

Cáncer y psicología

Cancer and psychology

Velázquez Martínez A G*, García Cerón M A*, Alvarado Aguilar S** y Ángeles Sánchez J A***.

*Residente de psico-oncología, **Jefe del depto. psico-oncología del Incan, ***Residente de Cirugía oncológica

Resumen

El cáncer es un padecimiento grave y complejo que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa de presentación ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende.

Entre los factores que afectan la evolución y calidad de vida de los pacientes con cáncer se encuentran aquellos que dependen de la misma enfermedad, de los tratamientos y del pronóstico.

Las secuelas más reportadas en la literatura son síntomas de ansiedad, depresión, trastornos adaptativos y *delirium*. Con base en esto, la psicología ha aportado una subespecialidad dentro de la psicología de la salud: la Psico-oncología, que se encarga del estudio de los factores bio-psico-sociales que afectan la morbi/mortalidad por cáncer y las respuestas emocionales de los enfermos, familiares y profesionales.

Palabras clave: Cáncer, psicología, psico-oncología.

Abstract

Cancer is a serious and complex sickness and has an evolution which the prognosis depends on the presentation stage causing a great physical, psychological and social impact in the people that suffer it, in his/her family, social environment and in the health team that assists them.

Among the factors that affect the evolution and quality of the patients' life with cancer they are those that depend on the same illness, the treatments and the forecast.

The psychological sequels more reported in the literature are symptoms of anxiety, depression, adaptation dysfunctions and delirium. Based in this, psychology has contributed with a subspecialty within the psychology of health: Psycho-oncology, that under takes charge the study of the bio-psycho-social factors affect the cancer morbidity and mortality, and the emotional reactions of the patients, family and professionals.

Key word: Cancer, psychology, psycho-oncology.

Introducción

El cáncer es una enfermedad que afecta y se ve afectada por las esferas físicas, psicológicas y sociales, siendo abordada cada vez de manera más sistemática desde una aproximación multi, inter y transdisciplinaria. En esta perspectiva, la psicología de la salud tiene su contribución a través de la psico-oncología, la cual tiene como objetivo valorar las repercusiones sobre el estado psicológico del paciente, su familia y equipo terapéutico. Es por ello que la presente revisión busca resaltar los elementos que originaron esta disciplina, su importancia y su desarrollo.

El cáncer es una patología grave y compleja, con una evolución y pronóstico dependientes de la etapa de presentación, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado, pérdida de la diferenciación celular y su capacidad para invadir los tejidos adyacentes y originar metástasis.¹ Además, Matías y Lorca hacen mención del impacto psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar, social y en los profesionales que les atienden.²

A nivel mundial, este padecimiento representa una de las patologías con mayor incidencia y México no es la excepción. Desde la perspectiva epidemiológica se reporta en el Registro Histopatológico de Neoplasias de México³ 108,064 casos de cáncer, colocándose como la segunda causa de morbilidad nacional.

Arbizu en 2001⁴ señala que la adopción de estilos de vida saludables y el control de hábitos de riesgo pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes. Entre los hábitos de conducta relacionados con pacientes con cáncer se encuentran la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, exposiciones solares y la combinación de estos factores.

Dentro de las implicaciones Psicológicas Cohn y Lazarus en 1979⁵ establecieron una lista de amenazas que se presentan con este padecimiento a: la vida, la integridad corporal, la incapacidad al dolor, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales.

sionales, la separación familiar, la hospitalización, los tratamientos, el comprender la terminología médica, la toma de decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, perder la intimidad física y psicológica, etc.

Por ello, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas y adaptarse bruscamente a una nueva realidad, que se va modificando en función de los tratamientos, y evoluciona hacia la curación completa; remisión temporal o a la muerte.

Es por ésto que en la literatura se han reportado diversos correlatos psicológicos; entre los más estudiados encontramos los síntomas de ansiedad, depresión, *delirium* y trastornos adaptivos. A continuación hacemos una breve descripción de los mismos:

Ansiedad.

Kaplan (1997)⁶ señala que las causas de ansiedad en los pacientes con cáncer pueden ser de diferente índole: situacionales; relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento o la exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente. Por ejemplo, el impacto del diagnóstico junto con la discusión de su pronóstico, la crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento, conflictos con la familia o con el equipo de atención, anticipación de un procedimiento atemorizante, la espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio y miedo a la recidiva; además de algunos problemas médicos que por sí solos producen ansiedad como estados metabólicos anormales.

