



# Revista Colombiana de Cancerología



ORIGINAL

## Adaptación transcultural al español de la escala Distress Management del NCCN versión 2.2018 para su utilización en pacientes oncológicos en Colombia

Transcultural adaptation to spanish of the Distress Management NCCN scale version 2.2018 for use in cancer patients in Colombia

Sofía Muñoz<sup>a,b</sup>, Ricardo Sánchez<sup>b,c</sup>, Ligia del Toro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Salud Mental, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia

<sup>c</sup> Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

Autor para correspondencia: Sofía Muñoz Correo electrónico: semunozme@unal.edu.co

Fecha de sometimiento: 27/02/2018 Fecha de aprobación: 26/09/2019

Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2019

### PALABRAS CLAVE:

Traducción; Estudios de validación; Comparación transcultural; Cáncer

### Resumen

**Antecedentes:** Los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan niveles significativos de malestar emocional relacionados con la enfermedad oncológica. El termómetro de malestar emocional (*Distress Management*) es una herramienta diseñada por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para la medición del malestar emocional que requiere atención psicosocial en pacientes con cáncer como parte de los procesos usuales en la atención.

**Objetivo:** Traducir y adaptar transculturalmente al español colombiano la versión en inglés de la escala *Distress Management* del NCCN versión 2.2018.

**Métodos:** El proceso de traducción y adaptación transcultural se desarrolló siguiendo las recomendaciones metodológicas del grupo de calidad de vida EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*), realizando una traducción inicial, traducción inversa y una prueba piloto donde participaron 10 pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Resultados:** Se hizo la traducción de la escala *Distress Management* del NCCN versión 2.2018 encontrándose algunas discrepancias en la traducción directa e inversa, llegando a un consenso en cada etapa del proceso. En la prueba piloto, la escala fue respondida entre 5 a 9 minutos y se presentó dificultad en la comprensión de 6 ítems de la lista de problemas. Se decidió adicionar “cansancio” al ítem de fatiga, “psicoactivas” al ítem de uso de sustancias y realizar una explicación de las instrucciones previa a su diligenciamiento.

**Conclusión:** Se realizó la adaptación transcultural de la escala *Distress* a una versión en español colombiano. Esta versión puede utilizarse para determinar sus propiedades psicométricas al aplicarse a pacientes con cáncer en Colombia.

**KEYWORDS:**

Translating;  
Validation studies;  
Cross-cultural comparison;  
Cancer

**Abstract**

**Background:** Patients diagnosed with cancer have significant levels of emotional distress related with oncological disease. The Distress Management is a tool designed by the NCCN (*The National Comprehensive Cancer Network*) for the measurement of emotional distress that requires psychosocial care in patients with cancer as part of the usual processes in care.

**Objective:** Translate and cross-cultural comparison the English version of the Distress Management scale of NCCN version 2.2018 to Colombian Spanish.

**Methods:** The transcultural translation and adaptation process was developed following the methodological recommendations of the EORTC quality of life group (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*), performing an initial translation, inverse translation and a pilot test involving 10 patients treated at the National Institute of Cancerology Bogotá.

**Results:** The translation of the thermometer was carried out, finding some discrepancies in the direct and inverse translation, reaching a consensus in each stage of the process. In the pilot test, the scale was answered between 5 to 9 minutes, there was difficulty in understanding 6 items in the list of problems. It was decided to add "tiredness" to the item of fatigue, "psychoactive" to the item of substance use and to make an explanation of the instructions prior to the patients reading and filling the instrument.

**Conclusion:** The transcultural adaptation of the Distress Management of the NCCN version 2.2018 was made to a Colombian Spanish version. This version can be used to determine the psychometric properties when applied to cancer patients in Colombia.

