

# Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer

José de Jesús Almanza Muñoz,\* Ivonne Rosario Juárez,\*\*  
José Silva Ortiz,\*\*\* Rafael de la Huerta Sanchez\*\*\*

## RESUMEN

**Introducción:** La detección y manejo del trastorno de adaptación en pacientes con cáncer ha sido limitada a pesar de su importante prevalencia. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos (TA) en pacientes con cáncer para identificar factores que contribuyen a ellos. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, de autorreporte. Se aplicó estadística descriptiva, bivariada y multivariada. **Resultados:** La prevalencia de trastornos adaptativos fue de 18.9% en general y en el subgrupo de distrés significativo fue de 27.5%. El trastorno adaptativo con ansiedad predominó con 30%, seguido del trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo con 22.5%. Como factores asociados se encontraron: menor edad, sexo masculino, vivir solo, dolor, fatiga, bajo funcionamiento global, ser una carga para otros, preocupación por los hijos y temor al dolor. **Discusión:** La incidencia de los trastornos adaptativos en la muestra estudiada es relevante y tiene implicaciones clínicas y de investigación. Se contrastan dichos hallazgos con lo reportado en la literatura internacional y se señalan líneas futuras de trabajo. **Conclusiones:** Los trastornos adaptativos ocurren en 18.9 a 27.5% de los pacientes con cáncer estudiados, predominantemente en quienes cursan con edad menor de 60 años, sexo masculino, viven solos y cursan con dolor, fatiga o sienten ser una carga para otros. El principal subtipo de trastorno adaptativo a explorar es el de ansiedad.

**Palabras clave:** Cáncer, trastorno adaptativo, distrés, psicooncología, termómetro de distrés.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento conlleva un impacto emocional significativo que influye sobre el proceso de adaptación al cáncer, mismo que

## ABSTRACT

**Introduction:** Detection and management of adjustment disorders in cancer patients has been limited in spite of its important prevalence. **Objective:** To describe the prevalence of adjustment disorders in cancer patients to identify their associated factors. **Method:** A descriptive, transversal, and self-report study was done, using descriptive, bivariate and multivariate statistic. **Results:** The adjustment disorder (AD) prevalence in cancer patient was of 18.9%, and increases to 27.5% in those with significant distress. AD was headed by Anxiety AD subgroup with 30%, followed by Depressed Mood AD with 22.5%. As associated factors were founded; age lower than 60<sup>th</sup> years old, male gender, living alone, having pain or fatigue, low global functioning, feeling like a burden to others, concerns about family and about financial issues, as well as fear of pain. **Discussion:** AD incidence is relevant and have clinical and research implications. Those features are contrasted with the reported at the international Psycho-oncology literature, describing some lines for future work. **Conclusions:** AD occurs in 18.9% to 27.5% of studied cancer patients, mainly in those younger than 60<sup>th</sup> years old, male gender, living alone and are having pain or fatigue, feeling like a burden to others. The main subtype of AD to detect by the clinician is the one with anxiety.

**Key words:** Cancer, Adjustment disorder, distress, psycho-oncology, distress thermometer.

puede verse perturbado por la presencia de diversos niveles de distrés en casi todos los pacientes y sus familias,<sup>1-3</sup> así como por la presencia de trastornos mentales, de los cuales los más frecuentes son justamente los denominados trastornos adaptativos,<sup>3,4</sup> respecto a lo cual existe todavía información limitada. Este trabajo describe algunos hallazgos preliminares sobre los trastornos adaptativos y sus factores asociados en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer.

**El proceso de adaptación al cáncer.** Es el despliegue de pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de

\* Centro Médico ABC (Centro de Cáncer y Centro Neurológico).

\*\* Asociación Psicoanalítica Mexicana, AC.

\*\*\* Hospital Central Militar.

Recibido para publicación: 12/01/10. Aceptado: 02/02/10.

