig, W., Kächele, H. y Bailer, H. (2008). Pre-transplant depression as risk factor for survival of patients undergoing allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *Psychooncology*, 17 (5), 480-487. doi: 10.1002/pon.1261
- Herrera, A. y Granados, M. (2013). *Manual de Oncología: Procedimientos médico-quirúrgicos*. México: McGraw Hill.
- Hochhausen, N., Altmaier, E. M., McQuellon, R., Davies, S. M., Papadopoulos, E., Carter, S. y Henslee-Downey, J. (2007). Social support, optimism, and self-efficacy predict physical and emotional well-being after bone marrow transplantation, *Journal of Psychosocial Oncology*, 25 (1), 87-101. doi: 10.1300/J077v25n01_05
- Hoodin, F., Kalbfleisch, K. R., Thornton, J. y Ratanatharathorn, V. (2004). Psychosocial influences on 305 adults' survival after bone marrow transplantation; depression, smoking, and behavioral self-regulation. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (2), 145-154. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00599-3
- Hoodin, F., Zhao, L., Carey, J. E., Levine, J. E. y Kitko, C. (2013). Impact of psychological screening on routine outpatient care of hematopoietic cell transplantation survivors. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 19 (10), 1493-1497. doi: 10.1016/j.bbmt.2013.07.019
- Jarden, M., Baadsgaard, M. T., Hovgaard, D. J., Boesen, E. y Adamsen, L. (2009). A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adult patients undergoing allogeneic SCT. *Bone Marrow Transplantation*, 43 (9), 725-737. doi: 10.1038/bmt.2009.27
- Jarden, M., Hovgaard, D. J., Boesen, E., Quist, M. y Adamsen, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 40 (8),793-800. doi: 10.1038/sj.bmt.1705807
- Kenzik, K., Huang, I. C., Rizzo, J. D., Shenkman, E. y Wingard, J. (2015). Relationships among symptoms, psychosocial factors, and health-related quality of life in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Supportive Care in Cancer*, 23 (3), 797-807. doi: 10.1007/s00520-014-2420-z

- Khera, N., Storer, B., Flowers, M. E., Carpenter, P., Inamoto, Y., Sandmaier B. M., Martin, P. J. y Lee, S. J. (2012). Nonmalignant late effects and compromised functional status in survivors of hematopoietic cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, *30* (1), 71-7. doi: 10.1200/JCO.2011.38.4594
- Kim, S. D. y Kim, H. S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hematopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer Nursing*, *28* (1), 79-83.
- Krasuska, M. E., Dmoszynska, A., Daniluk, J., y Stanislawek, A. (2002). Information need of the patients undergoing bone marrow transplantation. *Annales Universitatis Mariae Curie-Sklodowska*. *57* (2), 178-185.
- Loberiza, F. R. Jr., Rizzo, J. D., Bredeson, C. N., Antin, J. H., Horowitz, M. M. y Weeks, J. C. (2002). Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *Journal of Clinical Oncology* *20* (8), 2118-2126. doi: 10.1200/JCO.2002.08.757
- Nelson, A. M., Coe, C. L., Juckett, M. B., Rumble, M. E., Rathouz, P. J., Hematti, P. y Costanzo, E. S. (2014). Sleep quality following hematopoietic stem cell transplantation: longitudinal trajectories and biobehavioral correlates. *Bone Marrow Transplantation*, *49* (11), 1405-1411. doi: 10.1038/bmt.2014.179
- O'Donnell, E. (2013). The distress thermometer: a rapid and effective tool for the oncology social worker. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *26* (4), 353-359. doi: 10.1108/09526861311319573
- Pereira, D. B., Christian, L. M., Patidar, S., Bishop, M. M., Dodd, S. M., Athanason, R., Wingard, J. R. y Reddy, V. S. (2010). Spiritual absence and 1-year mortality after hematopoietic stem cell transplant. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, *16* (8), 1171-1179. doi: 10.1016/j.bbmt.2010.03.003
- Pillay, B., Lee, S. J., Katona, L., Burney, S. y Avery, S. (2014a) Psychosocial factors associated with quality of life in allogeneic stem cell transplant patients prior to transplant. *Psychooncology*, *23* (6), 642-649. doi: 10.1002/pon.3462
- (2014b) Psychosocial factors predicting survival after allogeneic stem cell transplant. *Support Care Cancer* *22* (9), 2547-2555. doi: 10.1007/s00520-014-2239-7
- Pinillos, J. L. (1988). La psichistoria y el naturalismo psicológico. *Revista del Centro Asociado a Melilla*, *6* (11), 11-23.
- Piña, J. A. (2003). La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *4* (1), 191-205.
- Pirl, W. F., Fann, J. R., Greer, J. A., Braun, I., Deshields, T., Fulcher, C., Harvey, E., Holland, J., Kennedy, V., Lazenby, M., Wagner, L., Underhill, M., Walker,

