

Resumen: El siguiente artículo pretende examinar la evidencia de la enfermedad neoplásica como situación vital estresante, considerando las cuestiones metodológicas y conceptuales de la literatura vigente. De este modo, se facilita la comprensión de la morbilidad psicológica de los pacientes diagnosticados de cáncer dentro del marco teórico del Trastorno de Estrés Posttraumático. En la actualidad, el cáncer se define como una enfermedad crónica, constituida por múltiples estresores que se repiten en el tiempo. Además, el grado de amenaza percibido en cáncer está dirigido hacia el futuro, y moderado por el tipo de localización tumoral. A lo largo del presente artículo, se abordan los problemas de definición del propio trastorno, delimitando síntomas, subsíndrome y síndrome; así como, los métodos de evaluación y problemas metodológicos que de su aplicación se derivan.

Palabras Clave: Cáncer, Trastorno de Estrés Posttraumático.

Abstract: The following paper aims to examine the evidence of the oncology disease as threatening stress event, considering the methodologic and conceptual questions of effective literature. In this sense, the understanding of the psychological morbidity of the diagnosed patients of cancer within the theoretical frame of the Posttraumatic Stress Disorder is facilitated. At the present time, the cancer is defined as a disease chronic illness, constituted by manifold stress events that is repeated in the time. In addition, the degree of perceived threat in cancer is directed towards the future, and it is moderate by the type of tumorlike location. Throughout the present article, the problems of definition of the own upheaval are approached, delimiting symptoms, subsyndrome and syndrome; as well as, methodological problems and assessment methods derived from its application.

Key words: Cancer, Posttraumatic Stress Disorder

Title: PTSD associated to cancer: theoretical overview

Trastorno de Estrés Posttraumático relacionado con cáncer

La inclusión de las enfermedades potencialmente mortales como acontecimientos vitales estresantes en el DSM IV (APA, 1994) y el aumento significativo en las tasas de supervivencia de pacientes oncológicos, debido a los avances científicos y tecnológicos han permitido entender la morbilidad psicológica de los pacientes diagnosticados de cáncer dentro del marco

teórico del Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT). A partir de estos hechos ha aparecido un limitado número de investigaciones sobre el tema en los últimos años. No obstante, el estudio de este trastorno psicopatológico asociado a cáncer continúa siendo problemático debido a las características de este acontecimiento traumático y a la comorbilidad entre síntomas propios de TEPT y de la enfermedad oncológica. Por ello, los objetivos del presente artículo consisten en examinar la presencia de TEPT en población oncológica y aportar evidencia a la definición de cáncer como acontecimiento vital estresante, conside-

* Dirigir la correspondencia a: Dr. M.E. Olivares Crespo, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas. Pozuelo de Alarcón. 28223. Madrid.
e-mail: meolivares@correo.cop.es

© Copyright 2004: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 25-4-03; Aceptado: 26-11-03.

rando las cuestiones metodológicas y conceptuales de la literatura actual.

De acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos en el DSM IV-TR (APA, 2000), la característica esencial de TEPT es la aparición de síntomas que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir:

- Presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático (Criterio B).
- Evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C).
- Presencia de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D).
- Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C, D) se prolongan más de un mes.
- Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F).

Asimismo, este trastorno puede ser agudo si los síntomas duran menos de 3 meses; crónico si los síntomas duran 3 meses o más; o de inicio demorado cuando transcurren seis meses, como mínimo, entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas. En relación a TEPT secundario al diagnóstico de cáncer, Alter et al. (1996) han diferenciado dos tipos de diagnóstico de acuerdo al criterio temporal: a) *current* TEPT, el paciente informa de la presencia de síntomas en el mes previo a la evalua-

ción, y éstos han permanecido los últimos seis meses; b) *lifetime* TEPT, el individuo ha presentado síntomas de dicho trastorno en cualquier momento previo a los seis meses anteriores a la evaluación clínica.

Instrumentos de evaluación de TEPT en cáncer

De manera general, la estrategia multidimensional es la más adecuada para la evaluación de TEPT, recogiendo información relacionada con variables cognitivas, emocionales, y de funcionamiento social y laboral de los individuos. Esta evaluación se realiza mediante la aplicación de diversas pruebas, tales como entrevistas diagnósticas, autoinformes, cuestionarios y medidas de observación directa (Allen, 1994; Wolfe, Keane, Lyons y Gerardi, 1987).

En relación al estudio de la prevalencia de TEPT asociado con el cáncer, se pueden diferenciar dos procesos de recogida de información: la evaluación mediante entrevistas estructuradas y la evaluación a través de instrumentos de autoinforme. En la Tabla 1 se presentan algunos de los instrumentos más frecuentemente empleados para la evaluación del TPET, en investigaciones realizadas con pacientes oncológicos en los últimos seis años.

Evaluación diagnóstica de TEPT mediante entrevistas estructuradas

En general, las entrevistas diagnósticas se dividen en dos partes, estando reservada la primera para la recogida de información sobre los datos sociodemográficos e historia del sujeto, mientras la segunda para los módulos de preguntas relacionadas con los distintos trastornos psicopatológicos. Así, en esta área de investigación se ha aplicado el módulo correspondiente a TEPT, referido únicamente a la enfermedad oncológica como acontecimiento traumático. Algunas

de las entrevistas más empleadas en la literatura revisada son las siguientes:

- Entrevista Clínica Estructurada para DSM III-R (*Structured Clinical Interview for DSM III-R*, SCID; Spitzer, Williams y Gibbon, 1987)
- Entrevista Clínica Estructurada para DSM III-R, edición no pacientes (*Structured Clinical Interview for DSM III-R-Nonpatient Edition*, SCID-NP; Spitzer, Williams, Gibbon, 1990)
- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM IV (*Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorder*, SCID; First, Spitzer, Williams, 1995)
- Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV, edición no pacientes (*Structured Clinical Interview for DSM IV-NonPatient*, SCID-NP version 2.0; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996).

Tabla 1. Instrumentos de evaluación de TEPT en pacientes supervivientes de cáncer

INSTRUMENTO	AUTORES	DOMINIOS	SUBDOMINIOS
Módulo de TEPT de SCID para DSM III-R.	Spitzer, Williams y Gibbon, (1987)	Diagnóstico de TEPT	Criterios DSM III-R
Módulo de TEPT de SCID-NP, versión 1.0	Spitzer, Williams, Gibbon, (1990)	Diagnóstico de TEPT	Criterios DSM III-R
Módulo de TEPT de SCID-I	First, Spitzer, Williams et al., 1995	Diagnóstico de TEPT	Criterios DSM III-R
Módulo TEPT SCID-NP version 2.0	First, et al., (1996)	Diagnóstico de TEPT	Criterios DSM III-R
Escala del Impacto de Sucesos (IES)	Horowitz, Wilner y Álvarez, (1979)	Malestar psicológico ante un evento estresante.	Síntomas de evitación e intrusión.
PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C)	Weathers, Huska, y Keane, (1991)	Intensidad y frecuencia del malestar provocado por síntomas específicos de TEPT.	Síntomas de reexperimentación, de evitación y aumento del arousal de acuerdo a criterios diagnósticos
Escala de Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico (CAPS I)	Blake, Weathers, Nagy et al. (1990)	Frecuencia intensidad de los síntomas propios de TEPT	Criterios diagnósticos DSM