Correspondencia: Dr. José de Jesús Almanza Muñoz

E-mail: jalmanzam@yahoo.com.mx

las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por la aparición del cáncer, tiene carácter universal e ineludible. Todos los pacientes con cáncer atraviesan en forma variable y dinámica las diversas fases, magistralmente descritas por Kubler Ross<sup>5</sup> como: 1) Negación; 2) Enojo-ira; 3) Regateo; 4) Depresión; y 5) Aceptación. Este proceso es favorecido por la comunicación adecuada del diagnóstico,<sup>2</sup> por la temprana y oportuna detección del cáncer, por el adecuado uso de los recursos individuales internos (personalidad madura, ausencia de enfermedad mental) y externos (estabilidad familiar, laboral, buena red de apoyo social) del paciente, y por contar con información realista y no distorsionada sobre el cáncer.<sup>1</sup> Cuando dichas condiciones no son apropiadas, los pacientes experimentan distrés en diversos grados de severidad y en algunos casos progresan al desarrollo de trastornos adaptativos.

**Distrés y cáncer.** El distrés es una experiencia emocional displacentera de naturaleza multifactorial, psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual, que interfiere con la capacidad para enfrentar el cáncer en forma efectiva, sus síntomas físicos y su tratamiento. El distrés se extiende a lo largo de un continuum que va de sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo, hasta problemas que pueden ocasionar discapacidad, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis existenciales o espirituales.<sup>1-4,6</sup>

El distrés puede ser medido y monitoreado a través del termómetro de distrés,<sup>6-9</sup> escala análoga visual validada en varios países e idiomas,<sup>3,7,10-15</sup> entre ellos en México.<sup>16</sup> Los datos disponibles muestran una prevalencia variable: 20% según Carroll.<sup>17</sup> 31% de acuerdo con Zabora;<sup>18</sup> 35% señalado por Pascoe;<sup>19</sup> 38% reportado por Dolbeault;<sup>15</sup> 50% descrito por Trask;<sup>20</sup> 56% recientemente reportado por Almanza;<sup>21</sup> 59% informado por Ozalp (2007)<sup>14</sup> y 61.6% registrado por Graves (2007).<sup>22</sup>

El distrés no constituye un trastorno mental; sin embargo, su persistencia puede progresar en conjunto con otros factores de riesgo hacia diversos trastornos mentales, dentro de los cuales los más comunes son los de trastornos adaptativos, motivo del presente reporte.

**Trastornos adaptativos, generalidades.** Fueron descritos por primera vez en 1968 en la segunda edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-II*,<sup>23</sup> como «disturbios situacionales transitorios, y en la octava edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 8*,<sup>24</sup> como «reacciones situacionales transitorias» y los englobaba con los trastornos de personalidad, neurosis y otros trastornos mentales no psicóticos.

La característica esencial del trastorno adaptativo, según la cuarta edición del texto revisado del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*,<sup>25</sup> es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresante (criterio A). 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 (o académica) (criterio B) (*Cuadro I*).<sup>25</sup>

Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico

**Cuadro I.** 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 tres 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 seis meses.

*Especificar si:* **Agudo:** Si la alteración dura menos de seis meses.  
**Crónico:** Si la alteración dura seis meses o más.

del eje I (por ejemplo, trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente exacerbación de un trastorno preexistente del eje I o del eje II (criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del eje I o del eje II, si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante.<sup>25</sup>

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (criterio E). Sin embargo, los sínto-

**Cuadro II.** Subtipos de trastornos adaptativos según criterios diagnósticos del Manual DSM-IV-TR.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, el cual se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el eje IV.

**Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo:** Las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

**Trastorno adaptativo con ansiedad:** Las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

**Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo:** Las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

**Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento:** La manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (por ejemplo, vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

**Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento:** Las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (por ejemplo, depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (ver subtipo anterior).

**Trastorno adaptativo no especificado:** Debe usarse para las reacciones desadaptativas (por ejemplo, quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

mas pueden persistir por un periodo prolongado (por ejemplo, más de seis meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (por ejemplo, una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (por ejemplo, dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio). La duración de los síntomas se precisa como agudo cuando persisten por menos de seis meses, o crónico cuando persisten durante seis meses o más (*Cuadro I*).<sup>25</sup>

El DSM-IV-TR describe seis subtipos, a saber: 1) Trastorno adaptativo con ansiedad; 2) Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo; 3) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo; 4) Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento; 5) Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento; y 6) Trastorno adaptativo indiferenciado, como se detalla en el *cuadro II*.<sup>25</sup>

