

MES DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE MAMAS

Control emocional, estilo represivo de afrontamiento
y Cáncer: **Ansiedad y Cáncer.**



CAPLAM® (Alprazolam)

Cortesía



INFORMACIÓN:
soporte@sncpharma.com
+58 241 - 8243339
241 - 8249323

CONTROL EMOCIONAL, ESTILO REPRESIVO DE AFRONTAMIENTO Y CÁNCER: ANSIEDAD Y CÁNCER

Antonio Cano

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

Resumen

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado como un estresor potente que puede provocar reacciones emocionales (especialmente ansiedad y depresión) e incluso trastornos emocionales (de ansiedad y del estado de ánimo). Se revisa la literatura sobre las relaciones entre cáncer y estos factores psicológicos. Se concluye que los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos de ansiedad, pero niveles de depresión iguales o superiores, ambos evaluados mediante cuestionarios, que sus correspondientes controles. Los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia en los últimos doce meses que es similar en pacientes con cáncer a la de la población general, mientras que los trastornos del estado de ánimo son más prevalentes en pacientes con cáncer.

Palabras clave: Cáncer, neoplasia, ansiedad, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos.

Abstract

Cancer diagnosis can be considered as a powerful stressor that could provoke emotional reactions (especially anxiety and depression) even emotional disorders (anxiety and mood disorders). Relationship between cancer and these psychological factors is reviewed. Cancer patients present lower levels of anxiety but similar or higher levels of depression, assessed by self-report questionnaires, than their corresponding controls. Anxiety disorders present similar twelve-month prevalence in cancer patients and in general population, meanwhile mood disorders are more prevalent in cancer patients.

Keywords: Cancer, neoplasm, anxiety, depression, anxiety disorders, mood disorders.

INTRODUCCIÓN

Para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa hacer referencia a graves enfermedades (por lo general muy agresivas, o que pueden generar importantes disfunciones), así como a tratamientos invasivos, o incluso a la muerte. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, publicados en 2004, en el año 2002 murieron en España 97.784 personas por algún tipo de tumor, lo que representa el 26,5% de las defunciones de ese año y supone la segunda causa de muerte en nuestro país⁽¹⁾.

El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital

estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, si bien el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza⁽²⁾, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén^(3, 4). La valoración del suceso como una pérdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. Ambas reacciones emocionales pueden llegar a desembocar en sendas patologías, como un trastorno de ansiedad y un trastorno del estado de ánimo.

Correspondencia:

Antonio Cano Vindel
Facultad de Psicología
Universidad Complutense de Madrid
28223 Madrid
E-mail: canovindel@psi.ucm.es

Las emociones son reacciones naturales de los individuos ante situaciones importantes, como por ejemplo, situaciones que ponen en peligro su supervivencia o integridad, situaciones de amenaza por la posibilidad de obtener un resultado negativo, o en las que hay en juego una pérdida importante, un daño, algún logro o satisfacción.

Estas reacciones se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo, de carácter muy agradable (emociones positivas), o desagradable (emociones negativas). Además de este componente subjetivo, relacionado con la experiencia, en segundo lugar, presentan otra faceta relacionada con su expresión externa, pues pueden ser identificadas en general por los otros miembros del grupo social a través de las expresiones faciales, posturas, gestos, o cambios en el tono de voz, característicos de los principales tipos de emociones (como son el miedo, la ira, la alegría, etc.). Por ello se considera que las emociones son necesarias para la comunicación y conaturales al ser humano. A su vez, en tercer lugar, estas reacciones implican fuertes cambios fisiológicos en respuestas específicas de diferentes sistemas (sistema nervioso autónomo, sistema nervioso motor, sistema neuroendocrino, sistema inmune, etc.) Dichos cambios fisiológicos pueden ser considerados como preparatorios para la acción (defensa, huida, ataque, etc.) y suelen aumentar el estado de activación⁽⁵⁻⁷⁾.