Depresión

Para algunos autores como Cesarco⁷ la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general y dos veces mayor en personas internadas por otros problemas clínicos. Son numerosos los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada con factores de índole personal como con factores del tratamiento y de la enfermedad, por lo que es de suma importancia detectar y tratar psicoterapéuticamente y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, debido a que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también puede cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico.

Delirium

El *delirium* es la segunda enfermedad psiquiátrica más frecuente en los pacientes con cáncer después de la depresión. Quienes padecen ésta enfermedad tienen muchas probabilidades de sufrir un daño cognitivo debido a la naturaleza sistémica de este proceso, a lo que se suma la edad avanzada de un buen número de ellos y los efectos adversos de los tratamientos quimioterapéuticos. La causa del *delirium*, sabemos, tiene su origen en la enfermedad médica (la encefalopatía metabólica, infección séptica, malnutrición, etc.) o en fármacos que se administran (el tramadol, metoclopramida, etc.), por lo que su evolución está directamente relacionada con la causa que le dio origen.⁸

falopatía metabólica, infección séptica, malnutrición, etc.) o en fármacos que se administran (el tramadol, metoclopramida, etc.), por lo que su evolución está directamente relacionada con la causa que le dio origen.⁸

Trastorno adaptativo

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades⁹ CIE 10 el Trastorno adaptativo es otro de las afecciones que frecuentemente se manifiesta en los pacientes con cáncer, puesto que se sienten sobrepasados por los acontecimientos y son incapaces de adaptarse a las circunstancias. Éste se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales (ansiedad o depresión) o del comportamiento (cambios en la conducta), en respuesta a un factor estresante externo identificable (pérdida de empleo, enfermedad física, divorcio, migración, problemas económicos, laborales, sociales, familiares, etc.). Es bien sabido que las reacciones agudas al estrés se resolverán sin medicación; sin embargo, es fundamental no descartar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico.

Según Van 't Stijker y cols en 1997¹⁰ encontraron que no hay evidencia de que existan niveles más altos de ansiedad en pacientes con cáncer que en la población general; sin embargo, sí se ha demostrado que el nivel de depresión es más alto en los pacientes con cáncer 25 a 40%. Por su parte Salas¹¹ reporta que 68% de aquellos que padecen cáncer tienen cuadros compatibles con trastorno de adaptación en algún momento del transcurso de su enfermedad. Finalmente, la presencia del *delirium*, se puede ver en 15% de los pacientes en general, en 25% de los ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de su enfermedad.

Por otro lado, han sido asociadas determinadas características de personalidad a los pacientes oncológicos, pues se ha encontrado que establecen vínculos deficientes, debido a múltiples factores, a saber:

1. Estilo de vida actual
2. Sucesos vitales de pérdidas significativas
3. Vulnerabilidad frente al stress
4. Ciertas características de personalidad premorbida tipo C (Termoshock, 1986) que implica: baja autoestima, aparente sociabilidad, dificultad para expresar sus emociones, alto grado de autoexigencia e hiperresponsabilidad respecto a otros, estilo de afrontamiento ante la propia enfermedad de desesperanza y desamparo, rasgos depresivos a consecuencia de: visión negativa de sí mismo, del futuro y del ambiente.

Así, Termoshock, 1986¹² menciona que el cáncer se suele asociar a una personalidad precancerosa caracterizada por inhibición emocional, negación, represión, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, laboriosidad, estoicismo, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. En este contexto, el cáncer debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración

estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor además de un proceso social, pues supone una invalidez.

De aquí, la psicología ha tomado un interés por los pacientes médicamente enfermos a través del desarrollo de distintas áreas como la psicología de la salud, que aparece como un campo que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el ámbito de la medicina del comportamiento. Matarazzo 1980 la define como el conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina psicológica de promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad; la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud; las disfunciones relacionadas; definición que en 1980 adoptó la División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA).