**Trastorno adaptativo en pacientes con cáncer.**

La prevalencia de los trastornos adaptativos en población general se sitúa entre 5 y 20%.<sup>25</sup> Los reportes disponibles hasta el momento en población de pacientes con cáncer muestra cifras de prevalencia mayores, de acuerdo con lo reportado por Kugaya (23.4%),<sup>26</sup> Almanza (27.5%),<sup>16</sup> Jacobsen (30%),<sup>3</sup> Uchitomi (34%),<sup>27</sup> Miovic y Block (11 a 35%)<sup>28</sup> y Strong (30 a 40%).<sup>4</sup> Es importante señalar que dichas cifras corresponden a estudios no específicos sobre trastornos adaptativos por lo cual la información disponible es limitada en cuanto a los subtipos de trastornos adaptativos ni los factores de riesgo asociados, motivo del presente estudio.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos y sus factores asociados en pacientes con cáncer.

## MÉTODO

**Entorno clínico:** Servicio de Oncología del Hospital Central Militar. **Diseño:** Estudio prospectivo, transversal de autorreporte y análisis de datos clínicos. **Procedimiento:** A partir de la referencia de pacientes oncológicos para su atención dentro del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar, se recabó el consentimiento informado correspondiente, se efectuó

la revisión del expediente clínico y la aplicación del termómetro de distrés,<sup>16</sup> así como entrevista clínica semiestructurada de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV (First, Spitzer y colaboradores 1995),<sup>29</sup> previamente validada por Williams y su grupo (1992),<sup>30</sup> a partir de lo cual se estableció el diagnóstico de trastorno adaptativo y la correspondiente determinación del subtipo.

*Plan de análisis:* Se efectuó estadística descriptiva, correlacional, bivariada, análisis de varianza y análisis multivariado de regresión logística. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5%. Para el procesamiento de datos y la ejecución del análisis estadístico, se utilizó Microsoft Office Excel 2007 v. 12.0 (Microsoft Corp Redmond WA) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v. 14.0 (Statistical Package for Social Sciences, v 14.0/SPSS Inc., 2007, Chicago IL).

## RESULTADOS

Las características de la muestra global se constituyeron por un total de 1,532 pacientes con diagnóstico establecido de cáncer, atendidos en el Servicio de Oncología y dentro del Programa

**Cuadro III.** Características demográficas y flujo para asignación, derivación y eliminación de pacientes de la muestra estudiada.

| Característica                                    | n     | %     |
|---------------------------------------------------|-------|-------|
| Población global                                  | 1,532 | 100.0 |
| Población excluida                                |       |       |
| Imposibilitados para contestar                    | 132   | 8.6   |
| Excluidos por razones administrativas             | 143   | 9.3   |
| Rehusaron a participar                            | 110   | 7.2   |
| Termómetro de distrés incompleto                  | 52    | 3.4   |
| Total de excluidos                                | 437   | 28.5  |
| Distrés (termómetro de distrés, punto de corte 4) | 1,095 | 71.4  |
| Significativo                                     | 614   | 56.0  |
| No significativo                                  | 481   | 44.0  |
| Edad                                              |       |       |
| Promedio                                          | 48.7  |       |
| Desviación estándar                               | 16.2  |       |
| Mediana                                           | 52    |       |
| Rango                                             | 6-68  |       |
| Sexo                                              |       |       |
| Femenino                                          | 926   | 62.4  |
| Masculino                                         | 558   | 37.6  |
| Modalidad de atención                             |       |       |
| Externa                                           | 492   | 33.2  |
| Hospitalización                                   | 992   | 66.8  |

**Cuadro IV.** Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer en relación con la presencia de distrés psicosocial Global, N = 1,095. Con trastornos adaptativos, n = 208 (18.9%).

| Categoría                                             | Distrés                            |      |                                   |      |       |      | p     |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----------------------------------|------|-------|------|-------|
|                                                       | Significativo<br>[n = 169 (27.5%)] |      | No significativo<br>[n = 39 (8%)] |      | Total |      |       |
|                                                       | n                                  | %    | n                                 | %    | n     | %    |       |
| Trastorno adaptativo con ansiedad                     | 71                                 | 42.0 | 4                                 | 10.2 | 75    | 36.0 | 0.001 |
| Trastorno adaptativo mixto                            |                                    |      |                                   |      |       |      |       |
| con ansiedad y estado de ánimo depresivo              | 37                                 | 21.8 | 8                                 | 20.5 | 45    | 21.6 | 0.01  |
| Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo    | 26                                 | 15.3 | 21                                | 53.8 | 47    | 22.5 | 0.01  |
| Trastorno adaptativo con alteración mixta             |                                    |      |                                   |      |       |      |       |
| de las emociones y el comportamiento                  | 11                                 | 6.5  | 3                                 | 7.6  | 14    | 6.7  | 0.24  |
| Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento | 5                                  | 2.9  | 1                                 | 2.5  | 3     | 1.4  | 0.32  |
| Trastorno adaptativo indiferenciado                   | 19                                 | 11.2 | 2                                 | 5.1  | 21    | 10.0 | 0.70  |

