

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE UN CASO DE CÁNCER DE COLON CON FOBIA A LA QUIMIOTERAPIA Y TRASTORNO ADAPTATIVO

Modesta Ballesteros*, Juan A. Cruzado**, Ana Lozano* y Pedro Sánchez*

*Complejo Hospitalario Universitario Médico-Quirúrgico Ciudad de Jaén

**Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Se expone el caso de una paciente diagnosticada de cáncer de colon, que ha desarrollado una fobia a los tratamientos de quimioterapia, generalizada al hospital de día, personal sanitario, otros pacientes y resto del hospital. Asimismo, presenta un trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

La paciente presenta importantes sesgos perceptivos y concepciones erróneas acerca del tratamiento en quimioterapia. Además, muestra un déficit en autoestima, atribuciones de culpabilidad, y sentimientos de indefensión e incontrolabilidad de su enfermedad. El miedo a la quimioterapia y el hospital obstaculizan la continuidad del tratamiento. Adicionalmente, se detecta la existencia de malos tratos psicológicos por parte de su pareja que agravan la situación de la paciente.

Los objetivos del tratamiento psicológico se dirigieron prioritariamente a eliminar el trastorno fóbico, corregir concepciones erróneas y auto-instrucciones desadaptativas acerca de la enfermedad y sus tratamientos. Se aplicaron técnicas de desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva en 14 sesiones (21 días). Posteriormente, se llevó a cabo un tratamiento asertivo y de mejora de autoestima para hacer frente a los problemas de pareja.

Los resultados han sido altamente satisfactorios: la fobia desapareció, y la paciente pudo terminar su tratamiento de quimioterapia satisfactoriamente, su nivel de ansiedad disminuyó significativamente y su estado de ánimo mejoró –evaluado mediante el HAD y EVAs-. Asimismo, mejoró la comunicación con el personal médico y el afrontamiento de su enfermedad, así como el problema de relación de pareja.

Palabras clave: Cáncer de colon, fobia, trastorno adaptativo, malos tratos, quimioterapia.

Abstract

It is exposed the case of a woman diagnosed with colon cancer, who has developed a phobia to chemotherapy treatment, generalized to day hospital, sanitary staff, other patients and the rest of the hospital. Also, she presented adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood.

The patient showed important perceptive bias and mistaken conceptions about the chemotherapy and cancer. Also, she presented a low self-esteem, guilty attribution, helplessness and incontrolability feelings about her illness. The fear of chemotherapy and hospital prevented to continue the medical treatment. A deficit in autoestima, attributions of culpability, and sentimientos de indefensión e incontrolabilidad de su enfermedad. Moreover, it was detected the existence of psychological abuse on her partner's side, aggravating the patient's situation even more.

The first aim of psychological treatment was focused to phobia elimination, to correct mistaken conception and desadaptative self-instructions about the cancer and treatment. It was applied 14 sessions (21 days) of relaxation, systematic desensitization and cognitive restructuration of one hour each. After, it was realized an assertive and self-esteem training to cope problems with her partner.

The results had been highly successful: the phobias had disappeared and she was able to finish her chemotherapy treatment with satisfaction. The anxiety level had decreased significantly and her mood was considerably better (measured by HAD and EVA). and she faced her illness in a more adaptative way. The communication with medical staff and coping to cancer were improved. Finally, the relationship with her partner has notably improved.

Key words: Colon cancer, phobia, adjustment disorder, Abuse, Chemiotherapy.

Correspondencia:

Juan A. Cruzado
Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid.
Campus Somosaguas. 28223 Madrid
E-mail: psicooncologia@psi.ucm.es

El diagnóstico del cáncer con frecuencia provoca síntomas de ansiedad y depresión en un primer momento. A continuación, la mayor parte de los pacientes son capaces de enfrentarse de forma adaptativa a la enfermedad, sus efectos y los cambios de vida que supone, solos o con la ayuda del personal sanitario y sus familiares, sin que lleguen a padecer ningún trastorno mental. No obstante, un cierto porcentaje de pacientes de cáncer desarrollan trastornos psicopatológicos debido a una vulnerabilidad previa, la presencia de otros acontecimientos estresantes, la ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas o un déficit en apoyo social, así como las condiciones asociadas a la enfermedad y sus tratamientos.