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses. Cuando pensamos, cuando anticipamos, la posibilidad de que ocurra un resultado negativo, comenzamos a preocuparnos, a activarnos, a ponernos nerviosos o ansiosos. Así pues, inicialmente la ansiedad es una reacción adaptativa que nos prepara para dar una respuesta adecua-

da ante determinado tipo de situaciones, que son importantes para nosotros^(8, 9).

Pero, aunque la ansiedad sea una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que nos pongamos en alerta, sin embargo, la ansiedad también puede estar en la base de algunos procesos que a veces desencadenan la enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad durante mucho tiempo, su bienestar psicológico se ve cada vez más perturbado, a la vez que sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de activación, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle, sus procesos cognitivos pueden estar alterados, o la evitación de las situaciones que provocan estas reacciones intensas de activación fisiológica y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral o social del individuo. En resumen, cuando la frecuencia, intensidad o duración de la respuesta de ansiedad sean excesivas, tenderá a disminuir la capacidad de adaptación del individuo al medio circundante, y en consecuencia comenzaremos a hablar de ansiedad patológica.

Hoy sabemos que la ansiedad juega un papel importante en muchos problemas de salud. La excesiva frecuencia, intensidad o duración de las reacciones de ansiedad no solamente va a estar en la base de los denominados trastornos de ansiedad, los trastornos mentales con mayor prevalencia en todo el mundo⁽¹⁰⁾, sino que va a estar asociada frecuentemente a los trastornos del estado de ánimo o depresivos, el segundo tipo de trastorno mental más frecuente; así como a otros trastornos mentales, como son los trastornos por consumo de sustancias (el tercer tipo de trastorno mental más prevalente), o los trastornos de la alimentación, las disfunciones sexuales, etc. Además de estos trastornos mentales, una amplia variedad de trastornos físicos, como los trastornos psicofisiológicos, entre los que hay que destacar los trastornos cardiovasculares⁽¹¹⁻¹³⁾, la úlcera péptica^(14, 15), las cefaleas⁽¹⁶⁾, el síndrome premenstrual⁽¹⁷⁾, el asma⁽¹⁸⁾, o los trastornos dermatológicos⁽¹⁹⁾, que cursan

con niveles altos de ansiedad. A ello habría que añadir el papel destacado que puede jugar una alta ansiedad, mantenida en el tiempo, sobre la debilitación del sistema inmune⁽²⁰⁻²²⁾; o la presencia también de niveles altos de ansiedad en muchas enfermedades crónicas⁽²³⁾.

Otras emociones, como la ira juegan también un cierto papel en determinados problemas de salud, como los trastornos cardiovasculares. El estudio de las relaciones entre emociones y salud ha sufrido un gran desarrollo en los últimos años⁽²⁴⁾. La investigación sobre emociones y cáncer ha sido pionera en este campo⁽²⁵⁻²⁹⁾ y ha producido una gran cantidad de estudios.

Por un lado, se ha investigado el efecto desencadenante del cáncer sobre las emociones, a través de temas tales como: (1) el impacto emocional de la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer⁽³⁰⁻³²⁾; (2) las consecuencias emocionales de la comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer⁽³³⁻³⁵⁾; (3) las consecuencias de la comunicación del diagnóstico de cáncer⁽³⁶⁾; (4) el impacto traumático de la enfermedad neoplásica, hasta el punto de producir síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad por estrés postraumático⁽³⁷⁾; (5) las secuelas psicológicas, especialmente síntomas de ansiedad, depresión, o malestar psicológico en pacientes con cáncer⁽³⁸⁾; (6) los trastornos mentales en pacientes con cáncer⁽³⁹⁻⁴²⁾; o, (7) la carga emocional que desencadena en los familiares del paciente^(43, 44).

