

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER TESTICULAR EN TRATAMIENTO Y PERIODO DE SEGUIMIENTO

ANXIETY, DEPRESSION AND COPING IN PATIENTS WITH TESTICULAR CANCER TREATMENT AND FOLLOW-UP PERIOD

Oscar Galindo Vázquez¹, Miguel Ángel Álvarez Avitia² y Salvador Alvarado Aguilar³

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, Instituto Nacional de Cancerología.

² Oncología Médica, Instituto Nacional de Cancerología. México.

³ Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología. México.

Resumen

Introducción: El cáncer de testículo (CT) constituye la neoplasia más común entre los 15 y 39 años. Debido a su incidencia cada vez mayor y a su alta tasa de supervivencia, la literatura se ha centrado en el impacto que puedan tener las secuelas del tratamiento a mediano y a largo plazo. El CT y su asociación con la ansiedad y la depresión constituyen problemas psicológicos frecuentes durante el tratamiento y periodo de seguimiento, en este contexto el afrontamiento ante la enfermedad puede representar un mecanismo de mejor adaptación psicológico. **Objetivo:** Identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento; así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivo.

Método: 49 pacientes en tratamiento y 84 en periodo de seguimiento del Instituto Nacional de Cancerología. Se empleó un diseño transversal, no experimental y *ex-post-facto*. Se utilizaron los Inventarios de Ansiedad de Beck –BAI–, el Inventario de Depresión de Beck –BDI–, y el Instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman.

Resultados: Se identificaron mayores niveles de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes en tratamiento. Se identificó una relación inversamente proporcional entre los

Abstract

Background: Testicular cancer is the most common malignancy between 15 and 39 years old. Due to the increasing incidence and high survival rate of patients with testicular cancer (CT), literature has focused on the impact that may have the aftermath of medium and long term treatment. The CT and its association with anxiety and depression are common psychological problems, in this context, active coping with this disease may represent a psychological best adaptation mechanism.

Objective: To identify and compare the levels of depression and anxiety in patients in treatment and follow-up period; as well as his relationship with positive coping styles.

Participants and methods: 49 patients in treatment and follow-up period 84 in the National Cancer Institute follow-up period. It is a transversal, retrospective, not experimental and *ex-post-facto*. The inventories of Beck Depression –BDI– (1961), the Beck anxiety inventory –BAI– (1988) and the instrument of Lazarus and Folkman (1985) for coping with the stress.

Results: Higher levels of anxiety and depression in patients in treatment. If you can identify an inversely proportional relationship between positive coping styles and lower levels of anxious and depressive symptoms in both groups.

Correspondencia

Oscar Galindo Vázquez

Servicio de Psicooncología. Instituto Nacional de Cancerología

Av. San Fernando No. 22, Colonia. Sección XVI. México D.F., C.P. 14080

E-mail: psigalindo@yahoo.com.mx

estilos de afrontamiento positivos y menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos.

Conclusiones: Se corrobora la asociación entre los estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión. Se recomienda promover en el paciente con CT afrontamiento positivo durante el tratamiento y periodo de seguimiento.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, afrontamiento, cáncer testicular, pacientes.

Conclusions: Is confirmed the association between positive coping styles and low levels of depression and anxiety. It is recommended to promote in patients with CT positive coping during treatment and follow-up period.

Keywords: Anxiety, Depression, coping, testicular cancer, patients.

INTRODUCCIÓN

Debido a que la mayoría de los pacientes con CT son curados, la literatura se ha centrado en los efectos a largo plazo, como el impacto psicológico de haber recibido un diagnóstico y haber sido tratado de cáncer en una etapa de la vida, cuando las relaciones interpersonales, los objetivos de trabajo y formar una familia pueden ser las principales preocupaciones de muchos de estos hombres^(1,2).

Diversos estudios han identificado la problemática psicológica que cursan los pacientes con cáncer, principalmente trastornos de ansiedad y depresión, presentes durante el proceso de atención a su salud⁽³⁻⁴⁾.