Evaluación de los síntomas de TEPT mediante cuestionarios

Para la evaluación de los parámetros de frecuencia e intensidad de los síntomas relativos a TEPT, se han aplicado diversos instrumentos de autoinforme, generalmente en forma de cuestionarios. Algunos de los instrumentos más frecuentemente empleados, en estas investigaciones, han sido los siguientes:

- Escala del Impacto de Sucesos (*Impact of Event Scale*, IES; Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979). Este cuestionario tiene como objetivo evaluar el malestar psicológico relacionado con un determinado evento, resulte éste o no en un trastorno de estrés postraumático; por tanto, no evalúa síntomas específicos de TEPT, aunque ha sido ampliamente aplicado en estas investigaciones. El instrumento está

compuesto por 15 ítems, 7 de los cuales pertenecen a la subescala de Intrusión y los 8 restantes a la subescala de Evitación. El paciente debe responder con qué frecuencia ha experimentado estos síntomas durante la semana anterior, según una escala de 4 puntos (0 = nada en absoluto; 1 = raras veces; 3 = algunas veces; 5 = a menudo). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en todos los ítems y oscila entre 0 y 75 para la escala total, entre 0 y 35 para la subescala de intrusión y entre 0 y 40 para la subescala de Evitación. En general las puntuaciones menores a 8,5 se consideran bajas, entre 8,6 y 19 se consideran moderadas, y mayores de 19 se consideran altas. Investigaciones anteriores (Horowitz, 1982) han indicado que puntuaciones mayores de 20 en las subescalas, y mayores de 30 en la puntuación total indican posible TEPT, aunque no debe obviarse la falta de ítems de evaluación de síntomas acerca del aumento de la activación en este instrumento.

- *PTSD Checklist Civilian Version (PCL-C*, Weathers, Huska, y Keane, 1991). Este listado de síntomas pretende la evaluación de la intensidad y frecuencia del malestar generado por los síntomas principales de TEPT. El instrumento está constituido por 17 ítems que corresponden a los síntomas de este trastorno según DSM IV, y el paciente debe valorar el grado de malestar experimentado a raíz de los síntomas durante el mes anterior a la evaluación, según una escala de 5 puntos (1 = en absoluto; 2 = un poco; 3 = moderado; 4 = bastante; 5 = extremadamente). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en todos los ítems y oscila entre 0 y 85 para la escala total. Los autores aseguraron que la escala podía discriminar los casos con posible diagnóstico TEPT a partir de dos formas de puntuación. El primer método de corrección informa de la puntuación total obtenida,

de manera que cuando esta puntuación es 50 o mayor sugiere el posible diagnóstico de TEPT, de acuerdo a criterios DSM IV. El segundo método de corrección informa del cumplimiento de los criterios diagnósticos para DSM IV, de tal forma que si el individuo presenta uno o más síntomas de reexperimentación del acontecimiento, tres o más síntomas de evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la re-actividad general, y presenta dos o más síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal), es definido como posible caso de diagnóstico de TEPT, de acuerdo a los criterios diagnósticos de DSM IV. Este instrumento de evaluación ha sido ampliamente utilizado en el estudio de TEPT en población oncológica, y Andrykowski, Cordova, Studts y Miller (1998) indicaron su aplicación como instrumento de *screening* para esta población con óptimos criterios de calidad para una puntuación igual o mayor a 50.

- Escala de Trastorno de Estrés Postraumático de administración clínica (*Clinical-Administered PTSD Scale, CAPS*; Blake et al., 1990). Esta entrevista estructurada está formada por 17 ítems puntuados por el entrevistador que considera los síntomas principales de TEPT según criterios DSM, incluyendo reexperimentación de sucesos traumáticos, evitación de estímulos relacionados con el trauma y aumento del *arousal*. Así, para cada uno de los ítems, se evalúa la frecuencia de dichos síntomas de la siguiente forma: 0= nunca; 1= una o dos veces a la semana; 3= varias veces a la semana; 4= extrema; y la puntuación total oscila entre 0 a 8 para cada ítem y 0 a 136 para los 17 ítems totales. La CAPS puede ser puntuada según criterios DSM si se establece una dicotomía en la evaluación de la presencia o ausencia de TEPT, existiendo dicho trastorno cuando la puntuación de la frecuencia es al menos 1 y la puntuación de intensi-

dad es al menos 2, y al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de activación.

Patología oncológica como acontecimiento vital estresante

La enfermedad oncológica como acontecimiento vital estresante, presenta diferencias frente a otras enfermedades potencialmente mortales (Doerfler, Pbert y DeComiso, 1994), y a otros acontecimientos traumáticos (Green, Wilson y Lindy, 1985; Horowitz y Solomon, 1975; Lyons, 1987; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995; Kilpatrick et al., 1989; Kulka et al., 1990; McFarlane y Papay, 1992; Pitman, Altman, y Macklin, 1989; Roca, Spence y Munster, 1992).

La primera característica distintiva refiere a la ambigüedad del estresor, ya que la enfermedad oncológica es una enfermedad compleja constituida por múltiples estresores (Greenberg et al., 1994), tales como diagnóstico, tratamientos oncológicos y efectos aversivos asociados, presencia de dolor, pronóstico de la enfermedad, alteraciones en la imagen corporal e interferencia de la enfermedad en las actividades de la vida diaria. En población oncológica, el desarrollo de TEPT podría deberse a la exposición de un único estresor o a la combinación de diferentes estresores, lo que dificulta la definición de la situación traumática precipitante (criterio A1) y la detección de las respuestas de temor, desesperanza y horror asociadas a dicha situación (criterio A2). Otra de las características de este evento vital estresante, radica en la duración y frecuente repetición de situaciones amenazantes que componen esta patología, definiéndose en la actualidad como una patología crónica, y no existiendo período libre de enfermedad en algunas ocasiones.

Asimismo, el grado de amenaza percibido no es necesariamente inmediato, pudiendo estar orientado hacia el futuro

(Kangas, Henry y Bryant, 2001) y moderado por el tipo de localización tumoral, el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y la historia familiar de cáncer (Smith, Redd, Peyser y Volg, 1999). Además, Green et al. (1998) señalaron que el acontecimiento vital estresante necesario para la aparición de TEPT debía provocar un peligro o amenaza inmediata para la integridad física.

Por otra parte, Smith et al. (1999) señalaron que otra de las características relativas a este evento traumático, será el grado de controlabilidad percibido. Si bien estos autores señalaron que los pacientes oncológicos, una vez transcurrido tiempo desde el diagnóstico y un período de adaptación a éste, podrían poseer cierto grado de control en relación a los tratamientos médicos; la presencia de inesperadas hospitalizaciones, de larga duración y recurrentes, así como los síntomas propios de la enfermedad, pueden generar en estos pacientes una sensación relevante de pérdida de control.