Por otro lado, se ha estudiado también una posible relación inversa, es decir si las emociones pueden desencadenar o al menos influir en el proceso neoplásico⁽⁴⁵⁾. Así, por ejemplo se han investigado temas tales como: (1) el papel de los sucesos vitales estresantes previos en el desarrollo del cáncer⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾; (2) el papel de la depresión⁽⁴⁸⁾; (3) la regulación emocional⁽⁴⁹⁾; (4) la expresión emocional⁽⁵⁰⁾; (5) el control percibido^(51, 52); (6) el afrontamiento emocional^(53,54); o, (7) un subconjunto de algunos de estos factores de vulnerabilidad⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾ en el desarrollo del cáncer. Pero en muchas

ocasiones las pretensiones de los autores y el tipo de diseños llevados a cabo han sido más conservadores y sólo se han estudiado meras relaciones sin direccionalidad causal entre emociones y cáncer⁽⁵⁹⁻⁶²⁾.

En tercer lugar, se ha estudiado el efecto beneficioso del tratamiento psicológico sobre la enfermedad neoplásica, desde diferentes puntos de vista: (1) al mejorar la expresión emocional⁽⁶³⁾; (2) si tal beneficio es diferente en función del número de aspectos tratados en la intervención, sobre una amplia variedad de constructos que propone el modelo psicosocial^(64, 65); o (3) el efecto del tratamiento psicológico sobre la supervivencia⁽⁶⁶⁾.

ANSIEDAD Y CÁNCER

La sospecha de un posible diagnóstico de cáncer produce ansiedad anticipatoria, como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechoso en la primera prueba⁽³⁰⁾. Su ansiedad está relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer y se ve aliviada por la reducción del tiempo de incertidumbre⁽³²⁾, así como por estrategias de afrontamiento cognitivo de evitación⁽³¹⁾.

La investigación sobre la comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer ofrece resultados diferentes en función del resultado y del momento de la evaluación. Por lo general, las pruebas genéticas suponen una amenaza cuando el sujeto todavía no conoce el resultado, lo que conduce a incrementar el nivel de ansiedad⁽³⁴⁾. Cuando ya se conoce el resultado, la ansiedad tiende a disminuir⁽³⁵⁾, si dicho resultado ha sido negativo, mientras que tiende a aumentar, en caso contrario⁽³⁴⁾. No obstante, no siempre se obtienen resultados significativos sobre la reducción de la ansiedad⁽³³⁾.

En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas como resulta de la comunicación de malas noticias sigue un proceso en el que a lo largo del tiempo se

van sucediendo pruebas y resultados. A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de las pacientes que tienen que repetir una prueba, o hacer otra que descarte el diagnóstico de cáncer⁽³⁶⁾. Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, se produce una disminución estadísticamente significativa del nivel de ansiedad; mientras que si hay resultados positivos, o continúan las pruebas, se mantienen los niveles altos de ansiedad⁽³⁶⁾.

Cuando se ha confirmado el diagnóstico y se inicia el tratamiento continúa el proceso en el cuál a lo largo del tiempo se suceden una serie de amenazas, pero éstas tienden a aumentar en intensidad y con ellas el nivel de ansiedad, que puede llegar a alcanzar la patología. Se ha estudiado en los últimos años la proporción de pacientes con cáncer que llegan a desarrollar un trastorno de estrés postraumático^(67, 68). No hay una conclusión definitiva sobre estos estudios⁽³⁷⁾, debido a las importantes diferencias metodológicas que abundan en los mismos. Así, por ejemplo unos investigan la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEP), mientras otros se centran en síntomas de TEP; unos utilizan la entrevista diagnóstica, mientras otros usan cuestionarios; encontrándose también importantes diferencias sobre el momento de la evaluación, el tipo de cáncer, la gravedad, o el estadio de la enfermedad. Por todo ello, se encuentran prevalencias muy dispares que van desde el 0% al 32%, cuando se utiliza la entrevista y se evalúa el trastorno⁽³⁷⁾.