Holland¹³ plantea que dentro de la psicología de la salud nace una sub-especialidad denominada Psico-oncología, psicología oncológica u oncología psicosocial. Esta disciplina está basada en las aportaciones de la inmunología, endocrinología, la neurología, la psicología, la psiquiatría (específicamente, psiquiatría de enlace) y la oncología.¹⁴

Die Trill¹⁵ y Bayes¹⁶ definen la Psico-oncología, como el estudio de los factores bio-psico-sociales que afectan la morbi-mortalidad por cáncer y las respuestas emocionales de los enfermos, familiares, amigos y profesionales. La Psico-oncología intenta poner al servicio de la prevención, explicación y tratamiento del cáncer todos los conocimientos obtenidos por el estudio de la influencia de los factores psicológicos en la aparición del cáncer y de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, de su familia y del personal asistencial a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

De acuerdo a Longacher (1997)¹⁷ los objetivos de la Psico-oncología son:

1. Elevar autoestima
2. Modificar estilos de afrontamiento
3. Modificar cogniciones negativas disfuncionales
4. Modificar el estilo de vincular las relaciones
5. Favorecer la construcción de un proyecto vital.

Nesci y cols¹⁸ mencionan que las nociones de la Psico-oncología las podemos encontrar desde los antiguos escritos médicos. Hipócrates, el padre de la medicina, menciona la influencia del cuerpo sobre la parte anímica y la del alma sobre el cuerpo, señalando una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Galeno (150 años a. C.) fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer; en su tratado sobre tumores, “De Tumoribus;” señaló que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a tener un cáncer de mama. En la medicina Rusa de los siglos XVI y XVII consideró la pena prolongada como causa remota del cáncer. Desde entonces, se sustenta la relación y vinculación clínica entre tres variables: personalidad-estrés-

cáncer, la cual es frecuente en los tratados de medicina.⁴

De manera más formal, es hasta 1950 que nace la interacción entre la Oncología y la Psicología, con el primer referente que se origina en la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan – Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York dirigida por A. Sutherland. En la década de los sesentas, Mastrovito se hace cargo de la unidad hasta 1977 en que la Psiquiatra JC Holland comienza a dirigir el servicio. Durante los veinte años siguientes se estudian “los efectos humanos” del cáncer generados por parte del contenido de una sub-especialidad de la Oncología denominada Psico-oncología.¹⁹ Para los años 80’S en España empiezan a interesarse por la problemática emocional asociada al cáncer. La Dra. María Die Trill creó en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid, la primera unidad de Psico-oncología en 1996; siguió la Unidad de Psico-oncología del Instituto Catalán de Oncología creado por el Dr. Francisco Gildes en septiembre de 1998.²⁰ De igual forma a principios de 1980 nació en México, la Psico-oncología por iniciativa del Dr. Romero Romo (médico Psiquiatra), quien con el apoyo del Dr. Beltrán Ortega (cirujano oncológico y director del Instituto Nacional de Cancerología en aquellos años) y de otros destacados Oncólogos, Paliativistas y Psiquiatras; en 1987 funda la Sociedad Mexicana de Psico-oncología, A.C.; aunque fue hasta el año 2001, al ser nombrado presidente de la misma, el Psic. Onc. Alvarado Aguilar, cuando reiniciaron sus actividades.²¹

No obstante, la relevancia mencionada de los padecimientos psicológicos en el curso del tratamiento médico del cáncer, el trabajo inter, multi y transdisciplinario entre oncólogos y psicólogos ha tenido un desarrollo lento; sin embargo, cada vez se ha acrecentado la presencia de los psicólogos en el mundo de la oncología; para ello se han propuesto dos modelos: Modelo de Interconsulta (MIC) y el Modelo Funcional (MFU). El MIC, está basado en la creación de una unidad de Psico-oncología autónoma e independiente de los servicios de Psiquiatría y de Oncología. El Oncólogo dispone de un instrumento evaluativo (proporcionado por la unidad de Psico-oncología) que cuantifica la sintomatología psicológica y define la necesidad de interconsulta (IC). (ver figura 1). Los candidatos a IC Psico-oncológica son aquellos que presentan al menos un trastorno adaptativo acompañado de una sintomatología ansiosa y/o depresiva moderada y los pacientes con algún tipo de trastorno mental según los criterios del DSM-IV. De acuerdo al tipo de intervención Psicológica, el MIC dispone de tres opciones terapéuticas: el counselling, la psicoterapia y la farmacoterapia.