**Introducción**

Los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan niveles significativos de malestar emocional y un número apreciable de psicopatologías relacionadas con la enfermedad oncológica. Se considera que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer actúan como eventos estresantes que generan una respuesta psicosocial de variada presentación y que puede ser intensa o leve, transitoria o perdurable. Las manifestaciones clínicas emocionales pueden considerarse dentro de un rango que va desde lo sano (adaptativo) hasta cuadros clínicos que cumplen los criterios para trastornos psiquiátricos (1-4).

La *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) se refiere a estas manifestaciones clínicas emocionales como *distress*, definiéndolo como: "una experiencia emocional desagradable de naturaleza multifactorial: psicológica, social y espiritual que puede interferir con la capacidad de hacer frente al cáncer, a sus síntomas físicos y a su tratamiento. Se incluye en el *distress* las sensaciones comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedos, hasta los problemas que pueden llegar a alteraciones psiquiátricas como: depresión, ansiedad, pánico y aislamiento social" (5,6).

Los estudios sobre la prevalencia de psicopatología y de malestar emocional en pacientes con cáncer muestran cifras diversas, con diferencias en los resultados dependiendo de la muestra estudiada (por el diagnóstico oncológico específico o el estadio de la enfermedad) y por las variables diagnósticas estudiadas (síntomas, trastornos, malestar emocional en general y resultados de pruebas de tamizado). En términos generales, los niveles de malestar emocional son significativamente altos - alrededor del 48% (1-3,7-10). Los más frecuentes son: trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad y depresión (11); estas

circunstancias que son tratables cuando no se intervienen se relacionan con una mayor morbilidad, disminución en la calidad de vida y repercuten de manera negativa en la evolución de la enfermedad a través de problemas en el cumplimiento de prescripciones y la insatisfacción con la atención, además de generar sobrecostos al sistema de salud (12-14).

Sin embargo, en la práctica clínica se ha evidenciado un subdiagnóstico de estos problemas por parte de los profesionales del equipo oncológico, especialmente médico, y en consecuencia la atención a las necesidades psicosociales de los pacientes con diagnóstico de cáncer es deficitaria (1,15-20).

Como alternativa a estas dificultades y especialmente a partir de la publicación de las recomendaciones del NCCN (que se han venido actualizando y cuya última versión es del 2.2018) (5) y las del *Institute of Medicine* (IOM) (21), se ha planteado la importancia de seguir protocolos que orienten la atención psicosocial como un aspecto a considerar en el proceso de atención oncológico de rutina.

Esto implica la realización de procesos de filtro o tamización que permitan detectar aquellas personas con malestar emocional significativo y en principio con necesidad de atención psicosocial como parte de los procesos usuales de atención. Para que la tamización sea eficiente se requiere, además de la utilización de instrumentos validados para recolectar los datos pertinentes de manera confiable, el establecer un flujograma de procedimientos en la atención institucional a partir de los resultados obtenidos y contar con los recursos terapéuticos psicosociales necesarios (5,6,22-26).

En resumen, el método recomendado para la atención psicosocial se caracteriza por una actividad inicial de ta-

mización universal, seguida de procesos diagnósticos más específicos para aquellas personas que resulten positivas en la anterior y con base en estos la atención particularizada de los posibles problemas relacionados con aspectos psicosociales en pacientes con cáncer. En la literatura sobre el tema originada en nuestro país se encuentran materiales de tipo revisión y reportes de intervenciones (evaluación o tratamiento) específicas en grupos particulares, pero no se encontró información sobre estrategias estructuradas institucionales para organizar los procesos diagnósticos y de atención en el área psicosocial (27-30).

El instrumento de malestar emocional (*Distress Management*) es una herramienta ultracorta utilizada por primera vez en pacientes con cáncer de próstata en 1998; es uno de los instrumentos más utilizados para tamización y es recomendado por la NCCN (5,6). Para poder utilizarlo en el país se necesita su traducción y adaptación para realizar su validación. En la actualidad no se cuenta en el país con una traducción-adecuación validada del instrumento y es por ello por lo que se plantea este proyecto.