Las secuelas psicológicas que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión, y malestar psicológico. En una importante revisión llevada a cabo por van't Spijker⁽³⁸⁾, mediante el uso del meta-análisis, se encontró que no hay evidencia de que existan niveles más altos de ansiedad, ni de malestar psicológico, en pacientes con cáncer que en población general; sin embargo, sí se ha demostrado que el nivel de depresión es más alto en los pacientes con cáncer. A su vez, comparados con pacientes psiquiátricos, los pacientes con cáncer aparecen con niveles

más bajos de ansiedad, depresión y malestar psicológico. Mientras que comparados con otro tipo de pacientes, con enfermedades físicas o médicas, los pacientes con cáncer presentan un nivel más bajo de ansiedad. Con respecto al curso de la enfermedad neoplásica se observa un decremento significativo del nivel de ansiedad, pero no del nivel de depresión⁽³⁸⁾.

Los niveles de ansiedad y depresión, medidos por cuestionario⁽⁶⁹⁾, a los seis meses del diagnóstico dependen en gran medida de los niveles de ansiedad y depresión observados tras el diagnóstico, más una sencilla pregunta sobre apoyo social⁽⁷⁰⁾. Los resultados de este estudio parecen sugerir que en buena medida la ansiedad y depresión dependen de la emocionalidad negativa previa (o característica del sujeto) y del apoyo social recibido.

La evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer presenta el problema de la confusión de síntomas propios de su enfermedad con algunos síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión. Para evitar este problema Zigmond y Snaith construyeron la Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital, HADS^(69,71), un breve cuestionario de catorce ítems, basado en la escala de Hamilton de ansiedad, suprimiendo los síntomas somáticos que pueden confundirse (cuestiones impares), más los síntomas de depresión (ítems pares), centrados especialmente en la pérdida de placer, o anhedonia. El análisis factorial de este instrumento con amplias muestra de pacientes con cáncer y controles muestra una estructura similar, con dos factores altamente correlacionados ($r=.52$) y un único factor de malestar emocional en el análisis confirmatorio⁽⁷²⁾.

Una puntuación igual o superior a 8 en cada subescala es considerada como clínica. Pero la utilización de puntos de corte para el cribado de pacientes exige una investigación a fondo que demuestre que dicho instrumento, con esos puntos de corte son adecuados.

En una reciente investigación con pacientes con metástasis se encontró que el mejor punto de corte para el cribado de

estos pacientes era una puntuación global de 19 puntos, que arrojaba una sensibilidad del 68% y una especificidad del 67%, por lo que los autores concluyen que no se use sólo el HADS como prueba de cribado⁽⁷³⁾.

Comparadas con sus esposos o parejas las pacientes con cáncer de ovario presentan niveles más bajos de ansiedad y similares niveles de depresión en el HADS⁽⁷⁴⁾. En un estudio realizado en España⁽⁷⁵⁾ el 36,4% de los cuidadores alcanzaron o superaron la puntuación clínica de la subescala de ansiedad de la HADS (8 puntos), frente al 15,7% de los pacientes con cáncer. A su vez, el 9,2% de los cuidadores alcanzaron o superaron la puntuación clínica de la subescala de depresión (8 puntos) del mismo inventario, frente al 14,6% de los pacientes con cáncer.

En un amplio y reciente estudio⁽⁷⁶⁾ llevado a cabo con 731 pacientes con cáncer de mama en un estadio temprano se encontró igualmente que las pacientes presentaban niveles más bajos de ansiedad y, en este caso, también de depresión, que el grupo control.

Todos estos resultados, en los que con frecuencia aparecen niveles más bajos de ansiedad que en la población general sin enfermedad, no son nuevos, y han dado lugar a un extenso campo de investigación sobre el control emocional en pacientes con cáncer^(5,52,77).

En los párrafos anteriores nos hemos centrado en la revisión de los síntomas de ansiedad (también depresión) en pacientes con cáncer, frente a sus controles. Ahora vamos a revisar el porcentaje de pacientes que cumplen los criterios de un trastorno de ansiedad o de un trastorno del estado de ánimo, frente a la prevalencia de estos trastornos en la población general.