El segundo modelo de atención el MFU, basado en la incorporación del Psico Oncólogo dentro de las unidades de oncología.¹⁸ Este modelo persigue un trabajo de atención integral al paciente, consistente en la integración o inmer-

Figura 1. Modelo evaluativo Unidad de Psico-Oncología

Depresión (preocupación, tristeza, desánimo, desilusión)				
¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante la semana pasada? (*)				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
No depresión			Depresión severa	
Ansiedad (tensión, nerviosismo, angustia)				
¿Cuál ha sido su nivel de ansiedad durante la semana pasada?				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
No ansiedad			Ansiedad severa	
¿En qué medida ha presentado los siguientes síntomas/problemas durante la semana pasada (**)?				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
3. ¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
4. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
5. ¿Se sintió nervioso?	1	2	3	4
6. ¿Se sintió preocupado?	1	2	3	4
7. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
8. ¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico, su vida familiar?	1	2	3	
9. ¿Ha afectado su estado de salud o el tratamiento médico, sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
(*) Cuando la puntuación sea mayor o igual a 5: Parte de interconsulta a PSO.				
(**) Valorar la puntuación de cada uno de los ítems por separado y la suma de todos ellos de cara a solicitar un parte de interconsulta a la Unidad de Psico-Oncología (PSO).				

sión de la actividad del Psicólogo en los equipos de Oncología médica, de forma que haya una convivencia diaria y espontánea con los pacientes, familiares y equipo terapéutico. El Psicólogo participa e interviene desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad y de esta manera el paciente cuenta con el apoyo psicológico desde que llega a la institución, cuando escucha su diagnóstico, al recibir los tratamientos, durante los ingresos y finalizando en el momento del alta médica, revisiones, posibles recidivas o en la fase terminal.

Bajo este campo de acción, la Psico-oncología se ha desarrollado en tres líneas de investigación.²²

- En primer lugar, el efecto desencadenante del Cáncer sobre las emociones a través de temas tales como: el impacto emocional ante la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer, las consecuencias emocionales de la comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al

cáncer, el impacto traumático de la enfermedad neoplásica, hasta el punto de producir síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad por estrés post-traumático, las consecuencias de la comunicación del diagnóstico de cáncer, las secuelas psicológicas, especialmente síntomas de ansiedad, depresión, o malestar psicológico en pacientes con cáncer, y la carga emocional que se desencadena en los familiares del paciente.

- En segundo lugar se ha estudiado también una posible reacción inversa, es decir, si las emociones pueden desencadenar o al menos influir en el proceso neoplásico. Por ejemplo, se han investigado temas como: el papel de los sucesos vitales estresantes previos en el desarrollo del cáncer, el papel de la depresión, la regulación emocional, la expresión emocional, el control percibido, el afrontamiento emocional, y un subconjunto de algunos de estos factores de vulnerabilidad en el desarrollo del cáncer.

• Por último, el efecto del tratamiento psicológico sobre la enfermedad neoplásica, desde diferentes puntos de vista: al mejorar la expresión emocional, el beneficio con respecto a diversos abordajes, técnicas o teorías que propone el modelo psicosocial, y el efecto del tratamiento psicológico sobre la supervivencia.²³

La investigación y en particular los estudios controlados necesitan expandirse; ya existen investigaciones que demuestran el impacto positivo de la intervención a nivel de síntomas y bienestar psicosocial, que ha sido mostrado mediante un metaanálisis; son de especial mención el estudio clásico de Meyer y Fawzy (1995), cuyos datos muestran un resultado positivo en la calidad de vida y una reducción de los síntomas problemáticos. Así como el estudio de Spiegel de 1989, desarrollado durante 10 años, que demuestra que mujeres con cáncer de mama metastático que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control.²⁴

Finalmente, los niveles de atención de la Psico-oncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase Terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad.⁴ Sin embargo, estas tienen que usarse siempre que se consideren oportunas, como tratamiento complementario y en ningún caso sustituyendo las intervenciones biomédicas.

Conclusión

Numerosos son los factores que se deben tener en cuenta en el tratamiento de un paciente oncológico; es fundamental mantener la idea de trabajo inter, multi y transdisciplinario; de esta manera, el médico, el psicólogo y otros miembros del equipo de atención que participen en el abordaje del paciente verán resultados positivos.

De acuerdo con la revisión se concluye que la Psico Oncología está evolucionando. De ser sólo una actividad al cuidado de alteraciones emocionales y afectivas pasó a ser un tratamiento de las circunstancias de la enfermedad cada día más ineludible, más amplio, más efectivo y el único con un objetivo etiológico.

