

Ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con tumor cerebral

M^a Pilar Barreto*, José Luis Díaz *, José M^a Gallego** y Juan Antonio Barcia***

* Psicóloga. Universitat de València

**Neurocirujano. Servicio Neurocirugía Hospital General Universitario

*** Neurocirujano. Universitat de València. Servicio Neurocirugía Hospital General Universitario

resumen/abstract:

Objetivos: Evaluar la relación entre la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) y los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con Glioma de alto grado de malignidad. **Diseño:** Transversal, descriptivo y correlacional. **Participantes:** Se evaluó a 29 pacientes de ingreso inicial en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Valencia diagnosticados de posible Glioblastoma Multiforme. **Resultados:** Se han detectado diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y las dimensiones funcionamiento emocional y funcionamiento social del cuestionario de CVRS de la EORTC-qlq c30; en concreto aquellas personas con un mejor funcionamiento emocional y social presentan niveles inferiores de ansiedad. **Conclusiones:** La dimensión funcionamiento emocional del cuestionario de la EORTC-qlq c30 evalúa predominantemente la sintomatología relacionada con la ansiedad. Estos resultados indican que, debido a la importancia de un diagnóstico adecuado de la sintomatología depresiva y su impacto en la Calidad de vida global de las personas con cáncer, la evaluación del distres psicológico no debe llevarse a cabo exclusivamente a través del cuestionario de Calidad de Vida sino a través de instrumentos adicionales.

Objectives: We examined the relationships among health-related quality of life (HRQL), anxiety and depression in patients with high grade glioma. Design: Transversal, descriptive and correlational. Participants: Twenty-nine patients admitted to the Neurosurgery Service of the Hospital General Universitario of Valencia with a tentative diagnosis of glioblastoma multiforme. Results: Significant differences have been detected in the levels of anxiety according to the level of emotional and social functioning. Specifically, those patients that presented higher levels in emotional and social dimensions of the EORTC-qlq 30 questionnaire presented lower levels of anxiety. Conclusions: The Emotional Functioning dimension of EORTC-qlq c30 predominantly assesses anxiety. This implies a risk of under diagnosed depression, if the EORTC-qlq c30 is used as the only instrument to screen for psychological distress in cancer patients. As depression has a stronger impact on global QL of cancer patients than anxiety, the use of an additional instrument is recommended for assessment of depression.

palabras clave/keywords:

Ansiedad, depresión, Calidad de Vida relacionada con la Salud, cáncer.

Anxiety, depression, health-related quality of life, cancer.

Introducción

El bienestar psicológico es sin duda alguna un objetivo primordial en el tratamiento integral del paciente de cáncer y afortunadamente cada vez dicho bienestar se contempla más en las investigaciones con estos

pacientes (Stark, 2002) En este sentido, la depresión y la ansiedad representan, en la mayoría de las investigaciones realizadas, los síntomas psicológicos más comunes en estos pacientes y por tanto los parámetros que a la inversa nos indican la existencia o no de bienestar. Sin embargo los datos de

la prevalencia de estos síntomas en estudios previos presenta grandes incongruencias, alcanzando, en una revisión de la literatura de 58 estudios (Van 't Spijker, 1997) rangos de prevalencia de ansiedad que van desde 0,9 % hasta 49 %. En el mismo sentido, mientras que un estudio realizado con una muestra de 716 pacientes diagnosticados de alguna enfermedad oncológica (Karstein, 2000) muestra que la prevalencia de ansiedad es del 13 % frente al 9 % de depresión, los datos aportados por Maher (1996) en un estudio realizado en 129 pacientes muestran una prevalencia de ansiedad del 20 % y que el 44 % de los casos presentan significativos síntomas de depresión.

La posible explicación de estas diferencias no sólo radica en la alta heterogeneidad de los pacientes evaluados, sino además en las diferencias metodológicas e instrumentos de evaluación. Así mismo, la coincidencia sintomática entre algunas manifestaciones de la enfermedad y de las alteraciones psicológicas hace más compleja su evaluación.