Los datos epidemiológicos de que se dispone en la actualidad permiten afirmar que los trastornos adaptativos pueden estar presentes en el 30% de los enfermos oncológicos⁽¹⁾, juntos a ellos los trastornos de ansiedad y afectivos son las categorías psicopatológicas más prevalentes. En concreto Noyes, Holt y Massie⁽²⁾ en una revisión de 23 estudios informan de un rango entre el 18 y el 28% de pacientes de cáncer con trastornos de ansiedad; Harter, Reuter, Aschenbrenner, Schretzmann y Marschner et al⁽³⁾ en una muestra de 517 pacientes de cáncer pusieron de manifiesto que la prevalencia de estos trastornos (según criterios DSM-IV) es del 13% (si se considera solo los pacientes que necesitan tratamiento de este trastorno esta cifra se reduce al 7,5%); Stark et al⁽⁴⁾ han encontrado, en una muestra de 178 pacientes de cáncer, que el 18% de ellos presentaban trastornos de ansiedad (según criterios de la CIE-10). En todos estos trabajos se muestra como las fobias son los trastornos de ansiedad más frecuentes en los enfermos oncológicos.

Las fobias en el caso del cáncer pueden afectar muy negativamente no solo a la calidad de vida del paciente sino a la correcta adherencia a los tratamientos. El objetivo del presente trabajo es exponer la evaluación y el tratamiento psicológico de un caso clínico que padece un trastorno fóbico a los

tratamientos oncológico y al ámbito hospitalario, acompañado de un trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Según el DSM IV⁽⁵⁾ la fobia es un miedo notable y persistente que es excesivo o poco razonable, provocado por la presencia o la anticipación de un objeto o situación específicos. A diferencia de otros trastornos de ansiedad, una reacción de miedo fóbico se caracteriza por desencadenarse ante la presencia o la anticipación de un estímulo o situación concreta, y el contacto o la anticipación con la situación temida desencadena un patrón de reacciones fisiológicas, cognitivas y motoras. Este es el caso que se presenta es el de una mujer de 52 años de edad, casada, con un nivel de estudios medios, funcionaria, en baja laboral temporal. Su nivel económico es alto.

Tiene dos hijos, una mujer de 27 años y un varón de 25 años. Fue diagnosticada de depresión 7 meses antes de ser diagnosticada de cáncer, tratada farmacológicamente con Esertia y Orfidal, y dada de alta 3 meses después.

Tras ser diagnosticada de cáncer de colon (estadio B2), fue intervenida quirúrgicamente del tumor, y le fue prescrito un tratamiento de seis ciclos de quimioterapia adyuvante con 5 – Fluoruracilo modulado con Leucovorín. Cada ciclo se administra de lunes a viernes, y el intervalo entre cada ciclo es de 23 días. Su oncólogo la derivó al psicólogo por problemas de adherencia a los tratamientos, así como por la presencia de síntomas ansiedad, cuando se encontraba en el tercer ciclo de tratamiento.

PROBLEMAS DE LA PACIENTE:

Durante la primera consulta lloró continuamente y manifestó que no sería capaz de lograr terminar el tratamiento de quimioterapia, así como mostró pocas esperanzas en la intervención psicológica, ya que “es su caso muy difícil”, aunque se comprometió a colaborar de la mejor forma que pudiera.

Los problemas que se plantean en un primer momento son:

- Miedo exacerbado a los tratamientos, generalizado al hospital de día, resto del hospital, ver otras personas enfermas, estímulos recordatorios del hospital etc. Así como, presencia de respuestas evitativas, De hecho solicita recibir el tratamiento psicológico fuera del hospital, evita contacto ocular con otros enfermos personal y elementos ambientales, ej. usa gafas de sol dentro del hospital.
- Elevada ansiedad.
- Tristeza y llanto excesivo.
- Muchas dudas con respecto al posible beneficio del tratamiento de quimioterapia.
- Pensamientos de victimización (“desearía cambiarse por cualquier otra persona”).
- Sentimientos de culpa por no llevar su enfermedad de una forma más adaptativa.