Las áreas psicológica, social, ética y espiritual del cáncer han comenzado a ser exploradas sistemática y activamente en los pasados 20 años por pequeños grupos en diversos centros oncológicos en el mundo. La psicoterapia junto con otros abordajes terapéuticos bien seleccionados han demostrado utilidad para pacientes específicos y clara-

mente, la Psicooncología ha llenado una necesidad en el abordaje del paciente con cáncer.

Para asegurar el interés en la calidad de vida y apoyar los aspectos de cuidado, hay necesidad de establecer una unidad de Psicooncología por cada centro oncológico, lo que conlleva a la formación de más especialistas en esta área y mayor investigación de la misma.

Bibliografía

1. Grupo Madrileño de Psicooncología. Colegio oficial de Psicólogos de Madrid: Propuesta de inclusión del Psicólogo en la atención integral al enfermo de Cáncer. *Psicooncología* 2004;157-160.
2. Disponible en: <http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/manual/a7n6.htm>.
3. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Compendio de Cáncer. 2002.
4. Arbizu. JP. Psychological factors in the development of cancer and in the response to treatment. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2001; 24(supl 1):173-178.
5. Cohn F and Lazarus RS. Coping with the stress if illness. In: *Health Psychology: a handbook*. Stone GC, Cohn F, Adler N, et al. Ed. Jossey & Bass. Washington; 1979; 217-254.
6. Kaplan IH, Sadok BJ. Estrés y Psiquiatría. En: *Tratado de Psiquiatría*, Buenos Aires: Intermédica; 1997:1469-76.
7. Cesarco R. Depresión y ansiedad en el paciente con cáncer. En: Sala V, Edit. *Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires; Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 1998.
8. Kandell, Jessell, Schwartz. *Neurociencia y conducta*. SL: Prentice Hall; 1996.
9. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10 apartado de psiquiatría, décima edición*. Disponible en: www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm.
10. Van'tSpijker 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.
11. Viviana Salas, MD. La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 2002;3:225-236.
12. Termoshock L and Heller BW. Sobre la comparación de manzanas, naranjas y ensaladas de frutas: una vista de conjunto, metodológica de los estudios de resultados médicos en Oncología Psicosocial. En: *Estrés y Cáncer*. Cooper, CL. Eds. Díaz de Santos, Madrid; 1986; 281-319.
13. Holland JC. Historical Overview. In: *Handbook of Psychooncology*. Holland JC and Rowland JH. Oxford University press. New Cork; 1990.
14. Cruz JJ. Mecanismos de producción del cáncer. En *tratado de medicina interna*. Ed. Interamericana pres. [en prensa].
15. Die Trill M, Die Trill J, Die Goyanes A. *Historia Internacional de Psicooncología*. En: Die Trill M, editor. *Manual de Psicooncología*. Madrid; Editorial Ades; 2003;21-40.
16. Bayes R. *Psicología Oncológica. Prevención y terapéutica del cáncer*. Ed. Martínez Roca. Barcelona; 1985.
17. Longacher Christine. *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*. Ed. Grijalbo; 1997;cap.10:174.
18. Nesci DA, Polisen TA, Aversa S, y cols. La consulta psiquiátrica en el campo oncológico: reflexiones metodológicas. En: XVII Reunión Nacional de la sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Ed. ELA-ARAN. Madrid; 1983; 423-430.
19. Jaime Sanz, Elizabeth Modolell. *Oncología y Psicología: Un modelo de Interacción*. *Psicooncología*; 2004;1:3-12.
20. Holland JC, Murillo M. *Historia Internacional de la Psico-Oncología*. En: Die Trill M. editor. *Psico-oncología*. Madrid; Ades Editores; 2003;21-40.
21. Salvador Alvarado Aguilar. *Psicooncología en México (Perspectiva Histórica)*, Gaceta Mexicana de Oncología, Sociedad Mexicana de Oncología, AC; 2004;3:82-85.
22. Garssen B. Psychological factors and cancer development alter 30 years of research. *Clin Psychol Rev*; 2004;24(3):315-38.
23. Antonio Cano. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*; 2005;2:71-80.
24. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthelil. E. Effects of Psychosocial Treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*; 1989;2:888-892.