Se han diseñado una amplia gama de cuestionarios para evaluar y detectar el distress psicológico y los niveles de depresión en pacientes con cáncer. Sin embargo, actualmente, "la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria" (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983) es el instrumento de "screening" de alteraciones afectivas más utilizado en la literatura científica. Este instrumento evalúa los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con alguna enfermedad y está constituido por dos subescalas; HADS-A, que evalúa los niveles de ansiedad y HADS-D que evalúa los niveles de depresión. Se ha señalado, además que el uso de instrumentos simples de detección para reconocer síntomas de ansiedad y depresión facilita la identificación de los grupos de riesgo, los cuales podrían

beneficiarse de los diferentes tratamientos psicológicos (Razavi, Delvaux, Farvacques, Robaye et al., 1990)

Los avances en el tratamiento de las enfermedades oncológicas con la consecuente mayor supervivencia de los pacientes ha permitido, no sólo una mayor atención a los aspectos referidos al funcionamiento psicológico de estas personas sino que además ha dado lugar a un progresivo interés en la atención de todas las áreas y dimensiones que les suceden ante un diagnóstico de cáncer. La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) es el término que engloba los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, siendo considerado en la actualidad no como un concepto que busca la "excelencia" en el tratamiento integral de las personas con una enfermedad neoplásica, sino como un criterio necesario para alcanzar los mínimos exigibles en dicha atención. Sin embargo, la CVRS en pacientes con tumor cerebral no ha sido estudiada de forma eficaz y extensa, entre otras causas por la ausencia de cuestionarios específicos que valoren el impacto de esta enfermedad en todas las áreas de la vida del paciente (Lovely, 1998) Las primeras evaluaciones de la CVRS de estos pacientes surgieron hace 15 años, utilizándose en la mayoría de los casos, y de forma muy similar en estudios recientes, instrumentos genéricos de CV en cáncer.

El cuestionario genérico utilizado mayoritariamente en los estudios con pacientes diagnosticados de tumor cerebral ha sido la versión del European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) (Aaronson NK et al, 1993), unido a otros cuestionarios y escalas (Karnofsky Performance Status -KPS- (Karnofsky, 1949), Barthel Activities of Daily Living Index -BADLI- (McDowell, 1987)

Las personas diagnosticadas de gliomas de alto grado, afrontan una situación realmente adversa. El tiempo de progresión del tumor es aproximadamente de un año y su tratamiento, incluyendo cirugía, radioterapia y quimioterapia, siempre es paliativo. Así pues, no sólo se enfrentan a un diagnóstico claro de enfermedad grave sino que además y previamente sufren un periodo de vulnerabilidad psicológica y de incertidumbre de un posible diagnóstico que sospechan y temen pero que no ha sido explícitamente informado y cuyo alcance real desconocen.

Por ello, la ansiedad en pacientes con posible tumor cerebral puede estar presente antes del diagnóstico. El posible diagnóstico puede desencadenar preocupaciones anticipadas hacia la evolución de la enfermedad, el tratamiento y eventuales complicaciones asociadas a la pérdida progresiva de autonomía que antecede a la muerte. Así, en este estudio nos planteamos determinar (a) niveles de ansiedad y depresión en pacientes con tumor cerebral previos al diagnóstico y (b) investigar la relación existente entre las puntuaciones de ansiedad / depresión y las diferentes dimensiones del cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud de la EORTC QLQ C30. Todo ello nos permite afinar en la caracterización de la vulnerabilidad que presentan estos pacientes y mejorar en función de la misma nuestras intervenciones psicológicas incardinadas en el trabajo interdisciplinar.