OBJETIVOS DE LA PACIENTE:

- Poder estar relajada y tranquila cuando le administran el tratamiento, al igual que el resto de los pacientes.
- No sufrir tanto cuando ve a los pacientes en la sala de espera y en el Hospital de día.
- No tener ganas de morir cuando entra en el hospital.
- No sentirse culpable por no llevar mejor la situación “como hacen todos”.
- Conseguir que su familia no sufra por su situación.

EVALUACIÓN

- En un primer momento se hace una entrevista semiestructurada y observación directa.
- Se evalúa a la paciente con una Escala Visual Analógica (EVA) de ansiedad y otra de depresión, puntuada de

0 (ausencia de ansiedad o depresión) a 10 (ansiedad o depresión elevada), siendo la respuesta de 9 tanto en depresión como en ansiedad.

- Otra prueba utilizada ha sido la Escala Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmond y Snaith (HAD)⁽⁶⁾ puntuando 15 en ansiedad y 11 en depresión. Estas puntuaciones son indicativas de patología ansiosa y depresiva.
- Se confecciona en consulta junto con la paciente una jerarquía de situaciones que le producen miedo o malestar.
- Se evalúa el apoyo social mediante el índice de Apoyo Social de Yale (Seeman y Berkman)⁽⁷⁾ que explora la cantidad y calidad de apoyo social y los contactos sociales. Los resultados han sido muy satisfactorios, pudiendo decir que la paciente posee un buen apoyo emocional positivo, con ausencia de situaciones relacionales aversivas, aunque en esta área nos manifiesta que frecuentemente su familia y amigos sí le hacen demasiadas demandas.

Es necesario señalar que aunque la paciente en tras las primeras sesiones de intervención psicológica confesó la presencia de malos tratos psicológicos por parte de su marido, manifestando una gran liberación por ventilar esos sentimientos que no había revelado previamente a nadie.

- Se confeccionó un listado del tipo de recursos que ha utilizado la paciente en otras ocasiones problemáticas de su vida, analizando cuales fueron los resultados.
- Inventario de Personalidad Willoughby⁽⁸⁾, como punto de partida para el entrenamiento asertivo. Es interesante resaltar que la paciente ha puntuado alto en ítems del tipo: “¿Es fácil lastimar sus sentimientos?”, “¿Es usted tímida?”, “¿Lo lastiman mucho las críticas?”.

- Autorregistro de Pensamientos Negativos, del tipo “yo no seré capaz de superar esto”, “mi familia estaría mejor sin mí”.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

Es necesario analizar los problemas de la paciente desde tres perspectivas: fisiológica, cognitiva y motora.

En el **área fisiológica** y como consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia la paciente manifiesta sentirse mal la primera semana después de cada ciclo (que dura 5 días) con la aparición de algunas náuseas, hipersensibilidad olfativa (todo le huele mal), evitación de las ropas que ha llevado a las sesiones de tratamiento y algunas molestias de estómago.

Otro punto importante a señalar es que el 5 – Fluoruracilo no posee como efecto secundario la alopecia, por lo que la paciente no ha tenido que enfrentarse a un cambio en su imagen corporal.

A medida que se acerca el momento de los tratamientos aumenta la ansiedad de la paciente y como consecuencia una gran tensión muscular y cansancio acompañado de elevada tristeza y llanto.

En el **área cognitiva** se detectan importantes concepciones erróneas con respecto al tratamiento quimioterápico, pues piensa que éste le está matando poco a poco y quizá sea innecesario pasar por todo esto ya que el tumor estaba muy bien localizado y fue extirpado del todo.