Un estudio muy citado, pero ya muy antiguo, es el de Derogatis et al. de 1983⁽⁴⁰⁾, en el que se encontraron un 1,9% de pacientes con cáncer que presentaban algún trastorno de ansiedad y un 6,1% un trastorno afectivo mayor (depresión), según criterios DSM-III. Un 31,6% presentaba un trastorno adaptativo (con ansiedad o estado de ánimo deprimido). Se trabajó con una

muestra de 215 pacientes con cáncer seleccionados al azar. El 47% de estos pacientes tenían algún diagnóstico y el 85% de éstos (39,5% del total) presentaban algún trastorno en el que la ansiedad o la depresión eran fundamentales en dicho trastorno.

En un estudio más reciente⁽³⁹⁾, llevado a cabo en Alemania y publicado en el 2001 con 517 pacientes con cáncer (75% mujeres), los autores concluyen haber encontrado un 13% de prevalencia en el último mes para cualquier trastorno de ansiedad, pero calculado sobre los 200 pacientes a los que realizaron entrevista diagnóstica. En realidad se trataría de un 5% de los 517 pacientes a los que se pasó previamente el HADS, como prueba de cribado. En el último año la prevalencia de los trastornos de ansiedad es del 20,5%, lo que equivale al 7,9% sobre el total de la muestra (recordemos que un 75% de mujeres). Según el último estudio de la OMS⁽¹⁰⁾, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población germana es del 6,2%. En el estudio ESEMED para Europa⁽⁷⁸⁾, que forma parte del estudio de la OMS, se encontró que la prevalencia año de los trastornos de ansiedad en los seis países europeos en los que se llevó a cabo la investigación (Alemania, España, Bélgica, Francia, Italia y Holanda) era del 6,4%, pero con una importante diferencia asociada a la variable sexo (3,8% en varones y 8,7% en mujeres). Por lo tanto, no hay diferencias sustanciales entre los datos de pacientes con cáncer⁽³⁹⁾ y los datos de población general. Si son más altos los porcentajes de pacientes con cáncer que presentan trastornos de ansiedad se debe sin duda a que hay un 75% de mujeres en la muestra inicial.

En el caso de los trastornos del estado de ánimo los autores⁽³⁹⁾ dan una cifra del 17,5% sobre los 200 pacientes entrevistados, lo que equivaldría a un 6,8% sobre la muestra inicial de 517 pacientes con cáncer. Esta prevalencia es claramente superior a la del estudio sobre la población europea⁽⁷⁸⁾, que solamente alcanza el 4,2% (2,8% en varones y 5,6% en mujeres). Claramente, los pacientes con cáncer alemanes (a pesar del 75% de mujeres que reúne esta muestra) presentan en mayor propor-

ción trastornos del estado de ánimo, o trastornos depresivos, que la población general europea de los seis países donde se realizó el estudio ESEMED (4,2% para los seis países, pero hay grandes variaciones entre países en la prevalencia año de los trastornos del estado de ánimo, con un 3,6% en Alemania y un 8,5% en Francia).

Algunos datos extraídos de grandes bases de datos apoyan esta conclusión. Sobre una muestra representativa de casi cien mil adultos, en Estados Unidos el uso de los servicios de salud mental por parte de pacientes con cáncer es superior a la población sin cáncer⁽⁴²⁾, especialmente en mayores de 65 años. El 7,2% de los pacientes con cáncer, frente al 5,7% de las personas sin trastornos crónicos, usan los servicios de salud mental (razón de ventajas 1,6%).

En otro estudio reciente, llevado a cabo en Japón con pacientes con cáncer a estadios avanzados, usando la entrevista diagnóstica, se encontró que el 6,7% presentaba un trastorno del estado de ánimo⁽⁷⁹⁾. Esta cifra es muy similar al 6,8% antes encontrado en pacientes alemanes. Por lo que se refiere a los trastornos de ansiedad, en este mismo estudio, se encontró una prevalencia del 0% para el trastorno de estrés postraumático (el único estudiado), si bien el trastorno adaptativo ansioso-depresivo apareció en un 16,3% de los pacientes con cáncer. Con el paso del tiempo, la tendencia fue una disminución de los trastornos adaptativos y un aumento de los trastornos del estado de ánimo.