Material y métodos

Pacientes

La muestra consiste en 29 pacientes consecutivos con sospecha de glioma de alto grado, que han recibido atención sanitaria en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Valencia. Todos los

pacientes se encontraban conscientes y orientados temporoespacialmente en el momento del diagnóstico. Los pacientes incluidos aceptaron su participación en el estudio tras ser convenientemente informados. El diagnóstico de glioma de alto grado fue confirmado posteriormente en todos los participantes.

Variables e instrumentos de medida

Datos sociodemográficos y clínicos. Los datos recogidos de las historias clínicas fueron los siguientes: edad, género y estudios terminados (con relación a los datos sociodemográficos) y función neurológica, localización del tumor, lateralización, otras enfermedades oncológicas y tipo de tratamiento recibido (con relación a los datos clínicos)

Bienestar emocional. El nivel de ajuste psicológico y bienestar emocional del paciente se ha evaluado a través de la escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria H.A.D. Como hemos comentado anteriormente, la escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria es una escala de auto-valoración que se utiliza como un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad. Consta de 14 ítems con un rango de respuesta de 0 a 3 y sus subescalas de depresión y ansiedad son también medidas válidas de la severidad de las alteraciones emocionales. Los ítems que componen la subescala de depresión están ampliamente basados en los síntomas centrales de la psicopatología de la depresión. Los ítems que comprenden la subescala de ansiedad se fundamentan en manifestaciones psíquicas de ansiedad situacional. La puntuación máxima posible en cada dimensión es 21. Puntuaciones entre 0 y 7 son consideradas como no clínicamente significativas, entre 8 y 10 como casos dudosos y por encima de 10, tanto en depresión como en ansiedad, son consideradas clínicamente significativas.

Calidad de Vida relacionada con la Salud: Se ha evaluado mediante el Cuestionario genérico de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, Aronson, N.K. y cols, 1993) El EORTC QLQ C-30 está constituido por 30 ítems separados en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y de rol) y 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos) El rango de puntuaciones corregidas en las distintas dimensiones del cuestionario es de 0 a 100; a mayor puntuación mayor Calidad de Vida relacionada con la Salud.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo entre los meses de enero de 2005 y junio de 2006. Los datos sociodemográficos y clínicos fueron recogidos de las historias clínicas. Los datos relacionados con la CVRS y bienestar emocional a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) fueron recogidos mediante la evaluación realizada por un psicólogo antes del proceso de información del diagnóstico.

Plan de Análisis de Datos

Se realizó un análisis descriptivo y diferencial de la muestra, a través del análisis de frecuencias, medias y porcentajes con respecto a las variables incluidas en el estudio. Para verificar las posibles diferencias en las variables relacionadas con los niveles de ansiedad y depresión y las distintas dimensiones de la CVRS utilizando como moduladoras las variables sociodemográficas y clínicas se ha empleado la prueba de U de Mann-Witney. Para determinar la relación existente entre las puntuaciones de Ansiedad y Depresión y las distintas dimensiones de la CVRS se calculó el Coeficiente de Correlación de Pearson (*R*)

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows, versión 11.0.

Resultados

Los resultados de los datos sociodemográficos se presentan en la tabla 1. Como puede observarse, el número de hombres y mujeres es similar, la edad media es bastante elevada, sin embargo es de destacar la desviación típica considerable que informa de la presencia de personas adultas jóvenes en la muestra. Igual que el resto de pacientes atendidos en nuestro hospital, su nivel de estudios es predominantemente medio-bajo y el diagnóstico es el mismo para todos los sujetos.

Prevalencia de distres psicológico

En los pacientes evaluados antes del diagnóstico la prevalencia de casos con distres psicológico a través del HAD fue de 74,9 % de ansiedad clínicamente significativa (puntuaciones por encima de 10) frente a un 4,2 % de niveles de depresión significativos (puntuaciones por encima de 10) Las puntuaciones medias fueron: 11,67 (D.T.= 3,001) en cuanto a los niveles de ansiedad y 4,16 (D.T.=2,98) con relación a los niveles de depresión. Estos niveles de ansiedad son manifiestamente superiores a los encontrados en otros estudios con poblaciones de pacientes oncológicos que incluyen distintas patologías suponiendo que la presencia de patología cerebral aunque no se conozca su verdadera significación implica un grado de ansiedad muy importante para los pacientes.