El diagnóstico, tratamiento y periodo de seguimiento tienen repercusiones psicológicas en el paciente con CT, entre las más prevalentes la depresión y la ansiedad⁽⁵⁻⁸⁾.

La presencia de ansiedad y depresión en el paciente con CT se encuentran asociadas con la edad joven, la nuliparidad, la neuropatía periférica, el desempleo, los problemas económicos, problemas por el consumo excesivo de alcohol, problemas sexuales y haber sido tratados por problemas de salud mental previamente⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En el paciente oncológico ambas patologías psicológicas pueden afectar la evolución de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, puesto que tienen como con-

secuencia un menor nivel de adherencia terapéutica y calidad de vida; incluso persistiendo después de que se ha completado el tratamiento^(3,11,12).

En este contexto el tipo de afrontamiento que adopte el paciente ante el cáncer y su tratamiento puede representar un mecanismo adaptativo, y en sentido contrario una mayor disfuncionalidad^(13,14).

Clasen et al.⁽¹⁵⁾ señalan que entre las diversas estrategias de afrontamiento que los pacientes con cáncer emplean, las que han demostrado mayor efectividad son aquellas denominadas positivas o dirigidas al problema que coadyuvan a resolver el evento estresante, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas o del manejo pertinente de las respuestas emocionales.

CÁNCER TESTICULAR

El cáncer de testículo constituye el 2% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino, siendo la neoplasia más común en los varones de entre 15 y 39 años⁽¹⁶⁾.

Los datos epidemiológicos indican un aumento en la incidencia del CT durante las últimas décadas, por lo tanto seguirá siendo un tumor maligno importante en el hombre joven⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Su importancia radica en que esta neoplasia es diagnosticada en hombres en edades tempranas y laboralmente activas⁽¹⁹⁾.

En México, en el 2001 se documentaron 1.186 casos, que representan el 2,4% de las neoplasias en hombres, se registraron 299 muertes en el 2001⁽²⁰⁾.

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer testicular son: grupo étnico con una relación de 4:1 entre caucásicos vs. afroamericanos, trauma testicular y criptorquidia, siendo éste último el factor de riesgo identificable más importante^(21, 22).

El tratamiento de cáncer testicular es multimodal y dependiendo del estadio de la enfermedad, requiere de cirugía en la mayoría de los casos, y asociado a quimioterapia y/o radioterapia⁽²³⁾.

Varias características del CT, la edad joven de los pacientes, la incidencia cada vez mayor y la alta tasa de supervivencia ponen de relieve la necesidad de una mejor comprensión de las variables psicológicas que influyen durante el periodo de seguimiento de este grupo de pacientes⁽²⁴⁾.

Se emplea el término 'seguimiento' cuando se consigue el control de la enfermedad. El plan de seguimiento lo determinan entre otros factores; la evolución natural de la enfermedad, la consideración de los factores pronósticos particulares y la capacidad para incidir de manera favorable en el pronóstico en caso de recaída. Idear un plan de seguimiento implica definir la frecuencia de las citas, los estudios a solicitar y la periodicidad de ambos⁽²⁵⁾.

Para muchos sobrevivientes de CT, los factores asociados de estrés pueden persistir tiempo después de terminado el tratamiento. Gran parte de lo que sabemos sobre cómo lidiar con el cáncer es lo referente a la investigación en la etapa tratamiento médico sin embargo las repercusiones a mediano y largo plazo no han sido lo suficientemente estudiadas⁽²⁶⁾.

Dado que la recurrencia representa un riesgo mayor dentro de los primeros años de seguimiento, el temor a esta es una constante en muchos de los sobrevivientes en la etapa posterior al tratamiento⁽²⁷⁾.

ANSIEDAD

Durante el proceso oncológico, desde la aparición de los primeros síntomas, el tratamiento y el periodo de seguimiento, la presencia de la ansiedad constituye una constante en la vida del paciente⁽²⁸⁾.

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado asociada a importantes manifestaciones somáticas⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales⁽³¹⁾.