Otra característica distintiva de cáncer como acontecimiento traumático es la naturaleza interna del estresor (Green et al., 1998), con respecto a otros acontecimientos vitales estresantes. Esta característica dificulta la aparición de respuestas de evitación propias de TEPT, ya que como indicaron Kangas, Henry y Bryant (2001) es imposible escapar físicamente de la enfermedad oncológica como patología crónica.

TEPT secundario a la enfermedad oncológica

De acuerdo al primer criterio diagnóstico de este trastorno (APA, 2000), los síntomas de TEPT pueden estar presentes tanto en personas supervivientes de cáncer como en sus familiares, haciéndose referencia únicamente a los estudios realizados sobre población adulta oncológica en seguimiento. Las investigaciones referidas a esta población pueden dividirse en tres grupos, de

acuerdo a los objetivos propuestos: 1) determinación de la prevalencia de diagnóstico clínico de TEPT y subsíndrome, relacionados con la enfermedad oncológica (Amir y Ramati, 2002; Alter et al., 1996; Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998); 2) evaluación de síntomas aislados de TEPT (Butler, Koopman, Classen y Spiegel, 1999; Khalid y Afsheen, 2000; Kwekkboom y Seng, 2002; Tjemsland, Søreide y Malt, 1996); y 3) identificación de factores de riesgo para este trastorno (Andrykowski y Cordova, 1998; Jacobsen et al., 2002; Widows, Jacobsen, Fields, 2000).

En primer lugar, es necesario destacar la existencia de investigaciones en este campo de estudio previas a la inclusión de enfermedades potencialmente mortales como acontecimientos vitales estresantes (APA, 1994). Ya en 1985 Nir, mediante observaciones clínicas, informó de respuestas de estrés similares a la sintomatología asociada a TEPT, en una muestra pediátrica con diagnóstico oncológico. En relación a la población adulta, Cella y Tross (1986) observaron mayores respuestas de evitación en hombres diagnosticados de enfermedad de Hodgkinson, con respecto a una muestra de individuos sanos. Además, Smith y Lesko, (1988) informaron de la presencia de sueños recurrentes relacionados con el diagnóstico, así como de episodios frecuentes de *flashback*, relacionados con el tratamiento en pacientes diagnosticados de cáncer. Kornblith et al. (1992) señalaron que las puntuaciones obtenidas en IES (Impact of Event Scale; Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) correlacionaban con el tiempo transcurrido desde la finalización de tratamiento, en una muestra de pacientes diagnosticados de la misma enfermedad y de ambos sexos.

Por su parte, Cella, Mahon y Donovan (1990) fueron los primeros investigadores en informar de síntomas de intrusión y evi-

tación en individuos con al menos una recidiva de la enfermedad oncológica, siendo mayores estos síntomas en el primer diagnóstico de recidiva, con respecto al segundo y tercer diagnóstico. En la misma línea de investigación, Kaasa et al. (1993) observaron que previo al tratamiento paliativo, el 21% de la muestra presentó síntomas propios de TEPT.

Aunque los resultados de estos estudios demuestran la existencia de síntomas característicos de TEPT, los instrumentos de evaluación utilizados en estas investigaciones han sido diseñados para la medición de respuestas generales de estrés, ansiedad y depresión, y no específicamente orientados a la evaluación de los síntomas propios del TEPT. De hecho, algunos investigadores han advertido de las limitaciones en la evaluación psicológica para el diagnóstico y síntomas de TEPT relacionados con cáncer (Andrykowski, Cordova, McGrath y Sloan, 2000).

Prevalencia de diagnóstico clínico y subsíndrome de TEPT secundario a cáncer

La revisión realizada para el presente artículo consiste en 15 estudios que analizan la prevalencia de TEPT en cáncer. Estas investigaciones presentan un diseño transversal, a excepción de un estudio de corte longitudinal (Andrykowski et al., 2000); y el momento de evaluación desde la finalización del tratamiento oncológico, ha oscilado en un rango entre los dos meses y los cinco años. En relación al género y a la localización tumoral de la muestra, once investigaciones evalúan la prevalencia de TEPT en población femenina diagnosticada de carcinoma de mama en diferentes estadios de la enfermedad mientras que, únicamente tres estudios, utilizan una muestra formada por participantes de ambos sexos y diferentes localizaciones tumorales (Jacobsen et al., 2002; Smith, Redd, DuHa-

mel, Vickberg y Ricketts, 1999; Widows, Jacobsen y Fields, 2000).

Tabla 2. Prevalencia de diagnóstico clínico de TEPT en cáncer.

REFERENCIA	DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Cordova et al. (1995)	Transversal	55 mujeres supervivientes de cáncer de mama	PCL-C (Weathers et al., 1991)	5- 11% síntomas severos de TEPT
Alter et al. (1996).	Transversal	27 mujeres supervivientes de cáncer, presentado diversas localizaciones tumorales.	Módulo de TEPT de SCID para DSM III-R (Spitzer et al., 1987)	4% diagnóstico de TEPT current ¹ 22 diagnóstico de TEPT lifetime ²
Green et al. (1998)	Transversal	160 mujeres supervivientes de cáncer de mama	Módulo de TEPT de SCID para DSM III-R. (Spitzer et al., 1987)	2,5% diagnóstico de TEPT current 5% diagnóstico de TEPT lifetime
Jacobsen et al. (1998)	Transversal	43 mujeres supervivientes de cáncer de mama, sometidas TMO	PCL-C (Weathers et al., 1991)	12% puntuación total en igual o superior a 50 19% cumplió los tres criterios diagnósticos, considerados como nucleares
Smith et al. (1999)	Transversal	111 participantes de ambos sexos y diferentes localizaciones tumorales	PCL-C (Weathers et al., 1991), IES (Horowitz et al., 1979)	5% puntuación igual o superior a 50 13% cumplió los tres criterios diagnósticos
Naidich y Motta (2000)	Transversal	31 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en diferentes estadios.	CAPS I (Blake, Weathers, Nagy et al., 1990)	32% diagnóstico de TEPT current 14% diagnóstico TEPT lifetime
Widows, Jacobsen y Fields (2000)	Transversal	Participantes de ambos sexos supervivientes de cáncer, presentado diferentes localizaciones tumorales.	Módulo de TEPT de SCID-NP, version 1.0 (Spitzer et al., 1990). PCL-C (Weathers et al., 1991)	5% diagnóstico de TEPT current 4% diagnóstico TEPT lifetime

¹ *Current* TEPT: el paciente informa de la presencia de síntomas en el mes previo a la evaluación, y estos han permanecido lo últimos seis meses.

² *Lifetime* TEPT: el individuo ha presentado síntomas de dicho trastorno en cualquier momento previo a los seis meses anteriores a la evaluación clínica.