No se han encontrado diferencias significativas en los niveles de ansiedad y depresión considerando las variables sociodemográficas (género, edad) y las variables clínicas (localización y tamaño del tumor) La incer-

Tabla 1: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra estudiada (n = 29)

Sexo		Localización	
Hombres	51,9 %	Frontal	33,3 %
Mujeres	48,1 %	Parietal	33,3 %
		Temporal	29,6 %
Edad	65,48 (DT, 13,07)	Occipital	3,7 %
		Lateralización	
Estudios		Izquierda	63 %
Ninguno	33,3 %	Derecha	37 %
Primarios	37 %	Tratamiento	
Secundarios	29,6 %	Cirugía	3,7 %
Universidad	0 %	Cirugía + RT/QT	29,6 %
Postgrado	0 %	Biopsia + Cirugía	3,7 %
		Biopsia + RT/QT	22,2 %
Diagnóstico	100 % GBM	Biopsia + Cirugía + RT/QT	3,7 %
		Tratamiento paliativo	37 %

tidumbre y el elevado grado de preocupación parece en estos momentos homogeneizar a las personas.

Calidad de Vida relacionada con la Salud

Las puntuaciones medias de las distintas dimensiones de la CVRS fueron las siguientes: funcionamiento físico; 62,52 (DT = 17,19), funcionamiento de rol; 54,73 (DT = 13,7), funcionamiento emocional; 59,5 (DT = 20,29), funcionamiento cognitivo; 50 (DT = 16,31) y funcionamiento social; 63,39 (DT = 15,19) No se han encontrado diferencias significativas en las dimensiones de CVRS considerando el género y datos clínicos (la localización y tamaño del tumor) sin embargo la edad, si produce diferencias con relación a la CVRS. El funcionamiento físico fue

distinto entre aquellas personas menores de 65 años (media 71,5; DT = 11,75) y aquellas personas mayores de 65 años (media 52,72; DT = 17,21) ($U=26$; $Z=-2,487$; $p=0,013$) Las personas menores de 65 años presentan un mejor funcionamiento físico que las personas mayores de 65 años. Las puntuaciones medias y desviaciones típicas de los niveles de ansiedad, depresión y las distintas dimensiones de la CVRS en relación con las características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla 2.

Niveles de Ansiedad/Depresión y Calidad de Vida relacionada con la Salud

Existen correlaciones significativas entre la Calidad de Vida relacionada con la Salud y el distres psicológico de los pacientes diag-

nosticados de tumor cerebral. Con relación a la ansiedad, las personas que presentan menores niveles de ansiedad en el momento del ingreso, es decir, durante la realización de las pruebas diagnósticas y antes de la comunicación del diagnóstico, presentan un mejor funcionamiento emocional ($r = -0,523$; $p < 0,01$) y un mejor funcionamiento social ($r = -0,451$; $p < 0,05$). No existen diferencias significativas entre los niveles de depresión y la CVRS de las personas evaluadas. Los resultados son totalmente consistentes con

la lógica del conjunto de los mismos. En la medida que la vulnerabilidad psicológica está configurada fundamentalmente por elevados niveles de ansiedad, es esperable su relación inversa con el bienestar de los pacientes.