Con respecto a su enfermedad confluyen en la paciente distintas informaciones adquiridas sobre todo en Internet, que le generan mayor confusión e incertidumbre por lo que pueda ocurrir en el futuro, induciendo un miedo mayor a la muerte y sobre todo al sufrimiento, que según sus propias palabras “quién sabe si no se prolongará incluso después de la muerte”.

En otro orden de cosas, ella se siente diferente a las demás personas y se cambiaría por cualquiera que ve por la calle a los que les atribuye la felicidad por no tener

cáncer. Todo esto le produce una gran angustia, no solo por su propio sufrimiento sino también por el de los demás pacientes que comparten su enfermedad.

Es muy importante además el pensamientos de culpa al que se enfrenta por no llevar, según sus propias palabras, de una forma más adecuada la enfermedad y por preocupar demasiado a los miembros de su familia que deben estar pendientes de ella constantemente.

A **nivel motor** manifiesta una conducta de evitación de todo los estímulos relacionados con el hospital, tratamientos, hospital de día y contacto con los demás pacientes, produciendo en ella un gran sufrimiento, sentimiento de inutilidad y elevada angustia vital. Según la paciente cuando entra en el hospital desearía morir y cuando está en el hospital de día recibiendo el tratamiento siente como “el veneno le va entrando y la va matando poco a poco y entonces se queda paralizada sin poder moverse y sin poder apartar la vista de la bolsa negra”, en ese momento “no quiere ver a nadie, empieza a sentir odio por todo, por el personal, por la sábana que cubre el sillón...”, y “solo quiere correr y salir de allí lo antes posible dándole igual lo que le pase”.

No podemos olvidar que además es víctima de malos tratos psicológicos por parte de su marido lo que le genera sentimientos de indefensión y culpa que unido a todo lo dicho anteriormente desemboca en una falta de asertividad, miedo y baja autoestima.

DETERMINANTES

Como **antecedentes externos remotos** debemos señalar las crisis de ansiedad que tenía de niña por miedo a perder a sus padres, las cuales se repitieron posteriormente a lo largo de su juventud.

Un punto muy importante es la aparición de malos tratos por parte de su novio con el que se casa muy joven estando embarazada, suceso que vivió con mucha angustia. Durante el matrimonio continuaron los malos tratos, que en ocasiones incluyeron ataques físicos, hasta que tras un bre-

ve periodo de separación disminuyeron, si bien se siguen produciendo malos tratos verbales.

Hace dos años sufrió de fobia a espacios cerrados, concretamente en su despacho donde no podía permanecer con la puerta cerrada, o en lugares como cines y teatros donde debía sentarse en las últimas filas para poder salir cuanto antes de allí.

Siete meses antes de ser diagnosticada de cáncer padeció un trastorno depresivo por el cual recibió tratamiento psiquiátrico durante 3 meses.

En cuanto a los **antecedentes internos remotos**, es importante el hecho de haber sido de niña alguien muy tímida, con temor a hablar con los demás y mucho miedo a perder a sus padres. De casada, y a pesar de los malos tratos, sentía mucha dependencia de su marido y vergüenza de ser así, además de un miedo exacerbado a que les pasara algo malo a sus hijos pequeños.

Con respecto a los **antecedentes externos recientes** debemos tener en cuenta el diagnóstico de cáncer de colon que ella misma descubrió al recoger las pruebas, suceso que vivió con una gran angustia, así como las pruebas posteriores y la operación quirúrgica, a lo que se sumó la percepción de demandas excesivas sobre todo por parte de su marido, que según la propia paciente la culpabilizaba de su enfermedad.

La paciente recuerda informaciones de su cirujano que hacen referencia a que todavía tendría que pasar experiencias mucho peores, de lo que esta muy convencida. Asimismo, reconoce que su oncólogo y su cirujano consideran recomendable la quimioterapia, y por ello acepta recibirlo, si bien afirma que algún médico amigo (externo al hospital) le ha informado que este tratamiento no es necesario en su caso y que incluso podría matarla.