Tabla 2. Prevalencia de diagnóstico clínico de TEPT en cáncer (Continuación)

REFERENCIAS	DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Mundy et al. (2000).	Longitudinal	17 mujeres supervivientes de cáncer de mama, sometidas a TMO; 20 mujeres supervivientes de cáncer de mama sometidas tratamiento quirúrgico y terapia adyuvante.	Módulo TEPT SCID-NP version 2.0. (First, et al., (1996)	0%-50% diagnóstico de TEPT en los diferentes momentos de la enfermedad y para los dos grupos. 34% diagnóstico de TEPT, asociado al diagnóstico de recidiva. 0% diagnóstico TEPT current, independiente del tratamiento recibido. Durante la enfermedad: 41% de TMO diagnóstico de TEPT 30% de tratamientos convencionales diagnóstico TEPT
Andykowski et al. (1998)	Transversal	82 mujeres supervivientes de cáncer de mama.	Módulo de TEPT de SCID-NP, version 1.0 (First et al., 1996) y PCL-C (Weathers et al., 1991)	6% diagnóstico TEPT current 4% diagnóstico TEPT lifetime
Cordova et al. (2000)	Transversal	142 mujeres diagnosticadas de carcinoma de mama en diferentes estadios	PCL-C (Weathers et al., 1991)	8,5% puntuación igual o superior a 50 12,7% cumplió los tres criterios diagnósticos
Amir y Ramati (2002)	Transversal	39 mujeres con cáncer de mama y tres años libres de enfermedad	Escala de TEPT, basada en criterios diagnósticos DSM III-R (APA, 1987)	18% diagnóstico TEPT current. Mayor prevalencia TEPT para participantes que recibieron quimioterapia
Jacobsen et al. (2002)	Transversal	70 participantes de ambos sexos y diferentes localizaciones tumorales	PCL-C (Weathers et al., 1991)	6%-9 diagnóstico de TEPT
Green et al. (2000)	Transversal	160 mujeres supervivientes de cáncer de mama	PCL-C (Weathers et al., 1991)	5% diagnóstico de TEPT current 3% diagnóstico TEPT lifetime

Tabla 2. Prevalencia de diagnóstico clínico de TEPT en cáncer (Continuación)

REFERENCIAS	DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Andrykowski et al. (2000).	Longitudinal Primer momento de medida: 30 meses posteriores a finalización tratamiento Segundo momento de medida: 12 meses posteriores al primer momento	46 mujeres supervivientes de cáncer de mama	Módulo de TEPT de SCID-NP, version 1.0	6% diagnóstico de TEPT en primer momento de medida 6,5% diagnóstico de TEPT en segundo momento de medida Aumento síntomas : 22% de reexperimentación, 28% de conductas de evitación y 15% de aumento del arousal. Descenso síntomas: 13%, 22% y 28% de reexperimentación, conductas de evitación y aumento del arousal, respectivamente.
Ptiman et al. (2001)	Transversal	87 mujeres diagnosticadas de carcinoma de mama en diferentes estadios	Módulo de TEPT de SCID-NP, version 1.0 (First et al., 1996) y PCL-C (Weathers et al., 1991) Mississippi PTSD Scale	14% y 2,7% d diagnóstico TEPT current, mediante CAPS I y PCL-C, respectivamente. 16% y 3,5% diagnóstico TEPT lifetime, evaluado mediante CAPS I y PCL-C, respectivamente

¹ *Current* TEPT: el paciente informa de la presencia de síntomas en el mes previo a la evaluación, y estos han permanecido lo últimos seis meses.

² *Lifetime* TEPT: el individuo ha presentado síntomas de dicho trastorno en cualquier momento previo a los seis meses anteriores a la evaluación clínica.

Por su parte, Jacobsen et al. (1998), Jacobsen et al. (2002), Mundy et al. (2000), y Widows, Jacobsen y Fields (2000) evalúan este trastorno en pacientes oncológicos sometidos a trasplante de médula ósea (TMO), coincidiendo con estadios más avanzados de la enfermedad (estadio II, III y IV).

Como puede observarse en la Tabla 2, los datos de prevalencia de diagnóstico clínico de TEPT evaluado mediante entrevista, han oscilado entre el 0% (Mundy et al., 2000) y el 32% (Naidich y Motta, 2000);

mientras que la prevalencia de este trastorno evaluada mediante cuestionarios fluctuó entre el 5% (Cordova et al., 1995) y el 19% (Jacobsen et al., 1998).

Respecto al subsíndrome de TEPT, definido como el cumplimiento de dos de los tres criterios centrales de este trastorno psicopatológico (Carlier y Gerson, 1995), seis estudios han presentado resultados de su prevalencia en población oncológica (Amir y Ramati, 2002; Andrykowski et al., 1998; Andrykowski y Cordova, 1998; Jacobsen et al., 1998; Mundy et al., 2000, y Smith et

al., 1999). Así, la prevalencia de subsíndrome de TEPT osciló entre un 4% (Andrykowski y Cordova, 1998) y un 60% (Smith et al., 1999) de la población oncológica estudiada.

Un último aspecto a señalar es la mayor prevalencia de TEPT en muestras sometidas a trasplante de médula ósea, como puede observarse en los resultados ofrecidos por Mundy et al. (2000). Estos resultados podrían deberse al mayor porcentaje de mortalidad y morbilidad de este tratamiento, con respecto a otras terapias oncológicas (Fields et al., 1994; Hann et al., 1997; Peters et al., 1993), y a la naturaleza invasiva del trasplante de médula ósea (Seroody y Shea, 1997). Además, la muestra de estos estudios ha presentado estadios de enfermedad más avanzados (Jacobsen et al., 1998; Jacobsen et al., 2002; Mundy et al., 2000; Widows, Jacobsen y Fields, 2000), pudiendo influir estas variables en el grado de amenaza percibido.

Síntomas de TEPT relacionados con cáncer

En esta apartado se diferencian dos tipos de resultados relacionados con los síntomas de este trastorno psicopatológico. En un primer lugar, se hace referencia a la presencia de sintomatología de TEPT de acuerdo a la puntuación obtenida en la escala IES (puntuación total mayor a 19), pudiendo indicar la existencia de este trastorno psicopatológico en la población evaluada. El segundo tipo de resultado refiere a los síntomas más frecuentes en las poblaciones estudiadas, sin informar de dicho trastorno.

Así, en la Tabla 3 se presenta un resumen de 16 estudios posteriores a la inclusión de cáncer como acontecimiento traumático en el DSM IV (APA, 1994), que analizan presencia de síntomas de TEPT en esta población. La característica común de

estos trabajos es la utilización de la escala IES para la evaluación de síntomas de intrusión y evitación; sin embargo no ofrecen datos relacionados con los síntomas de aumento de activación. Los resultados ofrecidos pueden producir un considerable número de falsos negativos, al subestimar la prevalencia real de síntomas de TEPT en población oncológica.

En relación a las características propias de estos estudios, cuatro de ellos tienen un diseño longitudinal (Bleicker, Pouwer, Van der Ploeg, Leer y Ader, 2000; Brewin, Watson, McCarthy, Hyman y Dayson, 1998a y 1998b; Nordin y Glimelius, 1997, 1998; Tjemslund, Søreide y Malt, 1996a, 1996b y 1998), siendo el resto de estudios de corte transversal.