Discusión

Durante el proceso de enfermedad, los pacientes diagnosticados de posible glioma de alto grado presentan un elevado nivel de malestar afectivo. El diagnóstico de cáncer

Tabla 2: Puntuaciones medias (DT) de los niveles de ansiedad, depresión y CVRS con relación a los datos sociodemográficos y clínicos

	N	HAD-A	HAD-D	FF	FR	FE	FC	FS
Muestra Total	29	11,66 ± 3,02	4,16 ± 2,98	62,52 ± 17,19	54,73 ± 13,78	59,5 ± 20,29	50 ± 16,31	63,39 ± 15,19
Mujeres	13	12,7 ± 2,05	4,9 ± 3,34	60,3 ± 19,99	55,1 ± 15,35	56,01 ± 20,40	43,9 ± 13,93	60,4 ± 15,49
Hombres	16	10,92 ± 3,40	3,64 ± 2,70	64,23 ± 15,33	54,46 ± 13,09	61,92 ± 20,61	54,69 ± 16,95	65,69 ± 15,16
Menores de 65 años	13	12,33 ± 2,96	3,75 ± 2,63	71,5 ± 11,75	56,33 ± 14,61	61,16 ± 22,01	53,58 ± 17,02	69 ± 13,13
Mayores de 65 años	16	11 ± 3,01	4,58 ± 3,36	52,72 ± 17,21	53 ± 13,29	57,83 ± 19,24	46,09 ± 15,31	57,27 ± 15,46
Tumor frontal	9	11,67 ± 3,55	3,83 ± 4,21	62,5 ± 21,09	57,16 ± 10,43	56 ± 25,61	55,16 ± 17,94	58,67 ± 18,91
Tumor temporal	9	11,12 ± 3,04	4,37 ± 2,44	55,5 ± 16,5	46,12 ± 12,29	53,25 ± 21,33	39,37 ± 9,54	62,5 ± 18,84
Tumor parietal	10	11,77 ± 2,86	4 ± 2,95	69,12 ± 15,19	61,87 ± 14,8	66,67 ± 16,27	55,75 ± 17,79	66,75 ± 8,43
Tumor occipital	1	15	6	66	52	66	58	72
Hemisferio cerebral derecho	12	12,11 ± 2,97	4,77 ± 3,63	59,45 ± 18,18	57,34 ± 12,77	58,45 ± 19,51	54,55 ± 16,94	60,66 ± 15,60
Hemisferio cerebral izquierdo	17	11,4 ± 3,08	3,8 ± 2,59	64,5 ± 16,91	53,01 ± 14,61	60,13 ± 21,4	47,07 ± 15,81	65,14 ± 15,24

N Número de pacientes
HAD-A Niveles de ansiedad
HAD-D Niveles de depresión
FF Funcionamiento físico

FR Funcionamiento de rol
FE Funcionamiento emocional
FC Funcionamiento cognitivo
FS Funcionamiento social

produce una conmoción personal, constituye una importante amenaza para quién lo padece y crea una profunda transformación orgánica y psicológica. Ashbury (1998) en un estudio realizado con 913 pacientes indica una prevalencia de niveles de ansiedad elevados en un 77 % de la muestra, coincidiendo con otros estudios previos (Derogatis et. al, 1983, Holland 1996, Barreto, 2003, Tagay, 2006) que indican que más del 60 % de los pacientes con cáncer informan padecer malestar afectivo, presentando el 68 % de los sujetos estado de ánimo ansioso o depresivo y el 13 % mostrando criterios de trastorno depresivo mayor. Nuestros datos respaldan ampliamente la existencia de vulnerabilidad psicológica en estos pacientes, predominando en este caso la patología ansiosa sobre la depresiva.

A diferencia de estudios previos, en los que aspectos sociodemográficos, como la edad y el género influían claramente en los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos; mayores niveles de ansiedad, depresión o ambos en aquellas personas más jóvenes y de género femenino (Skartein, 2000, Watson, 1999, Tsunoda, 2005, Tagay, 2006) en nuestro estudio no se encuentran diferencias relevantes en los niveles de problemática exhibidos ni con relación a la edad ni al género de los pacientes. Como hemos comentado anteriormente, el alto grado de amenaza percibida parece homogeneizar a los individuos en estas circunstancias. Si se observan sin embargo relaciones diferentes, lógicas, en los niveles funcionales recogidos en el cuestionario de calidad de vida. En este sentido una menor edad facilita un mejor funcionamiento personal. En el caso de las personas de más edad, los efectos de la patología neoplásica se suman al desgaste físico propio de la edad.