En los pacientes con CT en tratamiento se han identificado niveles de ansiedad clínicamente significativos (40%), el cual disminuye a lo largo de la quimioterapia 25%^(5,17,21,32).

Estudios de pacientes en periodo de seguimiento de este mismo grupo de pacientes muestran que la prevalencia de ansiedad es de 18,5 a 19,2%^(6, 9, 8, 33).

Las variables asociadas con la presencia de ansiedad son: edad joven, neuropatía periférica, desempleo, problemas económicos, riesgo de infertilidad, disfunción sexual, consumo excesivo de alcohol y drogas, miedo a la recaída y haber sido tratados por problemas mentales previamente^(8,33,34).

La mayoría de los sobrevivientes de cáncer testicular informaron la presencia de miedo a la recurrencia del cáncer, siendo propensos a atribuir cualquier tipo de síntoma o malestar físico a la posibilidad de recurrencia de la enfermedad^(7,17,22).

DEPRESIÓN

Durante el proceso oncológico principalmente en el periodo de tratamiento, la presencia de depresión constituye una constante en la vida del paciente con cáncer^(11,12,35).

La depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de ánimo de abatimiento y tristeza; afectando el cumplimiento terapéutico, habilidades de auto-cuidado, deterioro de la calidad de vida y mayor sintomatología^(35,36).

La prevalencia de depresión durante el tratamiento en pacientes con CT reportan entre 14,6 a 27%^(6,8,33).

Dahl et al. (2005) señalan que básicamente, la depresión es una reacción psicológica a la pérdida, que es de esperar después del diagnóstico de cáncer testicular⁽⁶⁾.

Los niveles prevalencia de depresión durante el periodo de seguimiento, no es definitiva. Algunos estudios señalan que durante este periodo entre 6 y 65% presentan niveles de depresión clínicamente significativos, principalmente aquellos que recibieron combinación de tratamientos⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Fosså et al.⁽⁹⁾ en un grupo de pacientes con CT en seguimiento señalan que los niveles de depresión aumentan conforme aumenta la edad del grupo, en relación a la ansiedad es un problema mayor en sobrevivientes de CT que la depresión, especialmente entre el grupo más joven.

Dahl et al.⁽⁶⁾ en un grupo de pacientes de CT concluye que 19% presentaron ansiedad y 10% depresión de acuerdo al HADS, comparados con la población normal, esto nos indica que estos problemas de salud mental son mayores que en población normal y que merecen atención psico-oncológica.

Por su parte Siafaka et al.⁽⁸⁾ reportan que los pacientes en periodo de seguimiento de CT presentan sobre todo sintomatología ansiosa y depresiva, relacionada con algunas escalas del MMPI, estos resultados subrayan la importancia de una cuidadosa evaluación y consultas en pacientes con cáncer testicular en periodo de seguimiento para ayudar a lidiar con la ansiedad después del tratamiento y minimizar los posibles factores de riesgo.

En relación a la modalidad de tratamiento Arai et al.⁽¹⁾, señalan que la proporción estimada de pacientes con cáncer testicular en periodo de seguimiento que sufren de moderados y altos niveles de depresión se encuentra entre 9% y 27%. El grupo con antecedentes de quimioterapia presentó 41% ansiedad y 21% depresión. Con radioterapia previa presentaron 26% ansiedad y 24% depresión.

Finalmente Osmánska, Borkowska y Makarewicz⁽⁵⁾ evaluaron 111 pacientes, 57 en quimioterapia y 54 en periodo de seguimiento. Empleando el Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS), identificaron un 40% en tratamiento con ansiedad y 18,5% en seguimiento con ansiedad, en relación a la depresión 14,6% presente en tratamiento y 9,3% en seguimiento.

AFRONTAMIENTO ANTE EL CANCER

De acuerdo⁽⁴⁰⁾ con Lazarus y Folkman los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas.

Moorey y Greer⁽⁴¹⁾, mencionan que los estilos de afrontamiento denominados positivos caracterizados por estar dirigidos a manejar las demandas internas y externas que implican el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad, se asocian con una mejor adaptación al proceso oncológico.