Al contrario que los estudios de prevalencia diagnóstica de TEPT, las muestras utilizadas en estas investigaciones son muestras compuestas por individuos de ambos sexos y diferentes localizaciones tumorales, a excepción de cuatro estudios que evalúan la presencia de sintomatología de TEPT en población femenina con neoplasia mamaria (Baider y De-Nour, 1997; Bleicker et al., 2000; Butler, Koopman, Classen y Spiegel, 1999; Tjemslund, Søreide y Malt, 1996a, 1996b, 1998), y un estudio que utiliza una muestra formada por hombres con cáncer de próstata (Lepore y Helgenson, 1998).

Otra de las diferencias de estos estudios con respecto a aquellos que evalúan diagnóstico de TEPT, será el momento de evaluación oscilando entre el día previo a la intervención quirúrgica (Tjemslund, Søreide y Malt, 1996a), y los 3 años posteriores al diagnóstico oncológico (Baider y De-Nour, 1997).

Tabla 3. Síntomas de intrusión y evitación en TEPT

REFERENCIAS	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADOS
Kelly et al. (1995)	Transversal	95 participantes de ambos sexos diagnosticados de melanoma en diferentes estadios	Los participantes en estadio III presentaron mayores puntuaciones en síntomas de evitación e intrusión.
Tjemsland, Søreide y Malt (1996a)	Longitudinal Primer momento de evaluación: el día previo a la operación quirúrgica	106 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales	44% síntomas de intrusión 29% síntomas de evitación 20,4% síntomas de intrusión y evitación
Tjemsland, Søreide y Malt (1996b)	Longitudinal Segundo momento de evaluación: seis semanas posteriores a operación quirúrgica	106 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales	18% síntomas de intrusión 14% síntomas de evitación 4,8% síntomas de intrusión y evitación
Baider y De-Nour (1997)	Transversal	283 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, divididas en tres grupos: Grupo 1: supervivientes del Holocausto Grupo 2: inmigrantes Grupo 3: ausencia de eventos estresantes	Grupo 2 mayor frecuencia de síntomas de intrusión. Grupo 3 menor frecuencia de síntomas intrusión.
Tjemsland, Søreide y Malt (1998)	Longitudinal Tercer momento de evaluación: un año posterior a operación quirúrgica	106 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en estadios iniciales	9% síntomas de intrusión 10% síntomas de evitación 5% síntomas de intrusión y evitación
Brewin et al. (1998a)	Longitudinal Primer momento de medida: 47 meses posteriores al diagnóstico oncológico	130 participantes de ambos sexos con diferentes localizaciones tumorales	23 síntomas de intrusión
Brewin et al. (1998b)	Longitudinal Primer momento de medida: 6 meses de seguimiento	100 participantes de ambos sexos con diferentes localizaciones tumorales	Estabilidad en el tiempo de los síntomas de evitación e intrusión

Tabla 3. Síntomas de intrusión y evitación en TEPT (Continuación)

REFERENCIAS	DISEÑO	MUESTRA	RESULTADOS
Nordin y Glime- lius (1997 y 1998)	Longitudinal Primer momento de medida: 12 semanas poste- rior al diagnós- tico oncológico Segundo momen- to de medida: 3 meses de segui- miento Tercer momento de medida: 6 me- ses de seguimien- to Cuarto momento de medida: un año de segui- miento	139 participantes de am- bos sexos y diferentes lo- calizaciones tumorales gastrointestinales	Cáncer gástrico mayor número de síntomas de intrusión, con respecto a los grupos de cáncer de colón y de recto. Cáncer recto mayor número de sín- tomas de intrusión que pacientes de cáncer de colón. Grupo libre de enfermedad menor número de síntomas, con respecto los tres grupos
Butler et al. (1999)	Transversal	125 mujeres diagnosticadas de metástasis de carcinoma de mama	34% síntomas de intrusión 28% síntomas de evitación 52% pensamientos intrusos y con- ductas de evitación.
Bleicker et al. (2000)	Longitudinal Primer momento de medida: 2 meses posteriores a operación qui- rúrgica Segundo momen- to de medida: 19 meses de segui- miento	244 mujeres diagnosticadas de carcinoma de mama en diferentes estadios	Primer momento de medida: 16% síntomas de intrusión y 15% sín- tomas de evitación Segundo momento de medida: 16% síntomas de intrusión y 8% síntomas de evitación Entre los dos momentos de medida: 60% síntomas de intrusión y 20% síntomas evitación.
Hampton y Frombach (2000)	Transversal	87 participantes de ambos sexos y diferentes locali- zaciones tumorales	20% población femenina síntomas de evitación e intrusión. 10% población masculina síntomas de evitación e intrusión.

Adaptación de Kangas, Henry y Bryant (2002)

Por su parte, los resultados obtenidos informan de una elevada presencia de síntomas de intrusión y evitación en esta población, obteniendo puntuaciones totales superiores a 19 en la escala IES. Así, los resultados relacionados con la sintomatología de intrusión han oscilado entre el 16% (Bleicker et al., 2000) y el 44% de la muestra (Tjemsland, Søreide y Malt, 1996a); y para la sintomatología de evita-

ción los resultados han oscilado entre el 8% (Bleicker et al., 2000) y el 28% de la muestra (Butler et al., 1999). Por su parte, Butler et al. (1999) observaron que el 52% de las mujeres diagnosticadas de recidiva presentaban síntomas de intrusión y de evitación; mientras que Hampton y Frombach (2000) observaron que el 20% de la población femenina presentó síntomas de intru-

sión y evitación, con respecto al 10% de la población masculina.

En relación a la presencia de síntomas aislados propios de TEPT, los resultados señalan un mayor porcentaje de prevalencia de estos con respecto al diagnóstico clínico de este trastorno. Así, estos síntomas se definen como la presencia de sintomatología relativa este trastorno sin cumplir criterios diagnósticos y evaluada mediante cuestionarios propios de TEPT.

Los datos de síntomas aislados, incluyendo síntomas de aumento de la activación, han oscilado entre el 49% para sensación de futuro desolador (Jacobsen et al., 1998) y 4% para síntomas relacionados con conductas de evitación (Green et al., 1998). En este sentido, Alter et al. (1996), Andrykowski et al. (1998), Green et al. (1998) y Jacobsen et al. (1998) han indicado que los síntomas más frecuentes e intensos son aquellos relacionados con la reexperimentación del acontecimiento traumático y aumento del *arousal*. Por su parte, Cordova et al. (1995) señalaron que los síntomas con mayor intensidad son los relacionados con el aumento de la activación (44%), y los menos intensos fueron los síntomas relacionados con la reexperimentación del estresor (8%). Por el contrario, Widows, Jacobsen y Fields (2000) observaron mayor intensidad para síntomas relacionados con conductas de evitación y embotamiento de la reactividad, presentado menor intensidad aquellos síntomas relacionados con la reexperimentación.