Se espera que estos resultados optimicen las posibilidades de detección y atención de los problemas psicosociales en los pacientes que buscan atención oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y sirvan como fuente para estudios futuros y como parte integral del modelo de atención institucional en el marco de la propuesta de implementación del programa de atención psicosocial del Instituto. Es importante mencionar que el INC además de este programa ofrece un apoyo al paciente que recibe un diagnóstico de cáncer y a su vez acompañan el proceso, con el grupo de soporte oncológico y los programas especiales de enfermería como: el centro de educación para el paciente con cáncer; el programa de plan de egreso que brindan orientación al paciente y al cuidador familiar, y el programa de apoyo a los cuidadores y apoyo a los familiares durante el duelo del INC.

El proceso que se está presentado tiene la aprobación del comité de ética del INC.

El objetivo de este trabajo fue traducir y adaptar transculturalmente al español utilizado en Colombia la versión en inglés de la escala *Distress Management* del NCCN versión 2.2018.

## Materiales y métodos

### *Instrumento*

La escala *Distress Management* versión 2.2018 es un instrumento con dos partes: la primera comprende las instrucciones para el diligenciamiento y el termómetro de malestar emocional midiendo de 0 a 10 el malestar emocional presentado en la última semana, donde 0 es ningún malestar y 10 es el malestar extremo; la segunda parte presenta las instrucciones y una lista de problemas con 39 ítems (tabla 1), agrupados en cinco dominios con la opción de respuesta sí o no a cada ítem y una pregunta final abierta de si ha presentado otros problemas diferentes a los enunciados.

**Tabla 1.** Problem list - Distress Management version 2.2018

PROBLEM LIST
Practical problems
Child care
Housing
Insurance/financial
Transportation
Work/school
Treatment decisions
Family problems
Dealing with children
Dealing with partner
Ability to have children
Family health issues
Emotional problems
Depression
Fears
Nervousness
Sadness
Worry
Loss of interest in usual activities
Spiritual/religious concerns
Physical problems
Appearance
Bathing/dressing
Breathing
Changes in urination
Constipation
Diarrhea
Eating
Fatigue
Feeling swollen
Fevers
Getting around
Indigestion
Memory/concentration
Mouth sores
Nausea
Nose dry/congested
Pain
Sexual
Skin dry/itchy
Sleep
Substance use
Tingling in hands/feet
Other problems

## Métodos

Se siguieron los pasos y las recomendaciones del grupo de calidad de vida EORTC (31) para realizar el proceso de la adaptación transcultural (fig. 1).

El primer paso fue contactar a los autores de la escala del NCCN, quienes autorizaron el uso del instrumento *Distress Management* y dieron el permiso para hacer la publicación de este artículo. Posteriormente se llevaron a cabo las siguientes etapas:

**Traducción directa:** se realizaron dos traducciones del inglés (idioma original de la escala) al español por parte de dos médicos nativos de Colombia, angloparlantes. Dicha traducción se realizó de manera independiente y posteriormente se realizó un consenso entre los dos traductores para dejar una única versión en español. En dichas traducciones se incluyó el termómetro y los cinco dominios de la escala con sus ítems con opciones de respuesta de sí y no.

**Traducción inversa:** otros dos traductores investigadores con experiencia en temas de salud mental (formación en psiquiatría) y traducción en inglés evaluaron separadamente la versión traducida al español y desarrollaron dos nuevas traducciones en inglés.

**Revisiones de las versiones resultantes de la traducción inversa:** dos coinvestigadores del proyecto realizaron la evaluación de las dos versiones resultantes en inglés y se compararon para generar una versión a partir de un consenso que tuvo en cuenta dos criterios: de encontrar dos traducciones idénticas no se efectuaba ningún cambio en la traducción al español entregada a los traductores y en caso de observarse diferencias entre las traducciones en inglés se seleccionaba la traducción al contrastar la versión original en inglés para asegurar la equivalencia semántica ajustándose al contexto cultural colombiano que se hace al traducir la escala al español. En esta fase se obtuvo una versión consensuada del instrumento.