Se ha documentado que aquellos pacientes que presentan enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer y que tienen estrategias de afrontamiento positivos pueden manejar mejor el estrés que genera la enfermedad crónica y el tratamiento^(41,42).

En comparación con lo reportado por Rutsikij et al.⁽⁴³⁾ que identifica en un grupo de sobrevivientes de CT con 11 años de

seguimiento, una proporción elevada que presenta afrontamiento evitativo asociado con morbilidad somática y psicológica, así como afectación en su calidad de vida comparado con el grupo de pacientes que emplan afrontamiento positivo.

Fleer et al.⁽⁴⁴⁾ señala que pacientes en periodo de seguimiento, solteros, sin hijos, sin empleo y con otra enfermedad crónica asociada, son un grupo especialmente vulnerable en presentar morbilidad psicológica.

Para muchos pacientes con CT, los factores asociados al estrés pueden persistir tiempo después de terminado el tratamiento, incluso cuando la supervivencia está prácticamente asegurada.

Por lo que la falta de atención durante la supervivencia a largo plazo es evidente en la investigación sobre cómo lidiar con el cáncer en este grupo de pacientes.

Esto se refleja el todavía reducido número de estudios identificados, en comparación con otros procesos oncológicos.

MÉTODO

Sujetos

Se incluyó a 49 pacientes en tratamiento y 84 en periodo de seguimiento en el servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología INCAN durante el periodo comprendido de Julio de 2010 a Septiembre de 2011.

Instrumentos

Se aplicaron los Inventarios de Ansiedad de Beck –BAI– (1988) estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001)⁽⁴⁶⁾, el Inventario de Depresión de Beck –BDI– (1961) adaptado para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998)⁽⁴⁵⁾, y el Instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman

traducido y estandarizado por Sotelo y Maupome (1999)⁽⁴⁷⁾, los cuales han mostrado adecuadas propiedades psicométricas para su uso en población oncológica mexicana.

Procedimiento

La muestra de participantes se obtuvo durante la consulta en el Servicio de Oncología Médica. Los participantes fueron seleccionados de manera intencional a partir de los criterios de inclusión. El proyecto fue aprobado por los Comités de Científico y de Bioética del INCAN y cada uno de los participantes aceptó participar en el presente estudio mediante la comprensión y firma del consentimiento informado de investigación.

Criterios de inclusión: Pacientes en tratamiento a base de quimioterapia o en periodo de seguimiento de cáncer testicular máximo tres años de seguimiento, que sepan leer y escribir del servicio de Oncología Médica.

Criterios de exclusión: Enfermedad avanzada metastásica, problemas neurológicos y/o psiquiátricos severos, que el paciente presente fiebre, vomito intenso o algún otro tipo de urgencia médica durante la consulta de Oncología Médica.

Se determinaron las variables sociodemográficas de los pacientes con base en el expediente clínico electrónico Incan-NetG2.

Análisis Estadístico

Se efectuó estadística descriptiva para caracterizar a las muestras con base en los datos sociodemográficos. Se realizaron análisis de varianza para comparar los diferentes niveles de sintomatología ansiosa y depresiva entre ambos grupos; y correlación producto-momento de Pearson para

la asociación con los diferentes estilos de afrontamiento. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza de 95%.

RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes en tratamiento de cáncer testicular con una media de edad de $24,41 \pm 6,4$ años; y 84 pacientes en periodo de seguimiento con una media de $27,50 \pm 7,4$ años, con diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0,007$). En relación al estado civil el 75% de los pacientes en tratamiento eran solteros y el 25% casados. En periodo de seguimiento el 60% de los pacientes eran casados y el resto solteros. El tiempo promedio de seguimiento fue de 19.6 meses.

Ansiedad y depresión

Hasta un 60% de la muestra de pacientes presentan niveles de ansiedad y depresión que amerita tratamiento, así como el

hecho de que entre ambos grupos presentan diferencias estadísticamente significativas, siendo mayor en ambos casos en el grupo en tratamiento en quimioterapia.