- D. K., Zabora, J., Zebrack, B. y Bardwell, W. A. (2014). Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: Report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer*, *120* (19), 2946-2954. doi: 10.1002/cncr.28750
- Ransom, S., Jacobsen, P. B. y Booth-Jones, M. (2006). Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psychooncology*, *15* (7), 604-612. doi: 10.1002/pon.993
- Rivera-Fong, L. M. L., Landa, E., Valero, L. M. y Riveros, A. (2014). Efectos de una intervención cognitivo conductual y actividad física sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre. *Psicooncología*, *11* (2-3), 217-231. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47384
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *1* (1), 5-12.
- Romanowicz, M., Ehlers, S., Walker, D., Decker, P., Rundell, J., Shinozaki, G., Litzow, M., Hogan, W., Mrazek, D. y Black, J. L. (2012). Testing a diathesis-stress model: potential genetic risk factors for development of distress in context of acute leukemia diagnosis and transplant. *Psychosomatics*, *53* (5), 456-462. doi: 10.1016/j.psych.2012.01.004
- Roncero, C. (2015). La validación de instrumentos psicométricos: un asunto capital en la salud mental. *Salud Mental*, *38* (4), 325-326. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2015.032
- Saavedra, N., Berenzon, S. y Galván, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, *48* (4), 258-264. doi: 10.1016/j.aprim.2015.05.005
- Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Psychotherapy in Mexico: Practice, training, and regulation. *Journal of Clinical Psychology*, *63* (8), 765-771. doi: 10.1002/jclp.20391
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana [SSA]. (2014). NOM-025-SSA2-2014, para la presentación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. México: SSA.
- Smith, J. M. y McDonald, R. A. (2005). Renal transplantation in adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, *16* (1), 201-214. doi: 10.1016/j.admecli.2004.09.003
- Sorrow, M. L., Maris, M. B., Storb, R., Baron, F., Sandmaier, B. M., Maloney, D. G. y Storer, B. (2005). Hematopoietic cell transplantation (HCT)-specific comorbidity index: a new tool for risk assessment before allogeneic HCT. *Blood*, *106* (8), 2912-2919. doi: 10.1182/blood-2005-05-2004

- Sun, C. L., Francisco, L., Baker, K. S., Weisdorf, D. J., Forman, S. J., Bhatia, S. (2011). Adverse psychological outcome in long-term survivor of hematopoietic cell transplantation: a report from the Bone Marrow Transplant Survivor Study. *Blood*, *118* (17), 4723-4731. doi: 10.1182/blood-2011-04-348730
- Sun, C. L., Kersey, J. H., Francisco, L., Armenian, S. H., Baker, K.S., Weisdorf, D.J., Forman, S. J., Bhatia, S. (2013). Burden of morbidity in 10+ year survivors of hematopoietic cell transplantation: report from the bone marrow transplantation survivor study. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, *19* (7):1073-1080. doi: 10.1016/j.bbmt.2013.04.002
- Syrjala, K, L., Langer, S. L., Abrams, J. R., Storer, B. E. y Martin, P. J. (2005). Late effects of hematopoietic cell transplantation among 10-year adult survivors compared with case-matched controls. *Journal of Clinical Oncology*, *23* (27), 6596-606. doi: 10.1200/JCO.2005.12.674
- Trask, P. C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., Weick, J., Steele, P., Kyro, K., Ferrara, J. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplantation*, *29* (11), 917-925. doi: 10.1038/sj.bmt.1703557
- Watson, M., Greer, J., Inayat, Y., Burgess, C. y Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, *18*, 203-209.
- Wells, K. J., Booth-Jones, M. y Jacobsen, P. B. (2009). Do coping and social support predict depression and anxiety in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation? *Journal of Psychosocial Oncology*, *27* (3), 297-315. doi: 10.1080/07347330902978947
- Werner, S. R., Pelicioni, M. C. y Chiattonne, H. B. C. (2002). La psicología de la salud latinoamericana; hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2* (1), 153-172.
- Wiskemann, J., Dreger, P., Schwerdtfeger, R., Bondong, A., Huber, G., Kleindienst, N., Ulrich, C. M. y Bohus, M. (2011). Effects of a partly self-administered exercise program before, during, and after allogeneic stem cell transplantation. *Blood*, *117* (9), 2604-2613. doi: 10.1182/blood-2010-09-306