**Prueba piloto:** la versión generada en la fase de traducción inversa fue aplicada a 10 pacientes colombianos (muestra no probabilística), mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer, hispanohablantes, que sabían leer y escribir y que se encontraban recibiendo tratamiento en el INC. Los pacientes firmaron el consentimiento informado, realizaron el instrumento con la versión traducida al español y al finalizar se les entregó una para que evaluaran si presentaron alguna dificultad para responder los ítems y las instrucciones, o si los ítems fueron confusos, con

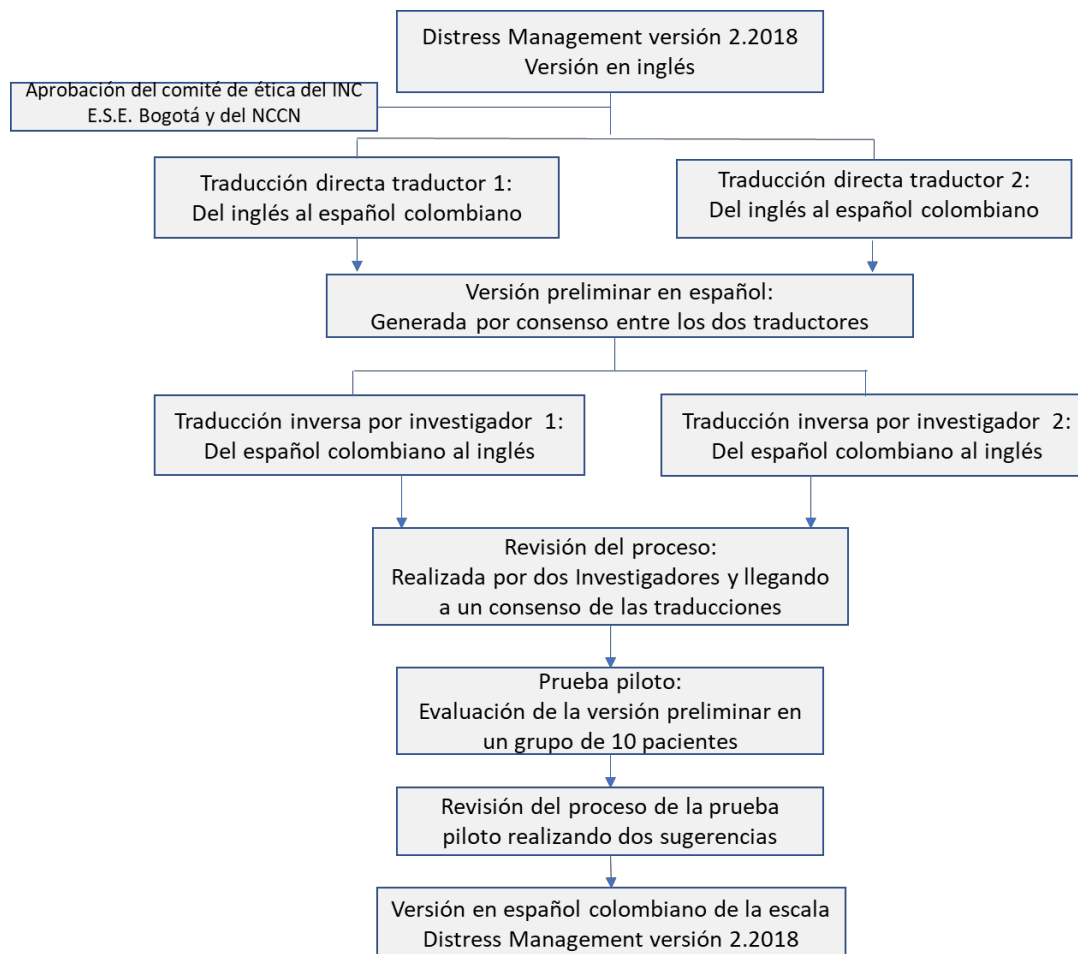


Figura 1. Proceso de adaptación transcultural.

palabras difíciles de entender o que causaran alguna molestia. Adicionalmente, se les solicitó que en caso de haber presentado dificultad con alguna pregunta la redactarán de una manera diferente, de manera que se facilitara su comprensión e interpretación.