Relación entre ansiedad, depresión y estilos de afrontamiento

En los análisis de correlación, en donde se evaluó la relación entre sintomatología ansiosa, depresiva y estilos de afrontamiento activos positivos se observó lo siguiente: 1) La correlación negativa más fuerte del BDI total se presenta con el estilo de afrontamiento dirigido a la solución de problemas ($r = -0,849$, $p < 0,001$), en tanto el estilo de afrontamiento con enfoque positivo es el segundo que más se asocia negativamente con los niveles de depresión ($r = -0,802$, $p < 0,001$). En tanto que el estilo de afrontamiento revaloración positiva ($r = -0,787$, $p < 0,001$) y flexibilidad de afrontamiento ($r = -0,743$, $p < 0,001$), también muestran correlaciones negativas importantes con el BDI total. 2) En el mismo sentido, la severidad de la sintomatología

Tabla 1. Niveles de depresión y ansiedad

Variables psicológicas	Seguimiento	Tratamiento	Contrastes	Significación
Depresión	41,10 $\pm 10,64$	28,60 $\pm 18,83$	$t=3.28$ $g = 81$	0,00
Ansiedad	38,53 $\pm 9,65$	27,28 $\pm 17,29$	$t= 3.33$ $g = 81$	0,00

t de student, $p < 0.05$

Tabla 2. Correlación escalas de afrontamiento positivo y totales BDI y BAI

subescalas afrontamiento positivo	Total BDI	Total BAI
Flexibilidad de afrontamiento	-0,743	-0,650
Afrontamiento dirigido al problema.	-0,849	-0,808
Subescala afrontamiento dirigido a lo positivo	-0,802	-0,767
Subescala revaloración positiva	-0,787	-0,778

Correlación Pearson, $p < 0,05$

ansiosa se correlacionó negativamente con el estilo de afrontamiento orientado a la resolución de problema, con un ($r = -0,808$, $p < 0,001$), el estilo de afrontamiento de revaloración positiva ($r = -0,778$, $p < 0,001$), enfoque positivo ($r = -0,767$, $p < 0,001$), y flexibilidad de afrontamiento correlacionan con un ($r = -0,650$, $p < 0,001$).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio corroboran la asociación de los estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión.

La mayoría de las investigaciones relacionadas con el afrontamiento al cáncer en el periodo de tratamiento y seguimiento se han basado en modelos de afrontamiento no específicos, los cuales no permiten asociar adecuadamente cómo opera diversos comportamientos activos de la persona respecto a menores niveles de depresión y ansiedad que repercuten en una mejor evolución del estado general de salud de los pacientes oncológicos. Los estilos de afrontamiento activos positivos están asociados a una mejor adaptación a procesos de enfermedad crónicos como el cáncer, que representa importantes alteraciones en el estilo de vida en las pacientes.

En cuanto a la relación entre los diferentes estilos de afrontamiento y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, se encontró una correlación inversamente proporcional, principalmente en los estilos positivos dirigidos al problema y afrontamiento dirigido a lo positivo, identificados con un mayor espíritu de lucha ante el cáncer.

Se propone como aportación a salud mental de esta población, el promover en el paciente desde el primer contacto con el equipo de salud, elicitación de afrontamientos activos positivos ante la enfermedad, tratamiento y periodo de seguimiento.

Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista para la confirmación de los diagnósticos psiquiátricos evaluados; sin embargo se eligió un instrumento breve que permite la evaluación válida y confiable de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncológicos. Se requerirá en futuros estudios en este grupo de pacientes el empleo de una muestra mayor, así como el empleo de un diseño prospectivo que permita evaluar al mismo grupo de pacientes durante el tratamiento y periodo de seguimiento, en las variables psicológicas mencionadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arai Y, Kawakita M, Hida S, Terachi T, Okada Y, Yoshida O. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol* 1996;155:574-8. Doi: 10.1016/S0022-5347(01)66452-8
2. Brodsky MS. Testicular Cancer Survivors Impressions of the Impact of the Disease on their Lives. *Qual Health Res* 1999; 9:786-802. Doi: 10.1177/104973239500500106
3. Massie M, Holland J. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. En: Holland J, Rowland J, editors. *Handbook of Psychooncology*. New York: OUP. 1990; p. 273-82.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249(6):751-7. Doi: 10.1001/jama.1983.03330300035030
5. Osmańska M, Borkowska A, Makarewicz R. Evaluation of quality of life, anxiety and depression in testicular cancer patients during chemotherapy and after anticancer treatment. *Psychiatr Pol* 2010; 44(4):543-56.
6. Dahl AA, Haaland CF, Mykletun A, Bremnes R, Dahl O, Klepp O, et al. Study of anxiety disorder and depression in

- long-term survivors of testicular Cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(10):2389-95. Doi: 10.1200/JCO.2005.05.061
7. Skaali T, Fossa SD, Bremnes R, Dahl O, Haaland CF, Hauge ER, et al. Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psychooncology* 2009; 18:580-8. Doi: 10.1002/pon.1437
 8. Siafaka V, Hyphantis TN, Alamanos I, Fountzilias G, Skarlos K D, Pectasides D, et al. Personality factors associated with psychological distress in testicular cancer survivors. *J Pers Assess* 2008; 90(4):348-55. Doi: 10.1080/00223890802107958
 9. Fosså SD, Dahl AA, Loge JH. Fatigue, Anxiety, and depression in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21(7):1249-54. Doi: 10.1200/JCO.2003.08.163
 10. Luckett T, Butow PN, King MT, Olver IN. Psycho-social issues in long-term survivors of testicular cancer: Directions for future research. *Asia Pac J Clin Oncol* 2008; 4:125-31. Doi: 10.1111/j.1743-7563.2008.00181.x
 11. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer* 2010; 10:594. Doi: 10.1186/1471-2407-10-594
 12. Singer S, Kuhnt S, Gotze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A, Krauß O, Lehmann A, Schwarz R. Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer* 2009; 100:908-12. Doi: 10.1038/sj.bjc.6604952
 13. Franks HM, Roesch SC. Appraisals and coping in people living with cancer: A meta-analysis. *Psychooncology* 2006; 15:1027-37. Doi: 10.1002/pon.1043
 14. Hoyt M. Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychol Health* 2009; 24(8):981-96. Doi: 10.1080/08870440802311330
 15. Clasen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychol* 1996;15(6):434-7. Doi: 10.1037/0278-6133.15.6.434
 16. Aguilar JL, Martínez J, Solares ME, Martínez PF, Jimenez MA. Câncer de testículo. En: Herrera A, Granados M, González M, editores. *Manual de oncología: procedimientos médico quirúrgicos*. México: McGrawHill. 2010; p 883-95.
 17. Groll RJ, Warde P, Jewett MAS. A comprehensive systematic review of testicular germ cell tumor surveillance. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007; 64:187-92. Doi: 10.1016/j.critrevonc.2007.04.014
 18. Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: A review. *J Urol* 2003170(1):5-11. Doi: 10.1097/01.ju.0000053866.68623.da
 19. Rizo P, Sierra M I, Vázquez G, Cano M, Meneses A, Mohar A. Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007; 2(3):203-87.
 20. Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de Neoplasias. 2001. En línea [Acceso en 2010, Noviembre 15] Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
 21. Alcántara M, Jiménez MA, Díez FF, Alvarado S. Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. *Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología México*. *GAMO* 2008; 7(2):29-34.
 22. Dearnaley DP, Huddart RA, Horwich A. Managing testicular cancer. *BMJ* 2001; 322:1583-8.
 23. Shaw J. Diagnosis and treatment of testicular cancer. *Am Fam Physician* 2008; 77(4):469-74.
 24. Vidrine DJ, Hoekstra-Weebers JEHM, Hoekstra HJ, Tuinman MA, Marani S, Gritz ER. The effects of testicular cancer treatment on health-related quality of life. *Urol* 2010; 75:636-41. Doi: 10.1016/j.urology.2009.09.053
 25. Herrera A, De La Garza JG, Granados M. Câncer. En: Granados M, Herrera A, editores. *Manual de oncología: procedimientos*