Factores relacionados con TEPT en cáncer

De acuerdo con Yehuda y McFarlane (1995), las conductas y síntomas relativos a TEPT se desencadenan únicamente por la exposición a un acontecimiento potencialmente traumático, no pudiendo ser explicadas por otros trastornos de ansiedad. No obstante, dicho acontecimiento no es suficiente para explicar el desarrollo de este

trastorno psicopatológico, siendo necesario considerar diversos factores de riesgo que ayuden a explicar y predecir el desarrollo de TEPT. En la literatura general se han señalado múltiples factores predictores, pudiendo diferenciarse aquellos relativos al evento (APA, 1994; Blanchard et al., 1996; Breslau y Davis, 1987; Green, Wilson y Lindy, 1985; Green, Grace, Lindy, Gleser y Leonard, 1990; Perry, Difede, Musngi, Frances y Jacobsberg, 1992), relativos a variables psicológicas (Blake, Cook y Keane, 1992; Mikulincer y Solomon, 1988; Wolfe, Keane, Kaloupek, Mora y Wine, 1993), y a variables sociales o situacionales (Blanchard, Hickling, Taylor y Loss, 1995; Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda y Charney 1993; Breslau, Davis, Andresk y Peterson, 1991; Davidson y Foa, 1991; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Green et al., 1990; McFarlane, 1989).

En relación a los factores de riesgo de TEPT específico en cáncer, los datos han sido confusos e imprecisos, estando sujetos a la naturaleza de la muestra, a los instrumentos de evaluación utilizados para su medición y a otras características, tales como el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento y localización tumoral. No obstante, a partir de los resultados encontrados se han diferenciado tres posibles factores relacionados con la aparición de sintomatología de TEPT y diagnóstico del mismo: a) variables sociodemográficas, que incluyeron edad, nivel educativo de la muestra e ingresos anuales; b) variables médicas y variables relacionadas con el tratamiento, tales como tipo de tratamiento oncológico y efectos secundarios de estas terapias, localizaciones tumorales, diagnóstico de recurrencia de la enfermedad, estadio de la neoplasia en el momento del diagnóstico o tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento; y c) variables psicológicas y situacionales.

En relación a las variables sociodemográficas, los resultados relacionados con la variable edad informaron de la existencia de una relación significativa y negativa con los síntomas de TEPT (Andrykowski et al., 2000; Andrykowski y Cordova, 1998; Cordova et al., 1995; Eckhardt, 1999; Green et al., 2000). Además, Cordova et al. (1995) han observado la presencia de una relación significativa entre síntomas TEPT y la variable ingresos económicos anuales, así como entre la variable educación y estos síntomas. Según estos autores, los niveles educativos y económicos elevados están asociados a una mayor posibilidad de acceso a recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones relacionadas con la enfermedad oncológica, tales como bajas laborales, gastos elevados relacionados con el cuidado médico y otros (Hobfoll, 1989), influyendo en la presencia de síntomas de TEPT.

Por su parte, la variable médica más estudiada en estas investigaciones, ha sido el tiempo transcurrido desde la finalización del tratamiento (Andrykowski et al., 2000; Andrykowski y Cordova, 1998; Butler et al., 1999; Cordova et al., 1995; Tjemsland, Søreide y Malt, 1998). Así, la influencia de esta variable en TEPT pudo explicarse mediante la teoría del estrés residual (Figley, 1978), o mediante la teoría de la evaporación del estrés (Figley, 1978). Otra variable analizada ha sido el tipo de tratamiento oncológico y síntomas de TEPT, observándose resultados contradictorios al respecto. En este sentido, Khalid y Afsheen (2001) han señalado que la recepción de tratamientos citostáticos más agresivos e intensos está asociada con mayor sintomatología de TEPT, mientras que Tjemsland, Søreide y Malt (1998) no han encontrado dicha relación. Una última variable considerada ha sido el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico (Jacobsen et al., 1998), estimándose que la amenaza para la integridad física es de mayor intensidad en

las fases más avanzadas de la enfermedad oncológica.

Finalmente, algunos autores han señalado la ausencia de relación significativa entre variables médicas y relacionadas con el tratamiento, medidas a partir de información facilitada por el oncólogo o a través de informes médicos, y los síntomas de TEPT (Green et al., 2000; Widows et al., 2000). Los resultados encontrados en estas investigaciones han reflejado la influencia, tanto de la evaluación subjetiva o de las creencias relacionadas con la intensidad del tratamiento, como de la amenaza para la integridad física causada por el tratamiento y enfermedad, en los síntomas y diagnóstico de TEPT.

El último grupo de factores de riesgo se refiere a variables psicológicas y situacionales, incluyendo un amplio rango de variables, tales como apoyo social percibido o densidad de la red social (Andrykowski et al., 2000; Andrykowski y Cordova, 1998; Butler et al., 1999; Manne, Glassman y DuHamel, 2000; Widows, Jacobsen y Fields, 2000), inhibición social de la expresión de pensamientos relacionados con la enfermedad (Lepore y Helgeson, 1998), historia previa de acontecimientos vitales estresantes (Tjemsland et al., 1998; Andrykowski y Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Green et al., 2000; y Widows et al., 2000), historia previa de psicopatología (Andrykowski y Cordova, 1998; Green et al., 2000; Mundy et al., 2000; Widows, Jacobsen y Fields, 2000), malestar psicológico posterior al diagnóstico de enfermedad oncológica (Tjemsland, Søreide y Malt, 1998), evaluación y creencias relacionadas con la amenaza producida por la enfermedad o la intensidad del tratamiento (Andrykowski y Cordova, 1998), comorbilidad física (Andrykowski y Cordova, 1998; Green et al., 2000; Jacobsen et al., 1998; Tjemsland, Søreide y Malt, 1998), dolor relativo a la enfermedad oncológica y otros sínto-

mas físicos (Kornblith et al., 1992), calidad de vida (Cordova et al., 1995; Jacobsen et al., 1998; Khalid y Afsheen, 2000; Tjemsland, Søreide y Malt, 1998; Widows, Jacobsen y Fields, 2000), y en último lugar, estrategias de afrontamiento relativas a la enfermedad oncológica (Eckhardt, 1999; Jacobsen et al., 2002; Nordin y Glimelius, 1998).

De acuerdo con la literatura general de TEPT (Mikulincer y Solomon, 1988), las atribuciones desempeñan un papel relevante en el desarrollo de los síntomas característicos de este trastorno, no habiéndose analizado dicha influencia en el campo de la enfermedad oncológica.

Problemas metodológicos

Además de las cuestiones conceptuales y metodológicas señaladas por Kangas, Henry y Bryant (2002) se considera necesario citar otras limitaciones encontradas en la literatura de TEPT asociado con cáncer. De acuerdo con Green et al. (1998), ninguno de los estudios revisados hace referencia a la evaluación de respuestas de temor, desesperanza y horror intenso, posteriores a la exposición del acontecimiento traumático; mientras que únicamente dos estudios evaluaron la percepción de peligro o amenaza hacia la integridad física relacionada con la enfermedad oncológica (Cordova et al., 1995; Green et al., 1998).