Como resultado de este proceso se obtuvo la versión en español de la escala Distress Management versión 2.2018. Este estudio de adaptación transcultural de la escala fue realizado como parte del proyecto de validación de la misma escala para su uso en Colombia y fue aprobado por el Comité de Ética del INC.

## Resultados

### *Proceso de traducción directa*

La mayoría de los ítems de las dos traducciones iniciales al español por parte de los dos traductores del proyecto mostraron equivalencia semántica y no hubo diferencias ni en la primera parte (las instrucciones y en el termómetro) ni en la segunda (la lista de problemas).

Se encontró discrepancia en los siguientes ítems de la lista de problemas:

#### Practical problems:

Insurance/financiamiento

#### Family problems:

Ability to have children

#### Physical problems:

Appearance  
Feeling swollen  
Mouth sores  
Substance use

Se realizó un consenso en estos ítems y se acordaron las siguientes traducciones:

#### Problemas prácticos:

Seguros/finanzas

#### Problemas familiares:

Capacidad para tener niños

#### Problemas físicos:

Apariencia  
Sensación de estar hinchado  
Úlceras en la boca  
Uso de sustancias

La lista de problemas en la versión en español colombiana generada en esta etapa se muestra en la tabla 2.

**Tabla 2.** Lista de problemas versión en español

LISTA DE PROBLEMAS
<b>Problemas prácticos</b>
Cuidado de los niños
Cuidado del hogar
Seguros/finanzas
Transporte
Trabajo/estudio
Decisiones acerca de tratamientos médicos
<b>Problemas familiares</b>
Interacción con los niños
Interacción con la pareja
Capacidad para tener niños
Problemas de salud en la familia
<b>Problemas emocionales</b>
Depresión
Miedos
Nerviosismo
Tristeza
Preocupación
Pérdida de interés en actividades habituales
<b>Preocupación a nivel espiritual/religioso</b>
<b>Problemas físicos</b>
Apariencia
Bañarse/vestirse
Respiración
Cambios en la orina
Estreñimiento
Diarrea
Alimentación
Fatiga/cansancio
Sensación de estar hinchado
Fiebre
Capacidad para moverse
Indigestión
Memoria/concentración
Úlceras en la boca
Náuseas
Nariz seca/congestionada
Dolor
A nivel sexual
Piel seca/picazón
Sueño
Uso de sustancias psicoactivas
Hormigueo en manos/pies
<b>Otros problemas</b>

*Traducción inversa:* se realizó la traducción inversa de la versión generada en la fase previa por parte de dos traductores. Se encontraron diferencias entre las traducciones en palabras textuales, pero se conservó la equivalencia semántica. En la primera parte de las instrucciones y el termómetro hubo diferencia en la palabra *distress/discomfort*, en las instrucciones de la lista de problemas no se encontró ninguna diferencia y en la lista de problemas se encontró diferencia en:

**Practical problems:**

Housing/home care

**Family problems:**

Dealing with children/child interaction  
Dealing with partner/couple interaction  
Ability to have children/parenting capacity  
Family health issues/health problems in the family

**Physical problems:**

Bathing/dressing  
Eating/feeding  
Fatigue/tiredness  
Getting around/ability to move  
Tingling in hands/restless feelings in hands

El grupo de investigadores analizó las traducciones generadas en esta etapa y encontró que existía una equivalencia semántica de las mismas con la versión original, por lo que se dejó la versión en español realizada en la traducción directa que mantiene la estructura del termómetro y la estructura de los ítems de la tabla 2. Versión en español colombiano.