- médico quirúrgicos. México: McGrawHill. 2010; p. 1-9.
26. Deimling GT, Wagner LJ, Bowman KF, Sterns S, Kercher K, Kahana B. Coping among older-adult, longer-term cancer survivors. *Psychooncology* 2006; 15:143-59. Doi: 10.1002/pon.931
 27. Thewes B, Butow P, Zachariae R, Christensen S, Simard S, Gotay C. Fear of cancer recurrence: A systematic literature review of self-report measures. *Psychooncology* 2011; 21(6):571-87 Doi: 10.1002/pon.2070.
 28. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología* 2005; 2:71-80.
 29. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):211-30.
 30. Vega ME, García A, López JM, López C, López A, Rivera F, Ramos J. Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):137-50.
 31. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology* 2010; 19:734-41. Doi:10.1002/pon.1627
 32. Trask P, Paterson A, Fardig J, Smith D. Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: Results of a pilot study. *Psychooncology* 2003; 12:814-20. Doi: 10.1002/pon.703
 33. Jones GY, Payne S. Searching for safety signals: The experience of medical surveillance amongst men with testicular teratomas. *Psychooncology* 2000; 9:385-94. Doi: 10.1002/1099-1611(200009/10)9:5<385::AID-PON467>3.0.CO;2-B
 34. Joly F, Hèron J, Kalusinski L. Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: A population-based case-control study. *J Clin Oncol* 2002;20:73-80. Doi:10.1200/JCO.20.1.73
 35. Kleiboer A, Bennett F, Hodges L, Walker J, Thekkumpurath P, Sharpe M. The problems reported by cancer patients with major depression. *Psychooncology* 2011;20:62-8. Doi: 10.1002/pon.1708
 36. Laird BJA, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology* 2009;18:459-64. Doi: 10.1002/pon.1431
 37. Moynihan C, Bliss JM, Davidson J, Burchell L, Horwich A. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial *BMJ* 1998;316:429-35. Doi: 10.1136/bmj.316.7129.429
 38. Blach P, Fischer A, Zachariae H. Health-related quality of life in long term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2009;27(35):5993-9. Doi:10.1200/JCO.2008.19.6931
 39. Kaasa S, Aass N, Mastekaasa A, Lund E, Fossa S. Psychosocial well-being in testicular cancer patients. *Eur J Cancer* 1991; 27:1091-5. Doi: 10.1016/0277-5379(91)90299-5
 40. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca, 1991.
 41. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology* 1998; 7:218-28. Doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199805/06)7:3<218::AID-PON308>3.0.CO;2-D
 42. Christensen AJ, Ehlers SL., Raichle K, Bertolatus JA, Lawton W. Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychol* 2000; 19:348-53. Doi: 10.1037/0278-6133.19.4.348
 43. Rutsikj R, Gaarden T, Bremnes R, Dahl O, Finset A, Fossa SD, Klepp O, Sorebo O, Wist E, Dahl A. A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychol Health Med* 2010; 15(2):146-58. Doi: 10.1080/13548501003623955

44. Fleer J, Hoekstra HJ, Sleijfer DT, Tuinman MA, Klip EC, Hoekstra-Weebers JEHM. Quality of life of testicular cancer survivors and the relationship with sociodemographics, cancer-related variables, and life events. *Support Care Cancer* 2006; 14(3):251-9. Doi: 10.1007/s00520-005-0879-3
45. Jurado CS, Villegas E, Méndez SL, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21(3):26-31.
46. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol* 2001; 18(2):211-8.
47. Sotelo C, Maupome V. Traducción y estandarización del cuestionario Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para población mexicana. Tesis de licenciatura. 1999; México. Facultad de Psicología, UNAM.