**Cuadro V.** Factores sociodemográficos y psicosociales asociados con trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. Global, N = 1,095. Con trastornos adaptativos, n = 208.

| Característica                    | Subtipos de trastorno adaptativo |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        | Análisis |       |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------|--------------------|-----------|-----------------|----------|--------------------|----------|-----------------|--------|-------------|--------|----------|-------|
|                                   | TAA<br>(n = 75)                  |          | TAMAYD<br>(n = 45) |           | TAD<br>(n = 47) |          | TAMEyC<br>(n = 14) |          | TATC<br>(n = 6) |        | TAI(n = 21) |        |          |       |
|                                   | n                                | (%)      | n                  | (%)       | n               | (%)      | n                  | (%)      | n               | (%)    | n           | (%)    | F        | p     |
| Edad                              |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Menor o igual a 60 años           | 63                               | (84.0) + | 32                 | ( 71.0) + | 16              | (34)     | 9                  | (64.3)   | 4               | (66.6) | 12          | (57.0) | 27.9     | 0.001 |
| Mayor de 60 años                  | 12                               | (16.0)   | 13                 | (29.0)    | 31              | (66)     | 5                  | (35.7)   | 2               | (33.4) | 9           | (43.0) |          |       |
| Sexo                              |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Femenino                          | 18                               | (24.0)   | 28                 | (62.2) +  | 35              | (74.4) + | 5                  | (35.7)   | 2               | (33.3) | 11          | (52.3) | 19.3     | 0.01  |
| Masculino                         | 57                               | (76.0) + | 17                 | (37.8)    | 12              | (25.6)   | 9                  | (64.3)   | 4               | (66.7) | 10          | (47.7) | 38.7     | 0.02  |
| Educación                         |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Más de 9 años                     | 29                               | (38.7)   | 23                 | (51.1)    | 28              | (59.5) + | 6                  | (42.8)   | 3               | (50)   | 9           | (43.0) | 14.9     | 0.001 |
| Menos de 9 años                   | 46                               | (61.3) + | 22                 | (48.9)    | 19              | (40.5)   | 8                  | (57.2)   | 3               | (50)   | 12          | (57.0) | 11.2     | 0.02  |
| Vive con                          |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Acompañado                        | 18                               | (24.0)   | 21                 | (46.6)    | 20              | (42.5)   | 9                  | (64.3)   | 4               | (66.6) | 6           | (28.5) |          | ns    |
| Solo                              | 57                               | (76.0)   | 24                 | (53.4)    | 37              | (57.5)   | 5                  | (35.7)   | 2               | (33.4) | 15          | (71.5) |          | ns    |
| Sistema de creencias espirituales |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Presente                          | 26                               | (34.6)   | 16                 | (35.5)    | 12              | (25.6)   | 10                 | (71.4) + | 4               | (66.6) | 13          | (61.9) | 10.9     | 0.01  |
| Ausente                           | 49                               | (65.4)   | 29                 | (64.5)    | 35              | (74.4) + | 4                  | (28.6)   | 2               | (33.4) | 8           | (38.1) | 27.2     | 0.001 |
| Preocupaciones presentes *        |                                  |          |                    |           |                 |          |                    |          |                 |        |             |        |          |       |
| Cuidado de los hijos              | 59                               | (78.6) + | 29                 | (64.4)    | 42              | (89.3)   | 6                  | (42.8)   | 2               | (33.3) | 9           | (43.0) | 9.2      | ns    |
| Seguridad financiera              | 65                               | (86.6) + | 32                 | (71.1)    | 25              | (53.1)   | 5                  | (35.7)   | 1               | (16.6) | 7           | (33.3) | 11.3     | ns    |
| Menor independencia               | 27                               | (36.0)   | 30                 | (66.6)    | 19              | (40.4)   | 2                  | (14.2)   | 3               | (50.0) | 11          | (52.3) |          | ns    |
| Ser una carga                     | 18                               | (24.0)   | 40                 | (88.8) +  | 41              | (87.2) + | 4                  | (28.5)   | 1               | (16.6) | 10          | (47.7) | 19.6     | 0.01  |
| Crisis espiritual                 | 38                               | (50.6)   | 29                 | (64.5)    | 29              | (61.7)   | 0                  | (0.0)    | 0               | (0.0)  | 14          | (66.6) |          | ns    |