*Prueba piloto:* se realizó entre el 19 y 21 de junio de 2018 a 10 pacientes atendidos en consulta externa del INC, con una mediana de edad de 55 años con un rango entre 21 años a 68 años, la mayoría eran mujeres (n=8) con diagnóstico de cáncer, hispanohablantes y que sabían leer y escribir. Solo el 30% de los pacientes tenían acompañante en el momento de la realización del instrumento, las características de los pacientes se presentan en la tabla 3.

La escala fue respondida en un tiempo de 5 a 9 minutos con una mediana de 7 minutos, donde se incluía la explicación de las instrucciones y su posterior diligenciamiento. Ningún paciente reportó dificultades en la comprensión de las instrucciones y la marcación del termómetro.

Se realizó un cuestionario posterior a la prueba para evaluar la comprensión y la dificultad de cada pregunta, con la opción de escribir los comentarios respecto a cada pregunta y con un tiempo de respuesta de 10 a 15 minutos, junto con la realización de comentarios sobre las preguntas. Se encontró que algunos pacientes presentaron dificultad al responder los siguientes ítems:

**Tabla 3.** Características de los pacientes de la prueba piloto

VARIABLES	MUESTRA (n=10)	PORCENTAJE (%)
Género		
Femenino	8	80%
Masculino	2	20%
Edad		
21-40	3	30%
41-60	5	50%
61-68	2	20%
Procedencia		
Bogotá	5	50%
Zipaquirá - Cundinamarca	1	10%
Fusagasugá - Cundinamarca	1	10%
Espinal - Tolima	1	10%
Paipa - Boyacá	1	10%
Ciénaga - Boyacá	1	10%
Nivel de escolaridad		
Primaria	7	70%
Universidad	2	20%
Bachillerato	1	10%
Régimen de salud		
Subsidiado	7	70%
Contributivo	3	30%
Diagnóstico		
Cáncer de ovario (C56X)	2	20%
Leucemia linfoblástica aguda (C910)	2	20%
Cáncer de mama (C509)	1	10%
Cáncer de abdomen (C762)	1	10%
Cáncer de útero (C539)	1	10%
Cáncer de tiroides (C73X)	1	10%
Cáncer de estómago (C169)	1	10%
Cáncer del recto (C20X)	1	10%
Acompañante		
No	7	70%
Sí	3	30%
Resultado termómetro		
Mayor o igual a 4	9	90%
Menor o igual a 3	1	10%

**Problemas prácticos:**

Cuidado de los niños: un paciente preguntó si sólo se refería a hijos o también a hermanos.

Decisiones acerca de tratamientos médicos: un paciente recién diagnosticado quien no había iniciado aun tratamiento no sabía cómo responder a la pregunta.

### Problemas familiares:

Capacidad para tener niños: tres pacientes respondieron que presentaron dificultad al entenderla y fue necesario aclararles que solo aplicaba si quería tener más hijos.

### Problemas físicos:

Apariencia: un paciente que no había iniciado tratamiento no entendía a qué hacía referencia y se le explicó que la pregunta se refería a la percepción que tenía de su apariencia física.

Fatiga: un paciente preguntó si se podría adicionar cansancio para mejor comprensión y otro paciente preguntó si la fatiga hacía referencia a sentirse cansado.

Sensación de estar hinchado: un paciente no entendía a qué hacía referencia y se le explicó si sentía en alguna parte del cuerpo “inflamado o hinchado”.

A nivel sexual: dos pacientes dijeron que no causaba molestia, pero si incomodidad y pena al responder.

Uso de sustancias: a cuatro pacientes se les tuvo que explicar que hacía referencia a sustancias psicoactivas, dado que lo asociaban al uso medicamentos que tenían prescritos.

Durante la realización de termómetro si el paciente tenía alguna duda se le leyó la pregunta y se le explicó, por lo que contestaron al final que ninguno tuvo dificultades con la realización del termómetro.