En la misma línea de trabajo, aquellos estudios que han aplicado cuestionarios para evaluar el diagnóstico de TEPT podrían aumentar el número de falsos positivos en esta población, siendo más conveniente la utilización del término *posible diagnóstico* (Cordova et al., 1995) debido a la ausencia de evaluación completa de este trastorno psicopatológico. Asimismo, Pitman et al. (2001) fueron los únicos autores en evaluar los síntomas de aumento de la activación mediante medidas psicofisiológicas. Estos autores midieron tasa cardíaca, conductan-

cia de la piel y respuesta electroencefalográfica, durante la evocación de imágenes relacionadas con la experiencia oncológica. Los resultados obtenidos corroboraron la capacidad de la enfermedad oncológica para inducir respuestas propias de TEPT.

En relación a las características de la muestra, Foa y Meadows (1997) señalaron la importancia de utilizar criterios de exclusión e inclusión estrictos, definir el tamaño muestral y aplicar medidas con correcta fiabilidad, con el objetivo de obtener datos reales de la prevalencia de TEPT. Por su parte, el carácter voluntario de las muestras, presente en todos los estudios, podría provocar un elevado porcentaje de falsos negativos debido a los propios síntomas de TEPT, que deberá ser considerado en ulteriores investigaciones. Así, aquellos individuos que presenten conductas de evitación a estímulos asociados a la enfermedad oncológica podrán rehusar en la participación de estas investigaciones.

Un último aspecto a considerar, es la naturaleza de los diseños de estas investigaciones y el momento de la evaluación. La carencia de estudios de corte longitudinal, limita la realización de inferencias entre las correlaciones de los factores relacionados con TEPT y los síntomas de dicho trastorno. Asimismo, en los estudios transversales la evaluación es de naturaleza retrospectiva, pudiendo producir resultados sesgados como citan Eich (1995), debido al efecto de la memoria dependiente del estado de ánimo. Además, se deberá considerar la posible influencia de los efectos secundarios de los tratamientos citostáticos, tales como falta de concentración, fatiga o perturbación en la conducta de sueño, en la capacidad de aprendizaje y fijación de la información. En relación al momento de evaluación, la medida de TEPT deberá realizarse en función del factor estresor desde la perspectiva del paciente, solucionándose parcialmente en las investigaciones revisa-

das al esperar un período uniforme de tiempo desde la interrupción del tratamiento hasta el momento de medida.

Futuras líneas de investigación

Como consecuencia de los resultados hallados en estos estudios experimentales, puede afirmarse que el diagnóstico y tratamiento oncológico se define como un evento traumático capaz de desarrollar respuestas específicas de TEPT; aunque este acontecimiento presente características distintivas de otros sucesos vitales estresante, referidas a la naturaleza y calidad del estresor citadas anteriormente.

No obstante, la presencia de resultados no concluyentes en estos trabajos señala la necesidad de continuar investigando en es-

ta área con el objetivo final de establecer el marco teórico de TEPT en población oncológica. En este sentido, futuras investigaciones deberán evaluar la potencia traumática del cáncer; así como las respuestas de temor, desesperanza y horror intenso asociados a este acontecimiento estresante, abarcando la totalidad de los criterios diagnóstico propuestos por la APA (2000).

Por otra parte, ulteriores investigaciones deberán considerar la aplicación de diseños longitudinales para esclarecer el curso de los síntomas de TEPT, la relación entre esta sintomatología y los diferentes factores de riesgo propuestos, favoreciendo la aplicación de tratamientos psicológicos tanto de carácter preventivo como curativo.

Referencias

- Allen, S.N. (1994). Psychological assessment of Post-Traumatic Stress Disorder: psychometrics, current trends and future directions. *Psychiatry Clinical North America*, 17 (2), 327-349.
- Alter, C.L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Sptimus, A. y Kaplan, M.D. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatic*, 37, 137-143.
- Amir, M. y Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 191-206.
- Andrykowski, M.A. y Cordova, M.J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 189-203.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., McGrath, P. y Sloan, D.A. (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1 year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9, 69-78.
- Andrykowski, M.A., Cordova, M.J., Studts, J.L. y Miller, T.W. (1998). Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (3), 586-590.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM IV*. Washington DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM IV Text Revision*. Wash- ington DC: American Psychiatric Association.
- Baider, L. y De-Nour, A.K. (1997). Psychological distress and intrusive thoughts in cancer patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 346-348.
- Blake, D.D., Cook, J.D. y Keane, T.M. (1992). Post-traumatic stress disorder and coping in veterans who are seeking medical treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 695-704.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. y Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-I. *Behaviour Therapist*, 18, 187-188.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E. y Loos, W.R. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 495-504.

- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., Forneris, C.A. y Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents?. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Bleicker, E., Pouwer, F., Van der Ploeg, H.M., Leer, J.H. y Ader, H.J. (2000). Psychological distress two years diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counselling*, 40, 209-217.
- Bremner, J.D., Southwick, S.M., Johnson, D.R., Yehuda, R. y Charney, D.S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235-239.
- Breslau, N. y Davis, G.C. (1987). Posttraumatic Stress Disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *American Journal of Psychiatry*, 144, 578-583.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P. y Dayson, D. (1998a). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1131-1142.
- Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P. y Dayson, D. (1998b). Memory processes and the course of anxiety and depression in cancer patients. *Psychological Medicine*, 28, 219-224.
- Butler, L.D., Koopman, C., Classen, C. y Spiegel, D. (1999). Traumatic stress, life events and emotional support in women with metastatic breast cancer: cancer-related traumatic stress symptoms associated with past and current stressors. *Health Psychology*, 18 (6), 555-560.
- Carlier, I.V.E. y Gersons, B.P.R. (1995). Partial post-traumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Cella, D., Mahon, S. y Donovan, M. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioural Medicine*, 16, 15-22. [Abstract].
- Cella, F. y Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (5), 616-622.
- Cordova, M.J., Andrykowski, M.A., Kenady, D.E., McGrath, P.C., Sloan, D. y Redd, W.H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 981-986.
- Davidson, J.R. y Foa, E.B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 346-355.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G. y George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- Doerfler, L.A., Pbert, L. y DeComiso, D. (1994). Symptoms Posttraumatic Stress Disorder Following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. *General Hospital Psychiatry*, 16, 193-199.
- Eckhardt, J.R. (1999) Coping style and symptoms of Posttraumatic Stress Disorder among women with primary breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (9-B), 5078.
- Eich, E. (1995). Mood as a mediator for place dependent memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 124, 293-308.
- Fields, K.K., Elfenbein, G.J., Perkins, J.B., Janssen, W.E., Ball-ester, O.F., Hiermenz, J.W., Zorsky, P.E., Kronish, L.E. y Foody, M.C. (1994). High dose ifosfamide/carboplatin/etoposide: Maximum tolerable doses, toxicities, and hematopoietic recovery after autologous stem cell reinfusion. *Seminars Oncology*, 21 (5 suppl. 12), 86-92. [Abstract].
- Figley, C.R. (1978). *Stress Disorder among Veterans*. New York: Brunner/Mazel.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM IV-Non Patient, (SCID-NP) (Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department.
- First, M.B., Spitzer, R.L. y Williams, J.B. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorder-Patient Edition (SCID-I/P) (Version 2.0)*. New York, NY: Biometrics Research Department.
- Foa, E. B. y Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Green, B., Grace, M.C., Lindy, J.D., Gleser, G.C. y Leonard, A.C. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in general sample of Vietnam veterans. *American Journal Psychiatry*, 147, 729-733.
- Green, B., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Epstein, S.A., Stockton, P., Spertus, I. y Stern, N. (2000). Trauma history as a predictor of psychological symptoms in women with breast cancer.