Por otro lado la correlación existente entre la dimensión Funcionamiento Emocional del EORTC QLQ-C30 y la subescala de Ansiedad del HAD (sin encontrarse diferencias significativas con relación a los niveles de depresión) indica que la dimensión del cuestionario de CVRS del EORTC QLQ-C30 evalúa exclusivamente la sintomatología relacionada con la ansiedad; resultados que coinciden con estudios previos (Skarstein, 2000) De estos resultados se desprende, que a pesar de que los niveles elevados de depresión tienen gran impacto en la CVRS global de los pacientes con alguna enfermedad neoplásica, esta dimensión deberá evaluarse a través de instrumentos específicos que diferencien entre las varias dimensiones del malestar psicológico.

Finalmente, los resultados que hemos obtenido nos indican claramente que nuestros esfuerzos terapéuticos de soporte deberían ir encaminados a la contención de la ansiedad inicial puesto que esta presenta niveles muy intensos, clínicamente significativos. Mensajes de apoyo y confianza por parte de todo el personal sanitario, disminución de la incertidumbre en aquellos aspectos asociados al diagnóstico que incrementan innecesariamente el malestar emocional (momentos en que se realizarán las pruebas, visitas médicas de interconsulta, curas, etc.) facilitarán dicha contención. Todo ello, naturalmente deberá ir asociado a técnicas psicológicas específicas en aquellos casos que la configuración sintomática o la intensidad de la problemática lo requieran. El conjunto será de gran utilidad para los pacientes en estos momentos críticos.

bibliografía

Barreto MP, Palliative Care. In R. Fernández Ballesteros (Ed.) (2003) *The Enciclopedia of Psychological Assessment*. London: Sage Publications, : 2; 671-4.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et. al. (1983) *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. JAMA, 249:751- 7.

Holland JC. (1996) *Desafíos psicológicos del cáncer. Investigación y ciencia*, 242: 106-109.

Karnofsky DA, Burchenal JH.(1949) *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. In: Macleod CM, ed. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. Nueva York: Columbia University Press:191-208.

Lovely MP. (1998) *Quality of life of brain tumor patients*. *Seminars in Oncology Nursing*, 14(1):73-80.

Maher EJ, Mackenzie C, Young T, et. al. (1996) *The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaire to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy*. *Cancer Treat Rev*, 22:123-9.

McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. (1987) *The Barthel Index*. Oxford: Oxford University Press: 49-54.

Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. (1990) *Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer inpatients*. *Br J Psychiatry*, 156: 79-83.

Skarstein J, Aass N, Fossa SD, et al (2000): *Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire*. *J Psychosom Res*; 49:27-34.

Stark D, Kiely A, Smith A, et al (2002): *Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations and relation to quality of life*. *J Clin Oncol*; 20:3137-3148.

Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, Gorges R. (2006) *Health-related Quality of Life, depression and anxiety in thyroid cancer patients*. *Qual Life Res*. 15(4):695-703.

Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Yasuda N, Shibusawa M, Kusano M.(2005) *Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients*. *Int J Clin Oncol*. 10(6):411-7.

Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ (1997): *Psychological sequelae of cancer diagnosis: a metaanalytical review of 58 studies after 1980*. *Psychosom Med*; 59:280-293.

Walsh D, Donnelly S, Rybick L. *The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients*. *Support Care Cancer* 2000; 9 (3): 175-9.

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM.(1999) *Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study*. *Lancet*, 16;354(9187):1331-6.

Zigmond AS, Snaith RP. (1983) *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatr Scand* 67:361-70.

Fecha de recepción: 04/07/2006
Fecha de aceptación: 27/10/2006