De acuerdo con estos hallazgos se llegó a la decisión para mejorar la comprensión en las preguntas de adicionar “cansancio” al ítem de fatiga y referirse a uso de sustancias “psicoactivas” y realizar una explicación de las instrucciones previa a que los pacientes leyeran y diligenciaran el termómetro. De igual forma se les explicaba que si alguno de esos ítems no aplicaba a su vida o su situación colocaran de respuesta no. Si durante la realización de termómetro tenían alguna duda al responder algún ítem podían preguntar y explicar el ítem para mejorar la comprensibilidad; las sugerencias realizadas se señalan en negrilla en la tabla 2.

## Discusión

En Colombia existen escasos métodos de tamización para detectar el malestar emocional en pacientes oncológicos durante su proceso de enfermedad, que sean fáciles de usar y que ayuden a un diagnóstico temprano de estas alteraciones para una remisión y tratamiento oportuno y eficaz, porque los métodos que existen son para enfermedades mentales particulares (27-30). Las escalas ayudan a la detección temprana de problemas y necesidades que no son fáciles de evaluar directamente y además permiten establecer la magnitud del cambio a lo largo de su enfermedad y tratamiento y usarse desde el diagnóstico de la enfermedad (32). La detección de malestar emocional es un objetivo del programa de atención psicosocial del INC y complementa los programas de apoyo que reciben los pacientes y cuidadores en el instituto, como parte fundamental en el seguimiento a su bienestar y como ayudante en su tratamiento habitual.

Para poder utilizar de la escala *Distress Management* del NCCN versión 2.2018 se realizó un proceso de traducción y de adaptación transcultural mediante una serie de etapas sistemáticas para generar una versión al español utilizado en Colombia, que conserva la equivalencia semántica y que es de fácil comprensión para evaluar el malestar emocional en pacientes con cáncer, lo que permitirá realizar posteriores estudios y determinar sus propiedades psicométricas.

Durante este proceso se sugirió una adición de términos en dos ítems de la lista de problemas para su fácil comprensión al ser aplicado a una diferente cultura. Es importante considerar la explicación del instrumento previo a la aplicación para una mayor comprensión y facilidad al diligenciar el instrumento.

Disponer de esta escala para su uso en Colombia permitirá evaluar el grado de malestar emocional en los pacientes y así definir su remisión y tratamiento, siendo una herramienta fácil de usar por cualquier profesional de la salud y requiriendo un tiempo corto para su realización.

La adaptación transcultural de la escala *Distress Management* del NCCN a una versión en español hablado en Colombia realizada en esta etapa tiene equivalencia semántica con el instrumento original del NCCN versión 2.2018 siendo necesario introducir dos ajustes en la lista de problemas para garantizar una mejor comprensibilidad al ítem. Esta versión puede utilizarse para determinar las propiedades psicométricas de la escala al aplicarse a pacientes con cáncer en Colombia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Financiación

El estudio fue financiado con recursos del programa Investigación Nación del Instituto Nacional de Cancerología, institución gubernamental sin ánimo de lucro.

## Bibliografía

1. Hernández M, Cruzado JA, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González MA, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2012; 9(2-3):233-57. DOI: [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40895](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40895)
2. Almanza-Muñoz JJ., 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 Milit Mex*. 2009;63(4):148-55.
3. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological Sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies After 1980. *Psychosom Med*. 1997;59:280-93. <https://doi.org/10.1097/00006842-199705000-00011>
4. Singer S, Szalai C, Briest S, Brown A, Dietz A, Einkenkel J, et al. Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age - prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psychooncology*. 2013;22(10):2291-7. <https://doi.org/10.1002/pon.3282>