Por último, señalar como **antecedentes internos recientes** los pensamientos de culpa y de inutilidad del tipo "¿Cómo puedo estar así, si soy una afortunada?", "hago sufrir a mi familia", "estarían mejor sin mí", "¿No seré capaz de superar esta situación".

El hecho de ver información o hablar sobre cáncer en general le hace sentirse altamente ansiosa.

RECURSOS PERSONALES

La paciente posee buena disposición para el cambio desde el principio, aunque carece control de la ansiedad ante los tratamientos, y poca confianza en sus posibilidades de cambio.

Posee un buen apoyo social, sobre todo de sus hijos, aunque la relación con su marido como queda dicho es problemática, recibe poca ayuda de su marido, recibe malos tratos verbales por su parte y se manifiesta inasertiva ante él. Tiene un alto grado de dependencia, sobre todo de su marido.

Su nivel intelectual y cultural es alto, lo que ayuda mucho a la hora de clarificar ideas, y su autoimagen corporal es buena, aunque un poco descuidada actualmente.

DIAGNÓSTICO DSM-IV

- EJE I: Fobia a los Tratamientos.
- Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.
- EJE II: Ninguno.
- EJE III: Cáncer de colon.
- EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo (maltrato psicológico por parte de su pareja).
- EJE V: E.E.A.G= 65% (momento de la consulta).

ANÁLISIS FUNCIONAL

En un espacio muy corto de tiempo, la paciente ha debido enfrentarse a varios eventos altamente estresantes, como son el diagnóstico de cáncer de colon, la intervención quirúrgica y los tratamientos de quimioterapia.

La paciente posee una vulnerabilidad previa que se manifiesta por la presencia de un trastorno de claustrofobia anterior y un episodio depresivo. Asimismo, la presencia

de malos tratos ha contribuido en el pasado y en el presente a disminuir su autoestima y a generar un estado de inseguridad e indefensión, que le hace sentirse con escasa capacidad para afrontar situaciones estresantes, y al mismo tiempo percibir las amenazas del medio de forma amplificadas.

El diagnóstico de cáncer del cáncer, las pruebas médicas, el tratamiento quirúrgico y la quimioterapia constituyen un número de acontecimientos estresantes muy amplio y muy intenso. Por lo cual se ha producido una elevación de la ansiedad. Estos niveles de ansiedad contribuyen a atender selectivamente a los estímulo más amenazantes del diagnóstico y el tratamiento y aumentar la incertidumbre acerca de sus resultados.

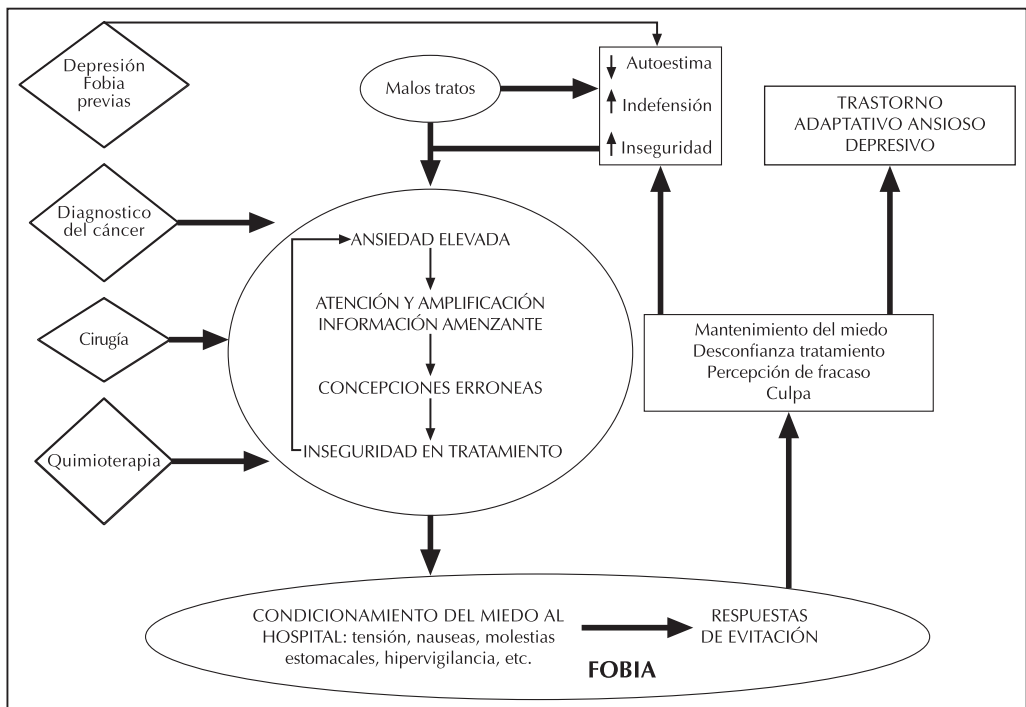
Ello provoca que se haya producido el condicionamiento del miedo de modo que todos los estímulos asociados a la enfermedad y su tratamiento, que incluyen el ámbito hospitalario, la visualización de otros pacientes, el mero hecho de hablar del cáncer o la expectativa de ir a recibir el tratamiento han