- cer. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (5), 1084-1093.
- Green, B.L., Rowland, J.H., Krupnick, J.L., Epstein, S.A., Stockton, P., Stern, N.M., Speruts, I.L. y Steakley, C. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Green, B.L., Wilson, J.P. y Lindy, J.D. (1985). Conceptualising post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder*, pp. 53-69. New York: Brunner/Mazel.
- Greenberg, D.B., Goorin, A., Gebhardt, M.C., Gupta, L., Stier, N., Harmon, D. y Mankin, H. (1994). Quality of life in osteosarcoma survivors. *Oncology*, 8 (11), 19-25.
- Hampton, M.R. y Frombach, I. (2000). Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care Women International*, 21 (1), 67-76.
- Hann, D.M., Jacobsen, P.B., Martin, S.C., Kronish, E., Azza-rello, L.M. y Fields, K.K. (1997). Quality of life following bone marrow transplantation for breast cancer: A comparative study. *Bone Marrow Transplant*, 19, 257-264.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualising stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Horowitz, M.J. y Solomon, G.F. (1975). A prediction of delayed stress response syndromes in veterans. *Journal of Social Issues*, 31, 67-80.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Jacobsen, P.B., Sadler, I.J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M.A. y Fields, K.K. (2002). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 235-240.
- Jacobsen, P.B., Widows, M.R., D.M., Hann, D.M., Andrykowski, M.A., Kronish, L.E. y Fields, K.K. (1998). Post-traumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 366-371.
- Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S., Wist, E., Moum, T. y Kvikstad, A. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy and Oncology*, 27, 193-197.
- Kangas, M., Henry, J.L. y Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Khalid, R. y Afsheen, G. (2000). Posttraumatic stress disorder like symptoms in breast cancer patients. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26 (1-2), 47-55. [Abstract].
- Kilpatrick, D.G., Suanders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veron, L.J. y Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Therapist*, 20, 199-214.
- Kornblith, A.B., Anderson, J., Cella, D.F., Tross, S., Zuckerman, E., Cherin, E., Henderson, E., Weiss, R.B., Cooper, M.R. y Silver, R.T. (1992). Hodgkin's disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer*, 70, 2214-2224.
- Kulka, R.A., Schelenger, W.E., Faribank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B. K., Marmar, C.R. y Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Kwekkeboom, K.L. y Seng, J.S. (2002). Recognizing and responding to post-traumatic stress disorder in people with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29 (4), 643-650.
- Lepore, S.J. y Helgeson, V.S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health, after a prostate cancer. *Journal Social Clinical Psychology*, 17, 89-106. [Abstract].
- Lyons, J.A. (1987). Posttraumatic stress disorder in children and adolescent: A review of the literature. *Developmental and Behavioural Paediatrics*, 8, 349-356.
- Manne, S., Glassman, M. y DuHamel, K. (2000). Intrusion, Avoidance and Psychological Distress Among Individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63, 658-667.
- McFarlane, A.C. (1989). The aetiology of posttraumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
- McFarlane, A.C. y Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 180, 498-504.
- Mikulincer, M. y Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 308-313.

- Mundy, E.A., Blanchard, E.B., Cirenza, E., Gagiulo, J., Maloy, B. y Blanchard C.G. (2000). Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1015-1027.
- Naidich, J.B. y Motta, R.W. (2000). PTSD-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 35-54.
- Nir, Y. (1985). Posttraumatic stress disorder in children with cancer. En S. Eth y R. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children*, pp. 121-132. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Nordin, K. y Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer-variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psycho-Oncology*, 7, 413-423.
- Perry, S., Difede, J., Musngi, G., Frances, A.J. y Jacobsberg, L. (1992). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, 931-935.
- Peters, W.P., Ross, M., Vredenburg, J.J., Meisenberg, B., Marks, L.B., Winer, E., Kurtzberg, J., Bast, R.C., Jones, R. y Shpall, E. (1993). High dose chemotherapy and autologous bone marrow support as consolidation after standard-dose adjuvant therapy for high-risk primary breast cancer. *Journal Clinical Oncology*, 11, 1132-1143.
- Pitman, R.K., Altman, B. y Macklin, M. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 146, 667-669.
- Pitman, R.K., Lanes, D.M., Williston, S.K., Guillaume, J.L., Metzger, L.J., Gehr, G.M. y Orr, S.P. (2001). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in breast cancer patients. *Psychosomatics*, 42, 133-140.
- Roca, R.P., Spence, R.J. y Munster, A.M. (1992). Posttraumatic adaptation and distress among adult burn survivors. *American Journal Psychiatry*, 149, 1234-1238.
- Serody, J.S. y Shea, T.C. (1997). Prevention of infections in bone marrow transplant recipients. *Infectious Disease Clinics of North America*, 11 (2), 459-477.
- Smith, K. y Lesko, L.M. (1988). Psychosocial problems in cancer survivors. *Oncology*, 2, 33-44.
- Smith, M.Y., Redd, W.H., DuHamel, K., Vickberg, S.J. y Ricketts, P. (1999). Validation of The PTSD-Civilian Version in survivors of bone marrow transplantation. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 485-499.
- Smith, M.Y., Redd, W.H., Peysers, C. y Volg, D. (1999). Posttraumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*, 8, 521-537.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM III-R*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. y Gibbon, M. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM III-R-Nonpatient Edition (SCID-NP, Version 1.0)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tjemslund, L., Søreide, J. A. y Malt, U.F. (1996). Traumatic distress symptoms in early breast cancer I: acute response to diagnosis. *Psycho-Oncology*, 5 (1), 1-8.
- Tjemslund, L., Søreide, J. A. y Malt, U.F. (1996). Traumatic distress symptoms in early breast cancer II: outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5 (4), 295-303.
- Tjemslund, L., Søreide, J. A. y Malt, U.F. (1998). Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 47 (2), 141-151.
- Weathers, F.W., Huska, J.A. y Keane, T.M. (1991). *The PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)*. (Disponible en F.W. Weathers, National Center for PTSD, Boston Veterans Affairs Medical Center, 150mS. Huntington Avenue, Boston, MA 02130).
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B. y Fields, K.K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873-882.
- Wolfe, J., Keane, T.M., Kaloupek, D.G., Mora, C.A. y Wine, P. (1993). Patterns of positive readjustment in Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 179-193.
- Wolfe, J., Keane, T.M., Lyons, J.A. y Gerardi, R.J. (1987). Current trends and issues in the assessment of combat-related Posttraumatic Stress Disorder. *Behaviour Therapist*, 12, 27-32.
- Yehuda, R. y McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal Psychiatry*, 152, 1705-1713.