5. Holland J, Deshields T, Andersen B, Braun I, Breitbart W, Brewer B, et al. Distress Management. National Comprehensive Cancer Network. 2018; 2:1-89.
6. National Comprehensive Cancer Network-NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress Management. 2013; 2:1-64. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2003.0008>
7. Zabora JR, Blanchard CG, Smith ED, Roberts CS, Glajchcn M, Sharp JW, et al. Prevalence of Psychological Distress Among Cancer Patients Across the Disease Continuum. *J Psychosoc Oncol.* 1997;15(2):73-87. [https://doi.org/10.1300/J077v15n02\\_05](https://doi.org/10.1300/J077v15n02_05)
8. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantados S. The prevalence of psychological by cancer site. *Psychooncology.* 2001;10(1):19-28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6)
9. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Riggs RL, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in woman with newly diagnosed breast cancer. *Cancer.* 2006;107(12):2924-31. <https://doi.org/10.1002/cn-cr.22335>
10. Kendall J, Glaze K, Oakland S, Hansen J, Parry C. What do 1281 distress screeners tell us about cancer patients in a community cancer center? *Psychooncology.* 2011;20(6):594-600. <https://doi.org/10.1002/pon.1907>
11. Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. *Eur J Cancer.* 1999;35(11):1559-64. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(99\)00191-4](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(99)00191-4)
12. Fann JR, Ell K, Sharpe M. Integrating psychosocial care into cancer services. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1178-86. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.7398>
13. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care.* 2005;14(1): 7-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00482.x>
14. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign -- future directions in cancer care. *Psychooncology.* 2006;15(2):93-5. <https://doi.org/10.1002/pon.1022>
15. Mitchell AJ, Waller A, Carlson LE. Implementing a screening programme for distress in cancer settings: Science and Practice. *Psicooncología.* 2012;9(2-3):259-75. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40896](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40896)
16. Sollner W, DeVries A, Lukas P, Sprinzl G, Rumpold G, Maislinger S. How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counseling? *Br J Cancer.* 2001;84(2):179-85. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2000.1545>
17. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer.* 2001;84(8):1011-5. <https://doi.org/10.1054/bjoc.2001.1724>
18. Wermer A, Stenner C, Schuz J. Patient versus clinician symptom reporting: how accurate is the detection of distress in the oncologic after-care. *Psychooncology.* 2012;21(8):818-26. <https://doi.org/10.1002/pon.1975>
19. Absolom K, Holch P, Pini S, Hill K, Liu A, Sharpe M, et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psychooncology.* 2011;20(6):601-8. <https://doi.org/10.1002/pon.1916>
20. Mitchell AJ, Kaar S, Coggan C, Herdman J. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders-preferences of cancer specialists and non-specialist. *Psychooncology.* 2008;17(3):226-36. <https://doi.org/10.1002/pon.1228>
21. Adler NE, Page AE (Editors). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs.* Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press (US);2008:153-240.
22. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models and methods. *Journal Psychosom Res.* 2003;55:403-9. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00514-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00514-2)
23. Jacobsen PB, Wagner LI. A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1154-9. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5046>
24. Fernandez B, Bejar E, Campos M. Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología.* 2012;9(2-3):317-34. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2013.v9.n2-3.40900](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40900)
25. Carlson LE. Screening alone is not enough: The importance of appropriate triage, referral, and evidence-based treatment of distress and common problems. *J Clin Oncol.* 2013;31(29):3616-7. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.4315>
26. Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP. Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1151-3. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.41.4078>
27. Rico J, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición.* 2005;3(1):73-86.
28. Moreno A, Krikorian A, Palacio C. Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida *Avances en Psicología Latinoamericana.* 2015;(33):517-29. <https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.10>
29. Ministerio de salud y protección social - Colciencias. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. *Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente.* Guía de práctica clínica, 2013 abril. 54-169.
30. Murillo R, Wiesner C, Acosta J, Piñeros M, Pérez J, Orozco M. Modelo de cuidado del paciente con cáncer. Serie de documentos técnicos INC. 2015 junio; (5):1-56.
31. Kulis D, Bottomley A, Velikova G, Greimel E, Koller M. EORTC Quality of Life Group 2017. *European Organization for Research and Treatment of Cancer.* 2017;(4):1-26.
32. Sánchez R, Gómez C. Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 1998;XX-VII(2):121-30.