Por último, señalar que el cáncer no sólo provoca una cierta carga emocional en el paciente, sino en todo su entorno familiar⁽⁴³⁾. De hecho los problemas de ansiedad pueden ser superiores en algunos familiares que en sus respectivos pacientes. Por lo tanto, los profesionales no deberían olvidar la atención a familiares de pacientes con cáncer.

CONCLUSIONES

La literatura sobre ansiedad y cáncer es abundante, pero confusa⁽⁸⁰⁾. En ella se mezclan variables metodológicas importantes que no siempre se analizan por separado.

Así, por ejemplo, unas veces se habla de síntomas de ansiedad y otras de trastornos de ansiedad; unas veces se evalúa con cuestionarios, otras con entrevista diagnóstica; la variable sexo está asociada a importantes diferencias en ansiedad, tanto si hablamos de síntomas, como si hablamos de trastornos, pero no siempre se dan cifras para varones y para mujeres.

En esta revisión hemos intentado aclarar la cuestión acerca de si los pacientes con cáncer presentan niveles más altos de ansiedad que la población general. Para ello hemos tomado los estudios más importantes de las bases de datos PubMed y PsycInfo, los hemos analizado e interpretado. Nuestra posición final concluye que la evidencia científica señala que los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos de ansiedad que la población general, medidos por cuestionarios. A su vez, aunque no hay muchos estudios epidemiológicos, con muestras representativas, elegidas al azar, utilizando la entrevista diagnóstica, parece que los pacientes con cáncer presentan una prevalencia de trastornos de ansiedad en el último año similar a la de la población general, en torno al 6% en los últimos 12 meses, para los países europeos (que presentan un 6,4% de media en la población general de los seis países estudiados).

Paralelamente hemos ido mirando la incidencia de síntomas depresivos y trastornos del estado de ánimo en pacientes con cáncer. La conclusión es que los pacientes con cáncer presentan un mayor nivel de síntomas depresivos que la población general, evaluado mediante cuestionarios. Así mismo, presentan una prevalencia año de los trastornos del estado de ánimo superior a la de la población general, que podría estimarse en una cifra superior al 6% para pacientes con cáncer en Alemania, país en el que la población sólo alcanza el 3,6% de prevalencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. Defunciones según la causa de muerte. In: Instituto Nacional de Estadística; 2004.