Abreviaturas: TAA = Trastorno adaptativo con ansiedad. TAMAYD = Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

TAD = Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. TAMEyC = Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

TATC = Trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento. TAI = Trastorno adaptativo indiferenciado. ns = No significativa.

\* Definido conforme a la Lista de Problemas del Termómetro de Distrés.<sup>7,16</sup> Análisis de varianza, gl: 207.



de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología del Hospital Central Militar/Dirección General de Sanidad. De dicho universo fueron estudiados un total de 1,095 pacientes, que correspondió a 71.4% de la población total como se describe en comunicaciones previas.<sup>16,21</sup>

La aplicación del termómetro de distrés, conforme al punto de corte descrito previamente,<sup>21</sup> arrojó la presencia de distrés significativo en 614 (56%) pacientes y de distrés no significativo en 481 (44%). En el subgrupo de sujetos con distrés significativo (n = 614, 56%), se encontró la presencia de un trastorno mental en 349 (56.8%) y ausencia de algún trastorno en 265 (43.2%) (*Cuadro III*).

**Prevalencia de trastornos adaptativos.** La prevalencia global de trastornos adaptativos fue de 18.9%. En el subgrupo de pacientes con distrés significativo fue de 27.5% y en el subgrupo con distrés no significativo fue de 8%. La distribución de trastornos adaptativos de acuerdo con sus distintos subtipos estuvo encabezada por el trastorno adaptativo con ansiedad en 75 (30%) pacientes; seguida por el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en 47 (22.5%) enfermos; por el trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en 45 (21.6%); por el trastorno adaptativo con altera-

ción mixta de las emociones y el comportamiento en 14 (6.7%); por el trastorno adaptativo con trastorno del comportamiento en tres (1.4%); y finalmente por el trastorno adaptativo indiferenciado en 21 (10%) (*Cuadro IV*). La entrevista psiquiátrica semiestructurada con la aplicación del SCID-I (29) permitió la confirmación del diagnóstico de trastornos adaptativos en un 95% de los casos.

#### Factores asociados a trastornos adaptativos.

El análisis de varianza mostró asociación estadísticamente significativa para las variables de menor edad en relación con el TAA y el TAMaYD, el sexo femenino para el TAMaYD y el TAD, el sexo masculino para el TAA, mayor educación para el TAD, menor educación para el TAA, y vivir solo para el TAA. Por otro lado, las preocupaciones presentes de acuerdo con la lista de problemas del termómetro de distrés mostró significancia para el cuidado de los hijos y el TAA, la preocupación por la seguridad financiera para el TAA, y el ser una carga para el TAMaYD y el TAD (*Cuadro V*).

El análisis bivariado mostró significancia estadística para la edad en años, el dolor, la fatiga y el funcionamiento global promedio (*Cuadro VI*). Las variables edad, educación, funcionamiento global, dolor, fatiga y preocupaciones frecuentes

**Cuadro VI.** Factores clínicos asociados con trastornos adaptativos y distrés en pacientes con cáncer, análisis bivariado. Global, N = 1,095. Con trastornos adaptativos, n = 208.

| Característica                                | Trastornos adaptativos / Distrés significativo |      |                   |      | Análisis |     |       |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|------|-------------------|------|----------|-----|-------|
|                                               | Presente<br>n = 169                            |      | Ausente<br>n = 39 |      |          |     |       |
|                                               | Promedio                                       | DE   | Promedio          | DE   | r        | gl  | p     |
| Edad (años)                                   | 49                                             | 11.2 | 61                | 9.7  | 3.09     | 172 | 0.002 |
| Tiempo desde el diagnóstico de cáncer (meses) | 14                                             | 25.3 | 19                | 32.1 | -0.71    |     | 0.43  |
| Dolor (severidad)*                            | 3.4                                            | 1.7  | 1.5               | 0.7  | -1.7     |     | 0.01  |
| Fatiga (severidad)*                           | 3.7                                            | 2.1  | 1.8               | 0.8  | -1.9     |     | 0.02  |
| Funcionamiento global (promedio)**            | 58                                             | 14   | 76                | 19   | -2.6     |     | 0.01  |

\* Codificado como: 1 = Ausente; 2 = Leve; 3 = Moderado; 4 = Severo; 5 = Extremo.

\*\* Definido de acuerdo con la Escala de Evaluación de la Actividad Global.<sup>25</sup>

**Cuadro VII.** Factores asociados con trastornos adaptativos y/o distrés en pacientes con cáncer. Análisis multivariado de regresión logística.

| Característica                   | Beta  | Desviación estándar | Ratio de probabilidades (odds ratio) | IC <sub>95%</sub> | p    |
|----------------------------------|-------|---------------------|--------------------------------------|-------------------|------|
| Edad                             | -0.04 | 0.02                | 0.93                                 | 0.90 – 1.01       | 14   |
| Educación mayor o igual a 9 años | -0.39 | 0.47                | 0.49                                 | 0.23 – 1.81       | 0.29 |
| Funcionamiento global, promedio* | -0.07 | 0.04                | 0.98                                 | 0.95 – 1.12       | 0.01 |
| Dolor**                          | 0.12  | 0.17                | 1.07                                 | 0.93 – 1.21       | 0.33 |
| Fatiga**                         | 0.04  | 0.21                | 1.03                                 | 0.97 – 1.19       | 81   |
| Preocupaciones presentes***      |       |                     |                                      |                   |      |
| Cuidado de los hijos             | 0.32  | 0.9                 | 1.21                                 | 1.02 – 1.39       | 39   |
| Seguridad financiera             | 0.09  | 0.12                | 1.02                                 | 0.71 – 1.44       | 42   |
| Sensación de menor independencia | -0.10 | 0.17                | 0.91                                 | 0.65 – 1.23       | 48   |
| Ser una carga para otros         | 0.47  | 0.18                | 1.49                                 | 1.12 – 1.97       | 0.01 |
| Crisis espiritual o religiosa    | 0.05  | 0.27                | 1.09                                 | 0.67 – 1.49       | 0.81 |
| Temor a presentar dolor          | 0.51  | 0.22                | 1.65                                 | 1.09 – 2.41       | 0.01 |

\* Definido de acuerdo con la Escala de Evaluación de la Actividad Global.<sup>25</sup>

\*\* Codificado como: 1 = Ausente; 2 = Leve; 3 = moderado; 4 = Severo; 5 = Extremo.

\*\*\* Definido conforme a la Lista de Problemas del Termómetro de Distrés.<sup>7,16</sup>

fueron sometidas a un análisis multivariado de regresión logística, encontrando significancia estadística para la educación ( $p = 0.01$ ), el ser una carga para otros ( $0.01$ ) y el temor a presentar dolor ( $0.01$ ) (*Cuadro VII*).

## DISCUSIÓN

Las características de la muestra son similares a las de dos estudios previamente reportados de esta línea de investigación.<sup>16,21</sup> En términos generales, las variables sociodemográficas no mostraron diferencias en comparación con otras muestras reportadas de estudios similares.<sup>17,18,31</sup> La prevalencia de distrés significativo fue de 56%, lo cual se ubica por encima de lo reportado por Trask (50%),<sup>20</sup> pero por debajo de lo citado por Ozalp (59%)<sup>14</sup> y Graves (61.6%).<sup>22</sup>

La prevalencia encontrada de trastornos adaptativos fue de 18.9% en la muestra y se eleva a 27.5% en el subgrupo de pacientes con distrés significativo. Tales cifras se ubican por arriba del 5 a 20% señalado en el DSM-IV-TR<sup>25</sup> y por debajo del 23.4%, 27.5%, 30%, 34%, 35% y 40% de

acuerdo con lo reportado por Kugaya,<sup>26</sup> Almanza,<sup>21</sup> Jacobsen,<sup>3</sup> Uchitomi,<sup>27</sup> Miovic y Block,<sup>28</sup> y Strong.<sup>4</sup> La variabilidad observada en estos reportes obedecen a la heterogeneidad en los diseños de investigación; no todos contemplaron la aplicación de la entrevista semiestructurada para confirmar el diagnóstico de trastornos adaptativos; igualmente, no todos consideraron la medición de distrés, en nuestro reporte sí se efectuó, lo cual permitió discriminar en un primer término a la población estudiada. Por otra parte, deben considerarse las distintas pertenencias geográficas y socioculturales de las muestras estudiadas.

La distribución de los distintos subtipos de trastornos adaptativos, encabezada por el trastorno adaptativo con ansiedad (30%); seguida del subtipo con estado de ánimo depresivo (22.5%) y del mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (21.6%), principalmente, no pueden ser contrastados con otros reportes, pues hasta donde llega nuestro conocimiento, no existen publicaciones con reportes similares que describan dicha distribución. Vaccaro (2005)<sup>31</sup> describe un grupo pequeño de 13 pacientes con cáncer de mama, de las

cuales en ocho se sospechó trastorno adaptativo y se confirmó en cinco de ellas; sin embargo, en ese estudio, se precisa que no se efectuó entrevista psiquiátrica confirmatoria.

En otro sentido, es importante señalar que esta distribución denota que la presencia de sintomatología ansiosa parece predominar en un principio muy ligada al distrés de saber que se tiene cáncer, posteriormente se mezcla con sintomatología depresiva y más tarde el ánimo depresivo se establece con la disminución de la ansiedad. Asimismo hay poca prevalencia de alteraciones del comportamiento y, en todo caso, es más común que éste se mezcle con cambios emocionales de ansiedad o depresión, más que ocurrir en un estado puro.

#### **Factores asociados a trastornos adaptativos.**

Las mujeres parecen enfrentar el cáncer con reacciones de mayor depresión que de ansiedad o en todo caso en forma mezclada; en tanto que los hombres reaccionan predominantemente con ansiedad y con cambios en su comportamiento, aunque este último no alcanza significancia estadística. Lo encontrado es congruente con lo descrito por Holland<sup>1</sup> y Roth.<sup>7</sup>

La preocupación por los hijos, por la situación financiera y por no ser una carga denotan un enorme grado de responsabilidad y altruismo de los pacientes con cáncer de la muestra estudiada y hacen pensar en el despliegue de mecanismos de defensa maduros, ya que aun estando frente al cáncer, son capaces de pensar en el otro y no sólo en sí mismos.

La significancia estadística encontrada para menor edad, mayor dolor, mayor fatiga, menor capacidad de funcionamiento y presencia de las preocupaciones ya señaladas, es congruente con lo reportado por otros autores, si bien dichos reportes no describen específicamente los subtipos de trastornos adaptativos, sí se refieren a distintas muestras poblacionales de pacientes con cáncer.<sup>17,18,31</sup>

Es importante subrayar la contundente significancia estadística de la asociación entre distrés y trastornos adaptativos (*Cuadro IV*), pues, de acuerdo con algunas posturas teóricas, los trastornos adaptativos son una categoría intermedia entre la adaptación normal y un trastorno mental diagnosticable específico, lo cual tiene implicaciones que van más allá de su valor meramente

teórico, pues representa una puerta muy amplia para la detección y manejo oportuno de cuadros preclínicos que permitirán el manejo temprano y oportuno de pacientes que de otro modo progresarían hasta un trastorno depresivo, ansioso o de estrés postraumático.<sup>32-35</sup>

### **CONCLUSIONES**

Los trastornos adaptativos ocurren en 18.9% de los pacientes con cáncer y se elevan a 27.5% de aquellos que cursan con distrés significativo. El perfil clínico de un enfermo con cáncer en riesgo de presentar algún trastorno adaptativo incluye: edad menor de 60 años, sexo masculino, vivir solo, cursar con dolor, fatiga, sentir que se es una carga para los demás y tener preocupaciones financieras. El subtipo de trastorno adaptativo que se presenta con mayor frecuencia es el de ansiedad en un 30%, principalmente en hombres, mientras que en mujeres son el subtipo con estado de ánimo depresivo (22.5%), y el mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (21.6%).

**Limitaciones e implicaciones.** Coincidimos con Holland,<sup>1</sup> así como con Strong y colaboradores,<sup>4</sup> cuando abordan las limitaciones en la investigación de distrés y trastornos de adaptación en pacientes con cáncer, en el sentido de que persiste aún demasiada heterogeneidad en el diseño de los protocolos de investigación y los distintos instrumentos de medida, lo cual hace difícil la comparación y la replicación de estudios. Sin embargo, es importante señalar que la generación de conocimiento nuevo, como el perfil preliminar del paciente oncológico con riesgo de presentar trastornos adaptativos debe orientar a todo el personal clínico de oncología y áreas relacionadas para la detección oportuna y el manejo eficiente de dicha categoría psiquiátrica, a fin de disminuir el sufrimiento emocional que conlleva.

En ese mismo sentido y en congruencia con los lineamientos y estándares internacionales en psicooncología,<sup>1,6,33</sup> es importante continuar con la presente línea de investigación<sup>16,21,36,37</sup> para replicar, confirmar y ampliar estos hallazgos mediante diseños de investigación de mayor alcance metodológico.



## REFERENCIAS

- Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB et al (eds). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
- Holland J, Almanza MJJ. Giving Bad News- Is there a kinder, gentler way? Editorial. *Cancer (Interdiscipl J Am Cancer Soc)* 1999; 86 (5): 206.
- Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494-1502.
- Strong V, Waters R, Hibberd C et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer* 2007; 96: 868.
- Kubler RE. *On death and dying*. New York: McMillan; 1969.
- Holland JC, Anderson B et al. NCCN Guidelines for Distress Management. *JNCCN* 2007; 5: 66-98.
- Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L et al. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 1904-1908.
- Holland JC. NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13 (5A): 113-147.
- Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: The NCCN rapid-screening measure. *Psycho-Oncology* 2004; 13 (11): 792-799.
- Patrick-Miller LJ, Broccoli TL, Much JK, Levine E. Validation of the Distress Thermometer: A single item screen to detect clinically significant psychological distress in ambulatory oncology patients. *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)* 2004; 22 (14 suppl): 6024.
- Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients. *Psycho-Oncology* 2006; 15 (7): 604-612.
- Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003; 97: 2605-2613.
- Gil F, Grassi L, Travado L et al. Use of distress and depression thermometers to measure psychosocial morbidity among Southern European cancer patients. *Support Care Cancer* 2005; 13: 600-606.
- Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16 (4): 304-311.
- Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, Gauvain-Piquard A, Mandereau L, Asselain B, Medioni J. Screening for psychological distress in two French cancer centers: Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliat Support Care* 2008; 6 (2): 107-117.
- Almanza MJJ, Rosario JI, Perez S: Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Mil Mex* 2008; 62 (5): 209-217.
- Carroll BT, Kathol R, Noyes R et al. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69-74.
- Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of distress by cancer site. *Psycho-Oncol* 2001; 10: 19-28.
- Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospitals. *Aust N Zeal J Psychiatr* 2000; 34: 785-791.
- Trask PC, Paterson A, Riba M, Brines B, Griffith K, Parker P, Weick J, Steele P, Kyro K, Ferrara J. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002; 29 (11): 917-925.
- Almanza Muñoz JJ, Rosario Juárez I, Silva Ortiz J, De la Huerta Sánchez R. Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Mil Mex* 2009; 63 (4): 148-155.
- Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55 (2): 215-224.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1968.
- Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Washington: Organización Panamericana de la Salud. OMS; 1965
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for Psychological Distress in Japanese Cancer Patients. *Jap J Clin Oncol* 1999; 28 (5): 333-338.
- Uchitomi Y, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Matsuki H, Hirabayashi E: Psychiatric Disorders in Cancer Patients: Descriptive analysis of 1,721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jap J Clin Oncol* 2001; 31 (5): 188-194.
- Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110 (8): 1665-1676.
- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1995.
- Williams JB, Gibbon M, First MB et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 630-636.
- Vaccaro Y, Ramírez MM. Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Hospital Universitario Ruiz y Paez. Arch Venez Psiquiatr Neurol* 2005; 51 (105): 5-12.
- Carlson L.E, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55 (5): 403-409.
- Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients, a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer* 1978; 42: 1385-1391.
- Almanza MJJ, Holland J: Psico-Oncología, estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerología* 2000; 46 (3): 196-206.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
- Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG: Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 2005; 104 (12): 2872-2881.
- Almanza MJJ, Breitbart W, Holland J: Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Rev Neurol Neurocir Psiq* 2005; 38 (4): 123-128.