quedado asociados a elevaciones de ansiedad, que se manifiestan en forma de tensión constante, náuseas, molestias estomacales e hipersensibilidad olfativa, activación fisiológica, tensión y llanto excesivo.

Las respuestas de evitación a todo los estímulos relacionado con el hospital y la enfermedad, han quedado reforzada negativamente por la reducción de la ansiedad, a cor plazo. A medio y largo plazo la evitación impide la habituación y mantiene las respuestas de miedo. Su actividad general y las relaciones sociales han quedado muy disminuidas.

La percepción de carencia de capacidad para controlar la ansiedad acompañada de los pensamientos de culpabilidad, aumentan los sentimientos de indefensión, inseguridad, tristeza y cansancio. Lo cual impide que se adquiera y procese información adecuada acerca de la enfermedad y se corrijan las concepciones erróneas que posee. La activación crónica ha producido un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y depresión.

Figura 2. Modelo formulación del caso



OBJETIVOS:

- Conseguir una buena adherencia a los tratamientos, de forma que pueda recibir la quimioterapia y los otros tratamientos de forma relajada y tranquila, eliminando el comportamiento fóbico.
- Reducción de la ansiedad y mejorar el estado de ánimo depresivo.
- Eliminación de distorsiones cognitivas y auto-instrucciones desadaptativas.
- Elevar su autoestima.
- Adquirir y mantener un comportamiento asertivo con su marido, que implica la defensa de los propios intereses sin amenazas y la expresión libre de las propias emociones.

PLAN DE TRATAMIENTO:

El plan de tratamiento se desarrolló de la forma siguiente:

- Proporcionar a la paciente una información correcta de los tratamientos de quimioterapia y efectos secundarios, así como y corregir concepciones erróneas acerca de su tratamiento, mediante estrategias de *counselling*.
- Enseñar a la paciente a obtener la información adecuada sobre su enfermedad y resolver sus dudas a través de la adecuada comunicación con el personal médico que la asiste, de forma que comprenda que sólo su oncólogo tiene la información correcta de su proceso y obviar fuentes informativas erróneas.
- Control de la activación fisiológica a través del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y respiración⁽⁹⁾.
- Desensibilización sistemática^(8, 10) para el tratamiento de las fobias, para lo cual se han llevado a cabo tres fases:
 - a) Adiestramiento en relajación que se enseña en consulta y se le pide a la paciente que lo practique

en casa en dos períodos de 15 minutos al día.

- b) Construcción de Jerarquías de los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad (ordenadas por Unidades Subjetivos de Ansiedad (USAs), en orden ascendente de menor a mayor.
 - c) Exposición a los estímulos de la jerarquía de ansiedad, primero a los estímulos en imaginación y posteriormente en vivo de forma gradual.
- Reestructuración cognitiva, cuyo objetivo ha sido modificar la forma de interpretar las situaciones para conseguir que no se desarrollen respuestas emocionales y autodiálogos que deterioren el estado de ánimo, y también ser capaz de llevar a cabo comportamientos que permitan afrontar la situación con eficacia.
 - Entrenamiento asertivo sobre todo por tener que enfrentarse con frecuencia al comportamiento hostil de su marido, así como en otras situaciones de interacción social.

ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES:

El objetivo control fóbico se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el tercer ciclo y el comienzo del cuarto (es decir en un intervalo de 23 días). La duración de las sesiones ha sido aproximadamente de 60 minutos, con excepciones, dependiendo de la situación. En total han sido 14 sesiones de tratamiento, a continuación se concertó con la paciente un seguimiento de una sesión al mes, que posteriormente de espacio dependiendo de su evolución.

RESULTADOS OBTENIDOS

El objetivo más importante era el de controlar el comportamiento fóbico de forma que la paciente pudiera terminar los ciclos para completar el tratamiento de quimioterapia. La paciente completó todos los items de la

jerarquía de la desensibilización, tras de lo cual la paciente pudo entrar sola en hospital de día y recibir los tratamientos de una forma relajada, incluso al final podía durante el tiempo que duraba el tratamiento leer un libro y hacer otras actividades agradables.

Los informes subjetivos de ansiedad y depresión se encontraban en niveles de normalidad al finalizar el tratamiento psicológico. El informe subjetivo de ansiedad mediante EVAs pasó de 9 a 3, y el de depresión igualmente de 9 a 3. La puntuación en el HAD fue de 7 en ansiedad y 7 en depresión, por tanto en niveles subclínicos.

La paciente es capaz de mirar y hablar con los demás pacientes sin sentir angustia y afronta la enfermedad de una forma más adaptativa pudiendo hablar de ella sin llanto.

Al mes siguiente de terminar el tratamiento médico volvió a su actividad laboral. En ese momento, la relación con su marido ha mejorado notablemente, gracias a sus nuevas habilidades de comunicación y estilo asertivo, se siente más segura de sí misma y se atreve a considerar una posible separación.

CONCLUSIÓN

El trastorno fóbico de la paciente se ha tratado eficazmente, en un periodo de tiempo breve. El tratamiento se ha fundamentado en la información y adecuada comunicación con sus médicos que ha permitido corregir las concepciones erróneas que presentaba la paciente, que ha permitido aminorar la incertidumbre y aumentar la percepción de control, que ha permitido que la paciente considere su miedo como una respuesta condicionada, que puede habituarse mediante la exposición asociada a la relajación, es decir la desensibilización sistemática. Se ha de resaltar la eficacia de la técnica de desensibilización sistemática, que ha permitido que la paciente lleve a cabo su tratamiento de una forma relajada y tranquila y ha aliviado el sufrimiento de la paciente cada vez que debía entrar en el hospital.

La consecución de un estilo asertivo y el entrenamiento en habilidades de comunicación, han contribuido sin duda a mane-

jar la situación, así como su nivel de autoestima y su estado de ánimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 11: 751-7.
2. Noyes R., Holt CS, Massie MJ Anxiety disorders. En Holland JC, editor. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press 1998; p. 548-563.
3. Harter M.; Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann, Marschner N, Hasenburg A, Weis J. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment *EJ Cancer* 2001; 37: 1385-93.
4. Stark D., Kiely, A, Smith A, Velikova, G, House A y selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002, 20: 3137-48.
5. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona. Masón; 1995.
6. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 6: 361-70.
7. Seeman TE, Berkman LF Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: Who provides support. *Soc Sci Med* 1988, 26: 737-49.
8. Wolpe J. *La práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas; 1979. p. 319-22
9. Labrador FJ, Puente ML, Crespo, M. Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, editores. *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide; 1993. p. 396-421.
10. Cruzado JA, Labrador FJ, Muñoz M *Desensibilización Sistemática*. En Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, editores. *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Pirámide; 1993. p. 396-421.