2. Orbell S, Hagger M, Brown V, Tidy J. Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result. *Br J Health Psychol* 2004; 9(Pt 4):533-55.
3. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad Estrés* 1999; 5(2-3):129-43.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
5. Cano-Vindel A. *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense; 1989.
6. Cano-Vindel A. Orientaciones en el estudio de la emoción. In: Fernández-Abascal EG, editor. *Manual de Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1995. p. 337-83.
7. Cano-Vindel A. Modelos explicativos de la emoción. In: Fernández-Abascal EG, editor. *Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1997. p. 127-61.
8. Calvo MG, Cano-Vindel A. The nature of trait anxiety: Cognitive and biological vulnerability. *Eur Psychol* 1997;2(4):301-12.
9. Cano-Vindel A. *La ansiedad. Claves para vencerla*. Málaga: Argual; 2002.
10. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 004;291(21):2581-90.
11. Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, Manson JE, Kawachi I. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation* 2005;111(4):480-7.
12. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438):953-62.
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937-52.
14. Vinaccia S, Tobón S, Sandín B, Martínez-Sánchez F. Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal: una perspectiva biopsicosocial. *Rev Latinoam Psicol* 2001;33:117-30.
15. Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. *Helicobacter pylori, estrés psicosocial y úlcera péptica: Un análisis complejo y sistémico*. In: *Psiquiatría.com: Psiquiatría Noticias*, 7(3); disponible en: <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/151/20912/>; 2005.
16. Pareja-Ángel J, Campo-Arias A. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres con migraña. *Rev Neurol* 2004;39((8):711-4.
17. Pérez-Pareja FJ, Borrás Sansaloni C, Palmer Pol AL. *Ansiedad y estrés como predictores del síndrome premenstrual*. *Ansiedad Estrés* 1994;0:65-76.
18. Cano-Vindel A, Fernández Rodríguez JC. Perfiles de ira y ansiedad en el asma bronquial. *Ansiedad Estrés* 1999;5(1):25-35.
19. Amorim Gaudêncio C, Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. Diferenças na manifestação de ansiedade entre a população geral e pacientes com transtornos de pele. *Psiquiatr Biol* 1996;4(2):101-7.
20. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol* 2002; 53: 83-107.
21. Weiss DW, Hirt R, Tarcic N, Berzon Y, Ben-Zur H, Breznitz S, et al. Studies in psychoneuroimmunology: psychological, immunological, and neuroendocrinological parameters in Israeli civilians during and after a period of Scud missile attacks. *Behav Med* 1996; 22(1):5-14.
22. Cruzado JA. *Psiconeuroinmunología, estrés y salud*. *Ansiedad Estrés* 2001; 7(2-3):175-94.
23. Cano-Vindel A, Macías Y. *Ansiedad, ira y tristeza-depresión en la enfermedad de Parkinson*. *Ansiedad y Estrés* 2002;8(2-3):245-55.
24. Cano-Vindel A, Miguel-Tobal JJ. *Emociones y Salud*. *Ansiedad Estrés* 2001; 7(2-3):111-21.

25. Grossarth-Maticek R. Psychosocial predictors of cancer and internal diseases. An overview. *Psychother Psychosom* 1980; 33(3):122-8.
26. Grossarth-Maticek R, Bastiaans J, Kanazir DT. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *J Psychosom Res* 1985; 29(2):167-76.
27. Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Soc Sci Med* 1985; 20(8):833-40.
28. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19(2):147-53.
29. Greer S, Morris T. The study of psychological factors in breast cancer: problems of method. *Soc Sci Med* 1978; 12(3A):129-34.
30. Sandin B, Chorot P, Valiente RM, Lostao L, Santed MA. Anticipatory anxiety in women recalled for further mammogram breast cancer screening / Ansiedad anticipatoria asociada a las pruebas complementarias de screening de cancer de mama. *Psicothema* 2001; 13(2):240-6.
31. Heckman BD, Fisher EB, Monsees B, Merbaum M, Ristvedt S, Bishop C. Coping and anxiety in women recalled for additional diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram. *Health Psychol* 2004; 23(1):42-8.
32. Hislop TG, Harris SR, Jackson J, Thorne SE, Rousseau EJ, Coldman AJ, et al. Satisfaction and anxiety for women during investigation of an abnormal screening mammogram. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 76(3): 245-54.
33. Braithwaite D, Emery J, Walter F, Prevost AT, Sutton S. Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(2):122-33.
34. Loader S, Shields CG, Rowley PT. Impact of genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *Genet Test* 2004; 8(1):1-12.
35. Meiser B, Halliday JL. What is the impact of genetic counselling in women at increased risk of developing hereditary breast cancer? A meta-analytic review. *Soc Sci Med* 2002; 54(10):1463-70.
36. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO. Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 2001; 37(4):463-9.
37. Olivares Crespo ME, Sanz Cortes A, Roa Alvaro A. Trastorno de Estrés Postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés* 2004;10(1):43-61.
38. 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(3):280-93.
39. Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A, et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37(11):1385-93.
40. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasefsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Jama* 1983; 249(6):751-7.
41. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol* 2001; 31(5):188-94.
42. Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol* 2002; 20(23):4581-90.
43. Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev* 2004; 30(8):683-94.
44. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle CC, et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ* 2004; 170(12):1795-801.

45. Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(3):315-38.
46. Sebastian J, Mateos N, Prado C. Eventos vitales estresantes como factores de vulnerabilidad en el cáncer de mama. *Ansiedad Estrés* 2000; 6(1):21-38.
47. Duijts SF, Zeegers MP, Borne BV. The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis. *Int J Cancer* 2003; 107(6):1023-9.
48. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54(3):269-82.
49. Giese-Davis J, Spiegel D. Suppression, repressive-defensiveness, restraint, and distress in metastatic breast cancer: separable or inseparable constructs? *J Pers* 2001; 69(3):417-49.
50. Spiegel D. Healing words: emotional expression and disease outcome. *Jama* 1999; 281(14):1328-9.
51. Juan E, Blasco T, Font A, Doval E, Sanz A, Maroto P, et al. Percepción de control y supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo. *Ansiedad Estrés* 2003; 9(1):1-5.
52. Cano-Vindel A. Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés* 2003; 9(2-3):203-29.
53. Weihs KL, Enright TM, Simmens SJ, Reiss D. Negative affectivity, restriction of emotions, and site of metastases predict mortality in recurrent breast cancer. *J Psychosom Res* 2000; 49(1):59-68.
54. Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Bmj* 2002; 325(7372):1066.
55. Butow PN, Hiller JE, Price MA, Thackway SV, Krickler A, Tennant CC. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *J Psychosom Res* 2000; 49(3):169-81.
56. Bleiker EM, van der Ploeg HM. Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: review of a popular link. *Patient Educ Couns* 1999; 37(3):201-14.
57. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354(9187):1331-6.
58. Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C. Mind and cancer. do psychological factors cause cancer? *Eur J Cancer* 2002; 38(10):1313-23.
59. González Tablas MdM, Palenzuela DL, Pulido RF, Saez Regidor LM, López Pérez E. El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad Estrés* 2001; 7(1):1-14.
60. Olivares Crespo M, Cruzado Rodríguez JA. Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnóstico de neoplasia mamaria. *Ansiedad Estrés* 1998; 4(2-3):253-79.
61. Rodríguez Marín J, Terol MC, López Roig S, Pastor MA, Massuti B. Estrés percibido y afrontamiento de la enfermedad en pacientes oncológicos. *Ansiedad Estrés* 1994; 0:113-9.
62. Sosa CD, Capafons JI, Carballeira M. Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedad Estrés* 1999; 5(1):47-60.
63. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2002; 20(20):4160-8.
64. Graves KD. Social cognitive theory and cancer patients' quality of life: a meta-analysis of psychosocial intervention components. *Health Psychol* 2003; 22(2):210-9.
65. Cruzado JA, Labrador FJ. Intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Rev. Cáncer* 2000; 14(2):63-82.
66. Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur J Cancer* 2002; 38(11):1447-57.
67. American Psychiatric Assn Washington DC US. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 1994.

68. American Psychiatric Assn Washington DC US. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th, Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
69. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-70.
70. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3):376-84.
71. Tejero A, Guimerá E, Farré Jea. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Dep. Psiquiatr. Fac. Med. Barc.* 1986; 13:233-8.
72. Smith AB, Selby PJ, Velikova G, Stark D, Wright EP, Gould A, et al. Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychol Psychother* 2002; 75(Pt 2):165-76.
73. Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22(6):990-6.
74. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol* 2004; 9(Pt 4):569-81.
75. Rodríguez Vega, Ortiz Villalobos, Palao Tarrero, Avedillo, Sánchez Cabezudo, Chinchilla. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiatry* (Ed. esp.) 2002; 16 (1):27-38.
76. Osborne RH, Elsworth GR, Sprangers MA, Oort FJ, Hopper JL. The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Qual Life Res* 2004; 13(1):191-206.
77. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, et al. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21(1):51-7.
78. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004(420):21-7.
79. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004;22(10):1957-65.
80. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; 1(2-3): 211-30.

Cortesía:

